

**LAPORAN HASIL
RISET KESEHATAN DASAR
(RISKESDAS)
PROVINSI DKI JAKARTA
TAHUN 2007**

**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN RI
TAHUN 2009**

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

Puji syukur kepada Allah SWT kami panjatkan, karena hanya dengan rahmat dan karuniaNYA, laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dipersiapkan sejak tahun 2006, dan dilaksanakan pada tahun 2007 di 28 provinsi serta tahun 2008 di 5 provinsi di Indonesia Timur telah dicetak dan disebar luaskan.

Perencanaan Riskesdas dimulai tahun 2006, dimulai oleh tim kecil yang berupaya menuangkan gagasan dalam proposal sederhana, kemudian secara bertahap dibahas tiap Kamis dan Jum'at di Puslitbang Gizi dan Makanan, Litbangkes di Bogor, dilanjutkan pertemuan dengan para pakar kesehatan masyarakat, para perhimpunan dokter spesialis, para akademisi dari Perguruan Tinggi termasuk Poltekkes, lintas sektor khususnya Badan Pusat Statistik jajaran kesehatan di daerah, dan tentu saja seluruh peneliti Balitbangkes sendiri. Dalam setiap rapat atau pertemuan, selalu ada perbedaan pendapat yang terkadang sangat tajam, terkadang disertai emosi, namun didasari niat untuk menyajikan yang terbaik bagi bangsa. Setelah cukup matang, dilakukan uji coba bersama BPS di Kabupaten Bogor dan Sukabumi yang menghasilkan penyempurnaan instrumen penelitian, kemudian bermuara pada "launching" Riskesdas oleh Menteri Kesehatan pada tanggal 6 Desember 2006

Instrumen penelitian meliputi:

1. Kuesioner:
 - a. Rumah Tangga → 7 blok, 49 pertanyaan tertutup + beberapa pertanyaan terbuka
 - b. Individu → 9 blok, 178 pertanyaan
 - c. Susenas → 9 blok, 85 pertanyaan (15 khusus tentang kesehatan)
2. Pengukuran: Antropometri (TB, BB, Lingkar Perut, LILA), tekanan darah, visus, gigi, kadar iodium garam, dan lain-lain
3. Lab Biomedis: darah, hematologi dan glukosa darah diperiksa di lapangan

Tahun 2007 merupakan tahun pelaksanaan Riskesdas di 28 provinsi, diikuti tahun 2008 di 5 provinsi (NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat). Kami mengerahkan 5.619 enumerator, seluruh (502) peneliti Balitbangkes, 186 dosen Poltekkes, Jajaran Pemda khususnya Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Labkesda dan Rumah Sakit serta Perguruan Tinggi. Untuk kesehatan masyarakat, kami berhasil menghimpun data dasar kesehatan dari 33 provinsi, 440 kabupaten/kota, blok sensus, rumah tangga dan individu. Untuk biomedis, kami berhasil menghimpun khusus daerah urban dari 33 provinsi 352 kabupaten/kota, 856 blok sensus, 15.536 rumahtangga dan 34.537 spesimen.

Tahun 2008 disamping pengumpulan data di 5 provinsi, diikuti pula dengan kegiatan manajemen data, editing, entry dan cleaning, serta dilanjutkan dengan pengolahan dan analisis data. Rangkaian kegiatan tersebut yang sungguh memakan waktu, stamina dan pikiran, sehingga tidaklah mengherankan bila diwarnai dengan protes berupa sindiran melalui jargon-jargon Riskesdas sampai protes keras.

Kini kami menyadari, telah tersedia data dasar kesehatan yang meliputi seluruh kabupaten/kota di Indonesia meliputi hampir seluruh status dan indikator kesehatan termasuk data biomedis, yang tentu saja amat kaya dengan berbagai informasi di bidang kesehatan. Kami berharap data itu dapat dimanfaatkan oleh siapa saja, termasuk para peneliti yang sedang mengambil pendidikan master dan doktor. Kami memperkirakan akan muncul ratusan doktor dan ribuan master dari data Riskesdas ini. Inilah sebuah rancangan karya "kejutan" yang membuat kami terkejut sendiri, karena demikian berat, rumit dan hebat kritikan dan apresiasi yang kami terima dari berbagai pihak.

Pada laporan Riskesdas 2007 (edisi pertama), banyak dijumpai kesalahan, diantaranya kesalahan dalam pengetikan, ketidaksesuaian antara narasi dan isi tabel, kesalahan dalam penulisan tabel dan sebagainya. Untuk itu pada tahun anggaran 2009 telah dilakukan revisi laporan Riskesdas 2007 (edisi kedua) dengan berbagai penyempurnaan diatas.

Perkenankanlah kami menyampaikan penghargaan yang tinggi, serta terima kasih yang tulus atas semua kerja cerdas dan penuh dedikasi dari seluruh peneliti, litkayasa dan staf Balitbangkes, rekan sekerja dari BPS, para pakar dari Perguruan Tinggi, para dokter spesialis dari Perhimpunan Dokter Ahli, Para dosen Poltekkes, PJO dari jajaran Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, seluruh enumerator serta semua pihak yang telah berpartisipasi mensukseskan Riskesdas. Simpati mendalam disertai doa kami haturkan kepada mereka yang mengalami kecelakaan sewaktu melaksanakan Riskesdas (beberapa enumerator/peneliti mengalami kecelakaan dan mendapat ganti rugi dari asuransi) termasuk mereka yang wafat selama Riskesdas dilaksanakan.

Kami telah berupaya maksimal, namun sebagai langkah perdana pasti masih banyak kekurangan, kelemahan dan kesalahan. Untuk itu kami mohon kritik, masukan dan saran, demi penyempurnaan Riskesdas ke-2 yang Insya Allah akan dilaksanakan pada tahun 2010/2011 nanti.

Billahit taufiq walhidayah, wassalamu'alaikum wr. wb.

Jakarta, Desember 2008

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Departemen Kesehatan RI

Dr. Triono Soendoro, PhD

SAMBUTAN

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang dengan rahmat dan bimbinganNya, Departemen Kesehatan saat ini telah mempunyai indikator dan data dasar kesehatan berbasis komunitas, yang mencakup seluruh Provinsi dan Kabupaten/Kota yang dihasilkan melalui Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas Tahun 2007 - 2008.

Riskesdas telah menghasilkan serangkaian informasi situasi kesehatan berbasis komunitas yang spesifik daerah, sehingga merupakan masukan yang amat berarti bagi perencanaan bahkan perumusan kebijakan dan intervensi yang lebih terarah, efektif dan efisien. Selain itu, data Riskesdas yang menggunakan kerangka sampling Susenas Kor 2007, menjadi lebih lengkap untuk mengkaitkan dengan data dan informasi sosial ekonomi rumah tangga.

Saya minta semua pelaksana program untuk memanfaatkan data Riskesdas dalam menghasilkan rumusan kebijakan dan program yang komprehensif. Demikian pula penggunaan indikator sasaran keberhasilan dan tahapan/mekanisme pengukurannya menjadi lebih jelas dalam mempercepat upaya peningkatan derajat kesehatan secara nasional dan daerah.

Saya juga mengundang para pakar baik dari Perguruan Tinggi, pemerhati kesehatan dan juga peneliti Balitbangkes, untuk mengkaji apakah melalui Riskesdas dapat dikeluarkan berbagai angka standar yang lebih tepat untuk tatanan kesehatan di Indonesia, mengingat sampai saat ini sebagian besar standar yang kita pakai berasal dari luar.

Riskesdas yang baru pertama kali dilaksanakan ini tentu banyak yang harus diperbaiki, dan saya yakin Riskesdas dimasa mendatang dapat dilaksanakan dengan lebih baik. Riskesdas harus dilaksanakan secara berkala 3 atau 4 tahun sekali sehingga dapat diketahui pencapaian sasaran pembangunan kesehatan di setiap wilayah, dari tingkat kabupaten/kota, provinsi maupun nasional.

Untuk tingkat kabupaten/kota, perencanaan berbasis bukti akan semakin tajam bila keterwakilan data dasarnya sampai tingkat kecamatan. Oleh karena itu saya menghimbau agar Pemerintah Daerah baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota ikut serta berpartisipasi dengan menambah sampel Riskesdas agar keterwakilannya sampai ke tingkat Kecamatan.

Saya menyampaikan ucapan selamat dan penghargaan yang tinggi kepada para peneliti dan pegawai Balitbangkes, para enumerator, para penanggung jawab teknis dari Balitbangkes dan Poltekkes, para penanggung jawab operasional dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, jajaran Labkesda dan Rumah Sakit, para pakar dari Universitas dan BPS serta semua yang terlibat dalam Riskesdas ini. Karya anda telah mengubah secara mendasar perencanaan kesehatan di negeri ini, yang pada gilirannya akan mempercepat upaya pencapaian target pembangunan nasional di bidang kesehatan.

Khusus untuk para peneliti Balitbangkes, teruslah berkarya, tanpa bosan mencari terobosan riset baik dalam lingkup kesehatan masyarakat, kedokteran klinis maupun biomolekuler yang sifatnya *translating research into policy*, dengan tetap menjunjung tinggi nilai yang kita anut, integritas, kerjasama tim serta transparan dan akuntabel.

Billahit taufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2008

Menteri Kesehatan Republik Indonesia



Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K)

RINGKASAN EKSEKUTIF

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 adalah survei tingkat nasional yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan RI dengan melibatkan BPS, organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat, untuk menyediakan informasi kesehatan yang berbasis bukti (*evidence-based*) yang menunjang perencanaan bidang kesehatan kabupaten/ kota. Riskesdas mencakup sampel yang jauh lebih besar dari survei-survei kesehatan sebelumnya seperti SKRT atau SDKI dan mencakup aspek kesehatan yang lebih luas. Riskesdas 2007 dilaksanakan untuk menjawab pertanyaan tentang status kesehatan masyarakat di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota, faktor-faktor yang melatarbelakanginya dan masalah kesehatan masyarakat yang spesifik di setiap wilayah. Tujuan Riskesdas ini adalah untuk mengetahui data dasar kesehatan agar dapat digunakan untuk keperluan perencanaan di Indonesia.

Disain penelitian adalah survei potong lintang (*cross-sectional*), non-intervensi/observasi. Lokasi penelitian meliputi 33 provinsi, 458 kabupaten/kota, 17.397 Blok Sensus (BS) dan 278.352 rumah tangga (RT). Di Provinsi DKI Jakarta adalah 6 kabupaten/kota, 427 BS yang terdiri dari 6.832 RT. Populasi penelitian adalah seluruh RT di seluruh BS terpilih. Rancangan sampel diintegrasikan dengan Susenas 2007 Badan Pusat Statistik (BPS), di mana BS Susenas Kor yang dipilih BPS seluruhnya menjadi BS Riskesdas. Seluruh ART otomatis menjadi unit observasi untuk RT yang bersangkutan. Penelitian dilakukan selama dua tahun (2007-2008) yang meliputi pengumpulan data, analisis dan pembuatan laporan akhir. Pengumpulan data dilakukan melalui teknik wawancara terstruktur, pengukuran antropometri, pemeriksaan spesimen. Spesimen meliputi: garam dapur, darah dan urin. Untuk DKI Jakarta garam diambil dari seluruh RT terpilih untuk pemeriksaan kualitatif kadar iodium. Spesimen darah diambil dari ART umur ≥ 1 tahun di seluruh BS di antara 15 % BS terpilih di daerah perkotaan, untuk dilakukan pemeriksaan. berbagai jenis penyakit menular, penyakit tidak menular, kelainan gizi dan penyakit kelainan bawaan.

Pada buku ini dijelaskan berbagai temuan hasil Riskesdas 2007 tingkat provinsi DKI Jakarta, dengan variasinya pada tingkat kabupaten/Kota. Hasil pemeriksaan biomedis menggambarkan tingkat nasional, sehingga akan dilaporkan tersendiri.

Status Gizi

- Prevalensi gizi kurang dan buruk pada balita di DKI Jakarta adalah 12,9%. Kabupaten/kota di DKI Jakarta sudah melewati target nasional perbaikan gizi tahun 2015, namun muncul masalah gizi lebih dengan prevalensi lebih tinggi dari angka nasional. Prevalensi kependekan pada balita di DKI Jakarta 26,7%, sedangkan prevalensi kecurusan pada balita di DKI Jakarta ditemukan sebesar 17%, dan lebih tinggi angka nasional. Selain itu kita juga dihadapi dengan masalah gizi akut dan gizi kronis. Untuk DKI Jakarta masalah gizi akut masih ditemukan pada 5 wilayah yaitu kepulauan Seribu, Jakarta Selatan, Jakarta Timur, Jakarta Barat dan Jakarta Utara, masalah gizi kronis di Kepulauan Seribu.
- Prevalensi kecurusan pada anak usia sekolah di DKI Jakarta adalah 14,7% pada anak laki-laki dan 9,8% pada anak perempuan. Sedangkan prevalensi BB lebih pada laki-laki adalah 12,4% dan pada anak perempuan 11,4%.
- Prevalensi orang dewasa yang kegemukan di DKI Jakarta berdasarkan indeks massa tubuh (IMT) sebanyak 26,3%, dan kecurusan ditemukan pada 14% penduduk kelompok umur 15 tahun atau lebih. Sedangkan prevalensi obesitas sentral ditemukan sebanyak 24,9%. Untuk WUS risiko kurang energi kronis (KEK)

digambarkan dengan menggunakan LILA (lingkar lengan atas) yang disesuaikan dengan umur (*age adjusted*). Ditemukan prevalensi risiko KEK di DKI Jakarta sebesar 16,6%.

Konsumsi Energi, Protein, dan Iodium

Rerata konsumsi rumah tangga per kapita per hari penduduk DKI Jakarta adalah 1592,9 kkal (SD 654,1) untuk energi dan 61,2 gram (SD 28,4) untuk konsumsi protein. Sedangkan persentase rumah tangga yang mengonsumsi garam mengandung cukup iodium di DKI Jakarta ditemukan 68,7%.

Kesehatan Ibu dan Anak

- Cakupan lima jenis imunisasi di DKI Jakarta belum baik. Secara umum hanya imunisasi BCG dan campak yang sudah memiliki cakupan di atas 80%. Untuk cakupan imunisasi polio, DPT3 dan HB3 umumnya masih di bawah 80%. Cakupan anak balita dengan imunisasi lengkap hanya 38,7%. Cakupan imunisasi menurut karakteristik responden tidak menunjukkan pola kecenderungan yang jelas.
- Untuk pemantauan pertumbuhan dilakukan penimbangan, di DKI Jakarta jumlah balita yang ditimbang 4 kali baru mencapai 57,6% dan Posyandu merupakan fasilitas yang paling banyak dimanfaatkan (67,2%). Kepemilikan KMS dan buku KIA yang dapat menunjukkan masing-masing 39,2% dan 8,1%. Kepemilikan KMS cenderung semakin rendah pada kelompok pendidikan tinggi dan pengeluaran perkapita tinggi. Cakupan penerimaan kapsul vitamin A di DKI Jakarta sudah cukup tinggi yaitu sebesar 79,7%.
- Cakupan periksa hamil pada ibu hamil sudah lebih dari 95%, namun masih ada ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilannya yaitu di Jakarta Selatan 4,3%, Jakarta Barat 4,8% dan Jakarta Utara 2,2%. Jenis pemeriksaan kehamilan yang paling banyak adalah penimbangan berat badan (97,9%) dan pemeriksaan tekanan darah (95,7%). Secara keseluruhan 68,0% ibu hamil di DKI telah menerima 6-8 jenis pelayanan kehamilan. Sedangkan cakupan pemeriksaan neonatus 0-7 hari di DKI Jakarta ditemukan sebesar 66,5%. Sementara persentase cakupan pemeriksaan neonatus 8-28 hari di DKI Jakarta lebih rendah dari yaitu hanya 54,9%.

Penyakit Menular

- Diantara penyakit yang ditularkan oleh vektor (demam berdarah, filariasis, malaria), demam berdarah merupakan penyakit dengan prevalensi tertinggi di DKI Jakarta. Prevalensi penyakit filariasis masih ditemukan di DKI Jakarta, terutama di Jakarta Selatan dan Jakarta Pusat. Sedangkan malaria di Jakarta Timur.
- Prevalensi ISPA di Provinsi DKI Jakarta adalah 22,6%. Sedangkan prevalensi pneumonia adalah 1,7% (rentang 0,9 – 4,3%), penyakit TB klinis terdeteksi dengan prevalensi 1,3%, tersebar di seluruh wilayah.
- Tifoid klinis di Provinsi DKI Jakarta dapat dideteksi tenaga kesehatan dengan prevalensi 0,9%. Sementara hepatitis dengan prevalensi 0,3% dan prevalensi diare adalah 8%.

Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan

- Prevalensi penduduk DKI umur 15 tahun ke atas dengan gangguan sendi sebesar 29,3%.
- Prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 28,8%, sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 10,5%. Sedangkan prevalensi stroke adalah 12,5 per 1000 penduduk.

- Penyakit asma ditemukan sebesar 2,9% penduduk DKI Jakarta. Sedangkan Prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosa dan gejala adalah 8,1%.
- Penyakit diabetes diderita oleh 2,6% penduduk DKI Jakarta. Sementara tumor/kanker di DKI Jakarta ditemukan 7,4 per 1000 penduduk. Prevalensi tersebut lebih tinggi dari prevalensi nasional yaitu 4,3 per 1000 penduduk.
- Gangguan jiwa berat di DKI Jakarta ditemukan sebesar 20,2 per 1000 penduduk. Prevalensi buta warna adalah 24,3‰, glukoma 18,5‰, rinitis 37,7‰, thalassemia 12,3‰ dan hemofili 9,5‰. Prevalensi penyakit tersebut di DKI Jakarta, umumnya lebih tinggi dari prevalensi Nasional

Gangguan Mental Emosional

Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur 15 tahun ke atas adalah 14,1%, angka ini lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional (11,6%).

Penyakit Mata

- Prevalensi *low vision* di Provinsi DKI Jakarta 3,5%, angka ini lebih rendah dari angka nasional (4,8%). Sedangkan prevalensi kebutaan di DKI Jakarta 0,5%, lebih rendah dari prevalensi kebutaan nasional yaitu 0,9%.
- Penduduk usia 30 tahun keatas di DKI Jakarta yang pernah didiagnosis katarak adalah 2,9%, lebih rendah dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) dalam 12 bulan terakhir yaitu 10,5%. Sedangkan cakupan operasi hanya sekitar 23,8% dari kasus katarak yang ditemukan dan yang pakai kacamata pasca operasi katarak sebesar 62,3% dari kasus yang telah melakukan operasi katarak

Kesehatan Gigi dan Mulut

- Prevalensi penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir adalah 23,0%, dan terdapat 0,6% penduduk DKI yang telah kehilangan seluruh gigi aslinya. Dari penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut terdapat 39,5% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi.
- Jenis perawatan yang paling banyak diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut, adalah ‘pengobatan’ (74,5%), disusul ‘penambalan/pencabutan/bedah gigi’ (54,3%). Konseling perawatan/ kebersihan gigi dan pemasangan gigi tiruan lepasan atau gigi tiruan cekat relatif kecil, masing-masing sebesar 16,4% dan 4,0%.
- Hampir seluruh (98,5%) penduduk DKI Jakarta umur 10 tahun ke atas mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari. Dari mereka yang menggosok gigi setiap hari, persentase penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi (setelah makan pagi dan sebelum tidur malam) masih sangat rendah, yaitu 9,1%.
- Indeks DMF-T penduduk DKI Jakarta sebesar 3,7. Ini berarti rerata kerusakan gigi pada penduduk DKI sebanyak 3,7 buah gigi per orang, dengan komponen yang terbesar rerata M-T sebesar 2,5.
- Motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap (PTI) hanya 4,4%, dan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/ pencabutan (RTI) sebesar 26,0%.
- Persentase penduduk umur 35 – 44 tahun dengan fungsi gigi normal sebesar 98,5%, lebih tinggi dari target WHO 2010 (90%). Sedangkan pada kelompok umur 65 tahun ke atas hanya 55,6%, masih jauh di bawah target WHO (75%).

- Persentase *edentulous* penduduk umur 65 tahun ke atas sebesar 9,4%, hampir dua kali lebih tinggi dari target WHO (5%).

Cedera

- Prevalensi cedera DKI Jakarta sebesar 10,1%. Urutan penyebab cedera terbanyak adalah jatuh (67,7%), kecelakaan transportasi darat (27,7%), dan terluka benda tajam atau tumpul (8,9%).
- Bagian tubuh yang paling sering mengalami cedera adalah lutut dan tungkai bawah (47,5%), diikuti bagian tumit dan kaki (26,9%), serta bagian siku dan lengan bawah (17,4%). Bagian tubuh yang paling jarang mengalami cedera adalah bagian leher (1,1%).

Disabilitas

- Persentase penduduk DKI Jakarta umur 15 tahun atau lebih dengan permasalahan status disabilitas yang agak menonjol dalam hal masalah nyeri/rasa tidak nyaman (8,4%), mengalami gangguan tidur (7,9%), melihat jarak jauh (20 m) sebesar 7,9%, napas pendek setelah latihan ringan (7,0%), dan melihat jarak dekat (30cm) sebesar 6,6%. Sedangkan dalam hal membersihkan seluruh tubuh (0,7%), dan mengenakan pakaian (0,6%) merupakan permasalahan yang kecil.
- Prevalensi status disabilitas penduduk DKI Jakarta dengan kriteria “Sangat bermasalah” (membutuhkan bantuan orang lain) sebesar 2,6% dan “Bermasalah” 24,0%.

Pengetahuan, Sikap, Perilaku dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (umur 10 tahun ke atas)

- Persentase penduduk DKI Jakarta yang merokok tiap hari sebesar 21% dengan rerata jumlah rokok yang dihisap adalah 9 batang per hari. Pada kelompok muda (10-14 tahun) perlu mendapat perhatian, walaupun prevalensi hanya 1,4%, tetapi rerata jumlah batang rokok yang dihisap adalah 5 batang per hari dan untuk kelompok ini ditemukan sebanyak 6,9% mulai merokok pada usia 5-9 tahun.
- Hampir setengah penduduk DKI Jakarta (45,8%) kurang melakukan aktivitas fisik. Secara umum, 80,9% penduduk pernah mendengar tentang flu burung. Di antara mereka, sebanyak 67,0% memiliki pengetahuan yang benar dan 73,4% memiliki sikap yang benar tentang flu burung.
- Persentase penduduk DKI Jakarta sudah pernah mendengar tentang HIV/AIDS sebesar 67,8%. Sebesar 61,8% berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS tetapi tidak ada yang berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS. Sedangkan menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS, yang menyatakan akan merahasiakan (30,5%) dan mengucilkan (6,8%). Sedangkan sebesar 91,5% akan melakukan konseling dan pengobatan.
- Persentase penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB sebanyak 98,5% dan berperilaku cuci tangan benar sebesar 64,9%.
- Perilaku konsumsi makanan berisiko dikelompokkan “sering” apabila penduduk mengonsumsi makanan tersebut satu kali atau lebih setiap hari. Sering mengonsumsi makanan manis, dilakukan oleh 74,3% penduduk DKI. Sedangkan prevalensi sering mengonsumsi makanan asin ditemukan 27,8%, dan sering mengonsumsi makanan berlemak, ditemukan 21,4%.
- Sepuluh indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang terdiri dari enam indikator individu dan empat indikator rumah tangga, memperlihatkan

Persentase rumah tangga yang memenuhi kriteria PHBS baik di provinsi DKI Jakarta sebesar 42,4%.

Akses, Sumber Biaya dan Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

- Sebanyak 58,0% RT di DKI Jakarta berada kurang dari 1 Km dari sarana pelayanan kesehatan, sedangkan masih 42,0% sarana pelayanan kesehatan berada pada jarak lebih dari 1 Km tetapi kurang dari 5 Km, tidak ditemukan jarak >5 Km.
- Dari segi waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan, masih ada sekitar 4,2% RT yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan.
- Persentase rumah tangga memanfaatkan pelayanan di posyandu atau poskesdes sebanyak 25,4%. Di antara yang tidak memanfaatkan, sebanyak 66,7% rumah tangga menyatakan tidak membutuhkan karena berbagai alasan, seperti tidak ada anggota rumah tangga (ART) yang sakit, tidak ada yang hamil atau tidak mempunyai bayi/balita. Sedangkan yang sebetulnya membutuhkan tetapi tidak memanfaatkan posyandu atau poskesdes adalah sebanyak 7,9% rumah tangga.
- Jenis pelayanan yang dimanfaatkan rumah tangga ke posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir adalah penimbangan (85,1%) dan imunisasi (60,5%). Hanya sedikit rumah tangga yang memanfaatkan untuk konsultasi risiko penyakit (15,4%) dan pelayanan KIA (27,2%).
- Pemanfaatan fasilitas rawat inap di DKI Jakarta paling tinggi RS Swasta (4,8%), diikuti RS pemerintah (3,3%) dan fasilitas pelayanan kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan untuk rawat jalan adalah puskesmas.
- Sumber pembiayaan rawat inap dan rawat jalan secara keseluruhan masih didominasi pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri atau keluarga (*out of pocket*) yaitu 67,0% untuk rawat inap dan 86,1% untuk rawat jalan.
- Domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari lama waktu menunggu; keramahan petugas; kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita; kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan; dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan; kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya; keberhasilan ruang rawat/pelayanan; dan kemudahan dikunjungi keluarga atau teman (rawat inap). Secara umum, penduduk DKI yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek 'kemudahan dikunjungi' (87,0%) dan 'keramahan petugas' (85,1%) pada rawat inap, dan persentase terendah adalah aspek 'waktu tunggu' (81,7%). Untuk rawat jalan, kepuasan terhadap berbagai aspek pelayanan kesehatan merata pada semua aspek (lebih dari 70%).

Kesehatan Lingkungan

- Sumber air minum di DKI bervariasi, sebagian besar di Kepulauan Seribu sumber air dari air hujan, Jakarta Selatan dan Timur dari sumur bor/pompa, sedangkan di Jakarta Utara, Pusat dan Barat dari leding eceran.
- Air minum penduduk DKI pada umumnya ditampung dalam wadah tertutup yang sebelum digunakan biasanya dimasak terlebih dahulu. Tetapi rumah tangga dengan tingkat pengeluaran rumah tangga besar sebagian besar memakai air minum kemasan yang siap pakai.
- Sebagian besar rumah tangga di DKI sudah menggunakan fasilitas BAB sendiri, sedangkan pada rumah tangga dengan tingkat pengeluaran rumah tangga rendah banyak memakai fasilitas BAB bersama.

- Sebagian besar tempat BAB berjenis leher angsa, dan mempunyai tempat pembuangan akhir tinja berupa tangki / SPAL.
- Umumnya rumah tangga di DKI masih menggunakan minyak tanah sebagai bahan bakar utama untuk memasak. Semakin baik status ekonomi, semakin banyak rumah tangga yang menggunakan gas / elpiji.
- Sebagian besar rumah tangga di DKI mempunyai jenis lantai bukan tanah. Semakin baik status ekonomi, semakin banyak rumah tangga yang mempunyai jenis lantai rumah bukan tanah dengan kepadatan hunian $>8\text{m}^2/\text{kapita}$.
- Jenis bahan beracun berbahaya yang umumnya terdapat di dalam rumah tangga di DKI Jakarta adalah pembersih lantai (77.1%), penghilang noda pakaian (73.3%) serta racun serangga (55.2%).
- Sebagian besar rumah tangga di DKI tidak memelihara hewan baik itu anjing/kucing/kelinci, ternak unggas, ternak sedang maupun besar. Tetapi semakin baik status ekonomi, semakin banyak yang memelihara anjing/kucing/kelinci di dalam atau di luar rumah dan unggas di luar rumah.
- Sumber pencemar yang berjarak 101-200m dari tempat hunian warga ditemukan terutama di Jakarta Selatan (jaringan listrik SUTT/SUTET) dan Jakarta Pusat (industri/pabrik serta jaringan listrik SUTT/SUTET).

RINGKASAN HASIL

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) DKI Jakarta 2007 dapat disimpulkan sebagai berikut:

a. Kesimpulan Status Gizi

- **Status gizi balita**

Prevalensi gizi kurang dan buruk pada balita di DKI Jakarta adalah 12,9%. Prevalensi gizi kurang dan buruk tertinggi adalah Kepulauan Seribu, dan terendah Jakarta Selatan. Kabupaten/kota di DKI Jakarta sudah melewati target nasional perbaikan gizi tahun 2015, namun muncul masalah gizi lebih, prevalensi tersebut di DKI ditemukan lebih tinggi dari angka nasional, Jakarta Timur mempunyai prevalensi gizi lebih tertinggi, dan Kepulauan Seribu terendah. Prevalensi kependekan pada balita di DKI Jakarta 26,7%, masalah ini paling tinggi di Kepulauan Seribu namun angka ini tidak melebihi angka nasional. Prevalensi kecurusan pada balita di DKI Jakarta ditemukan sebesar 17%, dan lebih tinggi angka nasional. Ditemukan bahwa, Kabupaten Kepulauan Seribu, menghadapi permasalahan gizi pada balita tidak hanya gizi akut tetapi juga kronis. Sedangkan 4 wilayah lain yaitu Jakarta Selatan, Jakarta Timur, Jakarta Barat dan Jakarta Utara masih menghadapi masalah gizi akut dan hanya satu kabupaten, yaitu Jakarta pusat, yang masalah gizi kronis lebih kecil dari angka nasional dan masalah gizi akut belum mencapai kondisi serius. Berdasarkan karakteristik responden, pola prevalensi gizi kurang dan buruk, kependekan, kecurusan, dan gizi lebih pada balita di DKI Jakarta berbeda menurut umur, tidak berbeda menurut jenis kelamin, berbeda menurut tingkat pendidikan KK yaitu pada pendidikan SLTP ke bawah cenderung tinggi dibandingkan SLTP, menurut pekerjaan KK pola status gizi nampak tidak beraturan, dan ada kecenderungan berkurangnya masalah gizi dengan peningkatan pendapatan per kapita.

- **Status Gizi Penduduk Usia Sekolah (umur 6-14 Tahun)**

Prevalensi kecurusan pada anak usia sekolah di DKI Jakarta adalah 14,7% pada anak laki-laki dan 9,8% pada anak perempuan. Prevalensi kecurusan pada laki-laki lebih tinggi dari prevalensi nasional (13,3%). Prevalensi BB lebih pada laki-laki adalah 12,4% dan pada anak perempuan 11,4%. Menurut kabupaten/kota, Jakarta Selatan mempunyai prevalensi kecurusan tertinggi di DKI Jakarta, untuk prevalensi BB lebih pada anak laki-laki Jakarta Barat dan Jakarta Utara mempunyai prevalensi lebih tinggi, dan pada perempuan, Jakarta Pusat mempunyai prevalensi lebih tinggi.

- **Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas**

Prevalensi orang dewasa yang kegemukan di DKI Jakarta (26,3%), kecurusan (14%), dengan pola yang sama di setiap wilayah. Angka ini lebih tinggi dari angka nasional yaitu (13,9%). Prevalensi obesitas sentral di DKI Jakarta adalah 24,9%, Jakarta Pusat mempunyai prevalensi paling tinggi dan Jakarta Barat paling rendah. Prevalensi kegemukan pada perempuan ditemukan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Menurut umur, pola prevalensi berbentuk U terbalik yang memuncak pada umur 45-54 tahun. Sebaliknya prevalensi kecurusan ditemukan berbentuk kurva U, rendah pada kelompok umur 45-54 tahun. Menurut pendidikan nampak tidak terdapat pola yang teratur juga menurut jenis pekerjaan. Sedangkan menurut status ekonomi, prevalensi kegemukan di DKI Jakarta ditemukan meningkat sesuai dengan peningkatan tingkat pengeluaran

perkapita. Sebaliknya prevalensi kekurusan cenderung menurun sesuai penurunan tingkat pengeluaran per kapita.

- **Status gizi Wanita Usia Subur (WUS) 15-45 tahun**

Risiko kurang energi kronis (KEK) pada WUS digambarkan dengan menggunakan LILA (lingkar lengan atas) yang disesuaikan dengan umur (*age adjusted*). Ditemukan prevalensi risiko KEK di DKI Jakarta adalah 16,6%. Prevalensi tersebut lebih tinggi dari angka nasional (13,6%). Hampir semua wilayah di DKI Jakarta, Jakarta Selatan 15,9%, Jakarta Timur 17,9%, Jakarta Pusat 21%, Jakarta Barat 14,5% dan Jakarta Utara 16,7% mempunyai prevalensi Risiko KEK lebih tinggi dari angka nasional. Kecuali di Kepulauan Seribu hanya 9,8%.

b. Kesimpulan Konsumsi

- **Konsumsi Energi Dan Protein**

Rerata konsumsi rumah tangga per kapita per hari penduduk DKI Jakarta adalah 1592,9 kkal (SD 654,1) untuk energi dan 61,2 gram (SD 28,4) untuk konsumsi protein. Angka tersebut di bawah angka rerata nasional, baik untuk konsumsi energi (1789,9 kkal) maupun konsumsi protein (62,5 gram). Wilayah dengan rerata konsumsi energi terendah adalah Kepulauan Seribu (1467,7 kkal), dan untuk konsumsi energi tertinggi adalah Jakarta Selatan (1596,2 kkal). Untuk konsumsi protein, wilayah dengan rerata terendah adalah Jakarta Barat (57,3 gram), dan rerata tertinggi adalah Jakarta Selatan (64,6 gram).

Prevalensi rumah tangga dengan konsumsi 'energi rendah' di DKI Jakarta adalah 65%, menurut Kabupaten/Kota prevalensi paling rendah ditemukan di Jakarta Pusat yaitu 60,8% dan paling tinggi di Kepulauan Seribu yaitu 77,7%. Sedangkan prevalensi rumah tangga dengan konsumsi 'protein rendah' di DKI ditemukan sebesar 49,3% dari rumah tangga yang ada di DKI Jakarta, dan menurut Kabupaten/Kota angka tersebut bervariasi mulai dari yang terendah di Jakarta Pusat yaitu sebesar 44,4% dan tertinggi di Jakarta Barat 54,1%. Prevalensi RT dengan konsumsi 'energi rendah' maupun 'protein rendah' mempunyai pola berbanding terbalik dengan tingkat pengeluaran RT perkapita.

- **Konsumsi garam beriodium**

Persentase rumah tangga yang mengonsumsi garam mengandung cukup iodium di DKI Jakarta ditemukan 68,7%, dan secara umum DKI Jakarta mempunyai presentase rumah tangga yang mengonsumsi garam mengandung cukup iodium lebih tinggi dari angka Nasional. Menurut pendidikan KK, pola persentase rumah tangga yang mengonsumsi garam mengandung cukup iodium meningkat sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan, namun menurun lagi pada tingkat pendidikan Tamat PT. Menurut jenis pekerjaan KK pola persentase nampak tidak jelas, demikian pula menurut ekonomi (tingkat pengeluaran perkapita) namun ada kecenderungan meningkat sesuai dengan peningkatan tingkat pengeluaran perkapita (kuintil).

c. Kesimpulan Kesehatan Ibu dan Anak

- **Status Imunisasi pada Balita**

Cakupan lima jenis imunisasi di DKI Jakarta belum baik. Secara umum hanya imunisasi BCG dan campak yang sudah memiliki cakupan di atas 80%. Untuk cakupan imunisasi polio, DPT3 dan HB3 umumnya masih di bawah 80%. Menurut kabupaten/kota tidak berbeda, kecuali di Kepulauan Seribu, hanya cakupan imunisasi HB3 yang belum mencapai 80%. Persentase Balita 12-59 bulan yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap di DKI Jakarta juga sangat

rendah yaitu 38,5%, demikian pula cakupan imunisasi dasar lengkap menurut kabupaten/kota. Menurut karakteristik responden, tidak terdapat perbedaan persentase cakupan jenis imunisasi maupun cakupan imunisasi dasar lengkap antara balita laki-laki dan perempuan demikian pula menurut pekerjaan KK. Menurut pendidikan, baik cakupan jenis imunisasi maupun cakupan imunisasi dasar lengkap mempunyai pola cakupan rendah pada KK dengan pendidikan tamat SD. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran keluarga nampak semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin rendah cakupan imunisasi dasar yang tidak lengkap, kecuali untuk cakupan imunisasi HB3.

- **Pemantauan Pertumbuhan Balita**

Di DKI Jakarta jumlah balita yang ditimbang 4 kali adalah 57,7%. Menurut Kabupaten/Kota Kepulauan Seribu (88,9%) mempunyai persentase tertinggi dan terendah di Jakarta Barat (50,4%). Di DKI Jakarta banyak balita yang tidak ditimbang di posyandu yaitu 10%, data ini menunjukkan Posyandu di DKI Jakarta belum dimanfaatkan sepenuhnya untuk menimbang balita. Balita mempunyai KMS dan dapat menunjukkan 41,2%, sementara yang punya KMS tapi tidak dapat menunjukkan kartunya adalah 47,6%. Secara umum persentase kepemilikan KMS di DKI Jakarta lebih tinggi dari angka nasional yaitu 24,7%. Namun sebanyak 74% balita di DKI Jakarta tidak memiliki buku KIA. Balita yang memiliki dan dapat menunjukkan buku KIA hanya 8,1%.

- **Distribusi Kapsul Vitamin A**

Cakupan penerimaan kapsul vitamin A di DKI Jakarta cukup tinggi yaitu sebesar 79,4%. Di Jakarta Selatan, Jakarta Pusat dan Jakarta Barat cakupan penerimaan kapsul vitamin A sudah melebihi target nasional 80%, dan wilayah lainnya juga hampir mencapai target. Distribusi kapsul vitamin A meningkat sesuai dengan peningkatan umur anak, dan pendidikan. Menurut jenis kelamin nampak tidak ditemukan persentase cakupan yang berarti antara balita laki-laki dan perempuan. Demikian pula menurut pekerjaan KK dan tingkat pengeluaran RT per kapita.

- **Cakupan Pelayanan Ibu dan Anak**

Di DKI Jakarta terdapat 10,5% bayi yang menurut ibu berukuran kecil ketika lahir, dan bayi yang berukuran besar ditemukan 15,6%. Persentase cakupan penimbangan bayi baru lahir hampir 100%, dan hampir seluruh wilayah telah mencapai 100% (kecuali Jakarta Barat). Cakupan pemeriksaan hamil pada ibu hamil di DKI Jakarta juga hampir mencapai 100%, namun masih ada ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilannya yaitu di Jakarta Selatan 4,3%, Jakarta Barat 4,8% dan Jakarta Utara 2,2%. Jenis pemeriksaan kehamilan yang paling banyak adalah pemeriksaan tekanan darah (96,3%) dan penimbangan berat badan (97,8%), dan yang jarang dilakukan adalah pemeriksaan urine dan haemoglobin. Secara keseluruhan 68% ibu hamil di DKI telah menerima 6-8 jenis pelayanan kehamilan, yang hanya 3-5 jenis pemeriksaan 28,7%, dan yang hanya menerima 1-2 jenis pelayanan selama kehamilan hanya 3,3%. Kelengkapan pemeriksaan kehamilan tertinggi ditemukan di Kepulauan Seribu (100%) dan terendah terdapat di wilayah Jakarta timur (56,6%).

Persentase cakupan pemeriksaan neonatus 0-7 hari di DKI Jakarta ditemukan sebesar 66,5%. Sementara persentase cakupan pemeriksaan neonatus 8-28 hari di DKI Jakarta lebih rendah dari yaitu hanya 54,5%. Angka masih di bawah target yang diharapkan. Persentase cakupan menurut kabupaten/kota nampak bervariasi mulai yang terendah di Jakarta Utara yaitu 55,4% dan yang tertinggi di Kepulauan Seribu yaitu 99%. Pola cakupan pemeriksaan neonatus 0-7 hari dan 8-28 hari menurut pendidikan nampak hampir sama. Menurut pekerjaan,

persentase kedua jenis pemeriksaan neonatus pada yang tidak bekerja cenderung lebih tinggi dari jenis pekerjaan lainnya. Menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan persentase cakupan pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari cenderung lebih tinggi pada kuintil yang lebih rendah. Sebaliknya cakupan pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari cenderung cenderung tinggi pada kuintil yang lebih tinggi.

d. Kesimpulan Penyakit Menular

- **Filariasis, Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Malaria**

Diantara penyakit yang ditularkan oleh vektor, demam berdarah (DBD) merupakan penyakit dengan prevalensi tertinggi (1,2%) di DKI Jakarta. Jakarta Selatan dan Jakarta Pusat merupakan daerah dengan prevalensi penyakit filariasis yang lebih tinggi (0,2%) dibanding wilayah lainnya. Untuk DBD adalah Jakarta Utara (1,8%) dan malaria adalah Jakarta Timur (0,9%). Tidak terdapat pola tertentu dari prevalensi penyakit filariasis, DBD, dan malaria menurut umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. DBD terutama dijumpai pada anak di bawah 15 tahun, namun tampak sudah menyebar ke kelompok dewasa. Sedangkan malaria tersebar di semua kelompok umur (kecuali bayi), terutama di kelompok usia produktif.

- **ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak**

Prevalensi ISPA di Provinsi DKI Jakarta adalah 22,6%, menurut wilayah penyakit ISPA tersebar di seluruh wilayah DKI dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (24 – 38,9%), dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kepulauan Seribu. Kasus ISPA yang berlarut-larut akan menjadi pneumonia. Prevalensi pneumonia adalah 1,7% (rentang 0,9 – 4,3%). Sedangkan penyakit TB terdeteksi dengan prevalensi 1,3%, tersebar di seluruh wilayah dengan rentang prevalensi 0,6% di Jakarta Barat dan 2,6% di Kepulauan Seribu. Sementara prevalensi penyakit campak ditemukan sebesar 1,6%. Menurut wilayah tidak mempunyai perbedaan yang mencolok, berkisar 0,7 – 2,3%.

- **Tifoid, Hepatitis dan Diare**

Tifoid klinis di Provinsi DKI Jakarta dapat dideteksi tenaga kesehatan dengan prevalensi 0,9%, tersebar di seluruh wilayah dengan rentang 0,5 – 1,3%. Bila berdasarkan gejala diperhitungkan prevalensi tifoid menjadi 1,4% dengan prevalensi tifoid tertinggi di Jakarta Timur (2,1%). Sementara hepatitis juga terdapat di 5 wilayah DKI dan Kepulauan Seribu, dengan prevalensi 0,6%, dan kisaran 0,2-0,8%, tertinggi di Jakarta Timur dan Jakarta Utara (0,8%). Prevalensi diare adalah 8%, dan tersebar merata di seluruh wilayah, tertinggi ditemukan di Jakarta Pusat (10,3%) dan Jakarta Utara (10,2%). Sementara pemakaian oralit di DKI Jakarta kurang dari 50% (36,3%), hanya Jakarta Barat yang pemakaian oralitnya sedikit lebih tinggi (41,4%).

e. Kesimpulan Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan

- Riskesdas 2007 mendapatkan, 29,3% penduduk DKI Jakarta mengalami gangguan persendian. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi penyakit persendian di DKI Jakarta berkisar antara 21,1% - 36,2%, dan prevalensi di Jakarta Timur ditemukan lebih tinggi dibandingkan Kabupaten/Kota lainnya, sebaliknya Jakarta Barat mempunyai prevalensi paling rendah. Prevalensi hipertensi di DKI Jakarta berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 28,8%, dan hanya berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 10,1%, sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 10,5%.

Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan tekanan darah berkisar antara 23,8% - 35,6%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Jakarta Pusat, sedangkan terendah di Jakarta Barat. Sedangkan prevalensi stroke di DKI Jakarta adalah 12,5 per 1000 penduduk. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi stroke berkisar antara 8,1‰ -29,3 ‰, dan Jakarta Pusat mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya.

- Penyakit asma ditemukan sebesar 2,9% penduduk DKI Jakarta. Di Kepulauan Seribu prevalensi penyakit ini lebih besar dari wilayah lainnya (6,6%), dan prevalensi paling rendah ditemukan di Jakarta Barat (2,4%). Prevalensi penyakit jantung di DKI Jakarta 8,1%. Jakarta Pusat dan Jakarta Utara mempunyai prevalensi lebih besar dari wilayah lainnya (11,6%). Angka tersebut lebih tinggi dari prevalensi nasional (7,2%). Penyakit diabetes diderita oleh 2,6% penduduk DKI Jakarta. Di Jakarta Pusat prevalensi diabetes ditemukan lebih besar dari wilayah lainnya (4,8%). Di Kepulauan Seribu, Jakarta Selatan dan Jakarta Barat prevalensi diabetes ditemukan rendah yaitu 1,9%. Sementara tumor/kanker di DKI Jakarta ditemukan 7,4 per 1000 penduduk. Prevalensi tersebut lebih tinggi dari prevalensi nasional yaitu 4,3 per 1000 penduduk. Angka tertinggi ditemukan di Jakarta Selatan (11,4‰), dan terendah di Jakarta Barat (3,8‰).
- Gangguan jiwa berat di DKI Jakarta ditemukan sebesar 20,2 per 1000 penduduk. Angka ini jauh lebih tinggi dari angka nasional yaitu 4,6 per 1000 penduduk. Jakarta Pusat mempunyai prevalensi gangguan jiwa berat lebih tinggi dari wilayah lainnya yaitu 45,9 per 1000 penduduk. Prevalensi buta warna di DKI Jakarta ditemukan sebesar 24,3 per 1000 penduduk, angka ini lebih tinggi dari prevalensi nasional yaitu 7,4 per 1000 penduduk. Menurut wilayah prevalensi buta warna tertinggi ditemukan di Jakarta Selatan yaitu 47,4 per 1000 penduduk. Sementara prevalensi glaukoma di DKI Jakarta ditemukan sebesar 18,5 per 1000 penduduk, dan angka ini lebih tinggi dari angka nasional yaitu 4,6 per 1000 penduduk. Dan Jakarta pusat mempunyai prevalensi glaukoma lebih tinggi dari wilayah lainnya yaitu 61,4 per 1000 penduduk. Sedangkan prevalensi bibir sumbing di DKI Jakarta ditemukan sebesar 13,9 per 1000 penduduk. Menurut wilayah prevalensi buta warna tertinggi ditemukan di Jakarta Selatan yaitu 30,9 per 1000 penduduk.

- **Gangguan Mental Emosional**

Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur ≥ 15 tahun, di DKI Jakarta adalah 14%, angka ini lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional (11,6%). Menurut wilayah, prevalensi tertinggi ditemukan di Jakarta Pusat (22,8%), dan terendah di Jakarta Selatan (10,9%). Prevalensi gangguan mental emosional di DKI Jakarta telah ditemukan tinggi pada usia dewasa muda (15-24 tahun) yaitu 13,6%, menurun pada usia 25-34 tahun, kemudian cenderung meningkat pada usia lebih tua di atasnya. Menurut jenis kelamin, perempuan nampak mempunyai prevalensi gangguan mental emosional lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Sedangkan menurut pendidikan pola prevalensi ditemukan berbanding terbalik yaitu menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan responden. Sementara menurut pekerjaan, prevalensi ditemukan tinggi pada mereka yang tidak bekerja. Menurut tingkat pengeluaran RT per kapita, pola prevalensi gangguan mental emosional di DKI Jakarta juga mempunyai pola berbanding terbalik, yaitu menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pengeluaran per kapita.

- **Penyakit Mata**

Prevalensi *low vision* di Provinsi DKI Jakarta 3,5%, angka ini lebih rendah dari angka nasional (4,8%). Menurut kabupaten/kota prevalensi berkisar antara 2,6%

(Jakarta Barat) sampai 6,7% (Jakarta Pusat). Sedangkan prevalensi kebutaan di DKI Jakarta 0,5%, lebih rendah dari prevalensi kebutaan nasional yaitu 0,0%. Kepulauan Seribu mempunyai prevalensi lebih tinggi (1,4%) dari wilayah lainnya, dan prevalensi kebutaan terendah ditemukan di Jakarta Selatan. Menurut karakteristik responden, semakin tinggi usia semakin besar pula prevalensi penderita *low vision* dan kebutaan. Menurut jenis kelamin, penderita wanita lebih banyak dari pada pria. Berdasarkan pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan, prevalensi *low vision* dan kebutaan cenderung berkurang. Menurut tingkat pengeluaran RT perkapita, kebutaan terbanyak terjadi pada kuintil 1 sementara *low vision* terbanyak pada kuintil 4.

Penduduk usia 30 tahun keatas di DKI Jakarta yang pernah didiagnosis katarak adalah 2,9%, lebih rendah dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) dalam 12 bulan terakhir yaitu 10,5%. Menurut kabupaten/kota, Kepulauan Seribu mempunyai prevalensi katarak paling tinggi dibandingkan wilayah lainnya, sementara yang telah didiagnosis tenaga hanya sebagian kecil (2,7%), dan yang melakukan operasi katarak adalah 2,5%. Angka menurut kabupaten/kota mempunyai kisaran terendah di Jakarta Timur (0,8%) dan tertinggi di Jakarta Pusat (10,3%). Cakupan operasi ini masih lebih rendah atau hanya sekitar 23,8% dari kasus katarak yang ditemukan di DKI Jakarta pada Riskesdas 2007 ini (2,5% dari 10,5%). Dan yang pakai kacamata pasca operasi katarak adalah sebesar 62,3% dari kasus yang telah melakukan operasi katarak

- **Kesehatan Gigi dan Mulut**

Prevalensi penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir adalah 23,0%, dan terdapat 0,6% penduduk DKI yang telah kehilangan seluruh gigi aslinya. Dari penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut terdapat 39,5% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi. Jenis perawatan yang paling banyak diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut, adalah 'pengobatan' (74,5%), disusul 'penambalan/pencabutan/bedah gigi' (54,3%). Konseling perawatan/ kebersihan gigi dan pemasangan gigi tiruan lepasan atau gigi tiruan cekat relatif kecil, masing-masing sebesar 16,4% dan 4,0%.

Hampir seluruh (98,5%) penduduk DKI Jakarta umur 10 tahun ke atas mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari. Dari mereka yang menggosok gigi setiap hari, sebagian besar dilakukan pada saat mandi pagi dan atau sore (95,8%). Hanya sedikit yang melakukannya pada saat setelah makan pagi (12,0%) dan kurang dari separuh penduduk mengaku melakukan sebelum tidur malam hari (42,5%).

Tampak persentase penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi masih sangat rendah, yaitu 7,4%.

Indeks DMF-T penduduk DKI Jakarta sebesar 3,7. Ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada penduduk DKI sebanyak 3,7 buah gigi per orang. Komponen yang terbesar adalah gigi dicabut/ rata-rata M-T sebesar 2,5, dapat dikatakan rata-rata penduduk DKI mempunyai 2,5 gigi yang sudah dicabut atau indikasi pencabutan.

Indeks DMF-T paling tinggi di Jakarta Pusat (5,1) dan paling rendah di Jakarta Barat (2,9). Sedangkan motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap (PTI) sangat rendah hanya 4,4%, dan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/ pencabutan (RTI) sebesar 26,0%. Lima puluh persen dari kabupaten/kota di DKI Jakarta dengan angka RTI-nya diatas rerata pencapaian

DKI, yaitu Jakarta Utara (31,5%), Jakarta Timur (26,9%), dan Jakarta Barat (26,7%).

Persentase penduduk umur 35 – 44 tahun dengan fungsi gigi normal sebesar 98,5%, lebih tinggi dari target WHO 2010 (90%) dan pencapaian nasional 91,2% (SKRT 2001). Sedangkan pada kelompok umur 65 tahun ke atas hanya 55,6%, masih jauh di bawah target WHO (75%), namun masih lebih tinggi daripada pencapaian nasional 30,4% (SKRT 2001).

Persentase *edentulous* penduduk umur 65 tahun ke atas sebesar 9,6%, hampir dua kali lebih tinggi dari target WHO (5%).

f. Kesimpulan Cedera dan Disabilitas

• Cedera

Prevalensi cedera DKI Jakarta sebesar 10,1%. Prevalensi cedera tertinggi didapatkan di Jakarta Pusat (13,2%), disusul oleh Jakarta Timur (11,8%), dan Jakarta Selatan (11,7%), sedangkan yang terendah adalah Jakarta Barat (5,2%). Urutan penyebab cedera terbanyak adalah jatuh (67%), kecelakaan transportasi darat (27,7%), dan terluka benda tajam atau tumpul (8,9%). Sedangkan bagian tubuh yang paling sering mengalami cedera adalah lutut dan tungkai bawah (47,5%), diikuti bagian tumit dan kaki (26,9%), serta bagian siku dan lengan bawah (17,4%). Bagian tubuh yang paling jarang mengalami cedera adalah bagian leher (1,1%).

• Disabilitas

- Persentase penduduk DKI Jakarta umur 15 tahun atau lebih dengan permasalahan status disabilitas yang agak menonjol dalam hal masalah nyeri/rasa tidak nyaman (8,4%), mengalami gangguan tidur (7,9%), melihat jarak jauh (20 m) sebesar 7,9%, napas pendek setelah latihan ringan (7,0%), dan melihat jarak dekat (30cm) sebesar 6,6%. Sedangkan dalam hal membersihkan seluruh tubuh (0,7%), dan mengenakan pakaian (0,6%) merupakan permasalahan yang kecil.
- Dalam menilai status disabilitas kriteria “Bermasalah” dirinci menjadi “Bermasalah” dan “Sangat bermasalah”. Kriteria “Sangat bermasalah” apabila responden menjawab ya untuk salah satu dari tiga pertanyaan tambahan yaitu membutuhkan bantuan orang lain untuk merawat diri atau melakukan aktivitas/ gerak atau berkomunikasi.
- Prevalensi status disabilitas penduduk DKI Jakarta dengan kriteria “Sangat bermasalah” sebesar 2,6% dan “Bermasalah” 24,0%. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat di Jakarta Pusat (5,2%), sedangkan Kepulauan Seribu dengan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” terendah. Prevalensi disabilitas “Bermasalah” tertinggi ditemukan di Kepulauan Seribu (45,8%), sedangkan prevalensi disabilitas “Bermasalah” terendah adalah Jakarta Utara (19,9%).

g. Kesimpulan Pengetahuan, Sikap, Perilaku

Pengetahuan, sikap dan perilaku dalam Riskesdas 2007 ditanyakan pada penduduk umur 10 tahun ke atas.

- Proporsi penduduk DKI Jakarta umur 10 tahun ke atas yang merokok tiap hari sebesar 21 persen. Persentase tertinggi ditemukan di Kabupaten/Kota Kepulauan Seribu (24,1%), diikuti dengan Jakarta Timur (22,3%), Jakarta Pusat (21,7%), Jakarta Utara (21,0%), dan Jakarta Barat (20,7%).

Sedangkan persentase terendah dijumpai di Kabupaten/Kota Jakarta Selatan (18,6%). Rerata jumlah rokok yang dihisap adalah 9 batang per hari. Pada kelompok muda (10-14 tahun) perlu mendapat perhatian, walaupun prevalensi hanya 1,4%, tetapi rerata jumlah batang rokok yang dihisap adalah 5 batang per hari. Bagi perokok umur 10-14 tahun, sebanyak 6,9% mulai merokok pada usia 5-9 tahun.

- Secara keseluruhan di Provinsi DKI Jakarta, penduduk umur 10 tahun ke atas kurang konsumsi buah dan sayur sebesar 94,5%. Konsumsi buah dan sayur paling rendah terdapat di Kepulauan Seribu, sebesar 100%. Sedangkan yang berada di bawah rerata provinsi DKI adalah Jakarta Selatan (93,4%) dan Jakarta Timur (93,3%).
- Prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir di provinsi DKI Jakarta sebanyak 4,0%, sedangkan yang masih minum dalam satu bulan terakhir 2,6%. Beberapa Kabupaten/Kota mempunyai prevalensi minum alkohol lebih tinggi dari rerata provinsi DKI (4,6%), seperti di Jakarta Pusat (5,6%) dan Jakarta Utara (5,2%). Pada umumnya Kabupaten/Kota dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam 12 bulan terakhir di atas rerata DKI, juga diikuti dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam satu bulan terakhir.
- Hampir setengah penduduk DKI Jakarta (45,8%) kurang melakukan aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat di Kepulauan Seribu dan Jakarta Timur (masing-masing 56,7%) dan Jakarta Pusat (50,8%). Prevalensi kurang aktivitas fisik di bawah rerata pencapaian DKI terdapat di Jakarta Utara (44,0%), Jakarta Barat (39,9%), dan Jakarta Selatan (38,8%).
- Secara umum, 80,9% penduduk pernah mendengar tentang flu burung. Di antara mereka, sebanyak 83,6% memiliki pengetahuan yang benar dan 91,4% memiliki sikap yang benar. Dua Kabupaten/Kota yang persentase penduduknya kurang mendengar tentang flu burung adalah Jakarta Utara (76,4%) dan Jakarta Barat (77,8%), sekalipun demikian 2 dari 3 penduduk Jakarta Barat bersikap baik atas kejadian flu burung.
- Persentase penduduk DKI Jakarta sudah pernah mendengar tentang HIV/AIDS sebesar 67,8%, tetapi yang berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS hanya 9,2%. Sebesar 61,8% berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS. Kabupaten/Kota yang penduduknya paling sedikit mendengar tentang HIV/AIDS adalah Kepulauan Seribu (58,6%). Dari yang pernah mendengar, Kabupaten/Kota dengan penduduk yang berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS terendah adalah Jakarta Utara (44,6%), dan Kepulauan Seribu (47,1%). Sedangkan menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS, yang menyatakan akan merahasiakan (30,5%) dan mengucilkan (6,8%). Sedangkan sebesar 91,5% akan melakukan konseling dan pengobatan.
- Persentase penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB sebanyak 98,5% dan berperilaku cuci tangan benar sebesar 64,9%.
- Perilaku konsumsi makanan berisiko dikelompokkan “sering” apabila penduduk mengonsumsi makanan tersebut satu kali atau lebih setiap hari. Sering mengonsumsi makanan manis, dilakukan oleh 74,3% penduduk DKI Jakarta paling tinggi ditemukan di Jakarta Selatan (82,1%), dan paling rendah di Jakarta Utara (60,8%). Sedangkan prevalensi sering mengonsumsi makanan asin ditemukan 27,8%, Jakarta Selatan juga mempunyai prevalensi paling tinggi (39,2%) dibanding wilayah lainnya, sementara Kepulauan Seribu (16%) mempunyai prevalensi sering mengonsumsi makanan asin paling rendah. Prevalensi sering mengonsumsi makanan berlemak,

ditemukan 21,4%, dimana Kepulauan Seribu mempunyai prevalensi sering mengonsumsi makanan berlemak paling tinggi (36,1%).

- Sepuluh indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang terdiri dari enam indikator individu dan empat indikator rumah tangga, memperlihatkan proporsi rumah tangga yang memenuhi kriteria PHBS baik di provinsi DKI Jakarta sebesar 42,4%. Terdapat tiga Kabupaten/Kota dengan pencapaian di atas rerata provinsi yaitu Jakarta Selatan (51,6%) dan Jakarta Timur (47,4%).

h. Kesimpulan Akses, Sumber Biaya dan Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

- Sebanyak 58,0% RT di DKI Jakarta berada kurang dari 1 Km dari sarana pelayanan kesehatan, sedangkan masih 42,0% sarana pelayanan kesehatan berada pada jarak lebih dari 1 Km tetapi kurang dari 5 Km, tidak ditemukan jarak >5 Km.
- Dari segi waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan, masih ada sekitar 4,2% RT yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan.
- Persentase rumah tangga memanfaatkan pelayanan di posyandu atau poskesdes sebanyak 25,4%. Di antara yang tidak memanfaatkan, sebanyak 66,7% rumah tangga menyatakan tidak membutuhkan karena berbagai alasan, seperti tidak ada anggota rumah tangga (ART) yang sakit, tidak ada yang hamil atau tidak mempunyai bayi/balita. Sedangkan yang sebetulnya membutuhkan tetapi tidak memanfaatkan posyandu atau poskesdes adalah sebanyak 7,9% rumah tangga.
- Jenis pelayanan yang dimanfaatkan rumah tangga ke posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir adalah penimbangan (85,1%) dan imunisasi (60,5%). Hanya sedikit rumah tangga yang memanfaatkan untuk konsultasi risiko penyakit (15,4%) dan pelayanan KIA (27,2%).
- Pemanfaatan fasilitas rawat inap di DKI Jakarta paling tinggi RS Swasta (4,8%), diikuti RS pemerintah (3,3%) dan fasilitas pelayanan kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan untuk rawat jalan adalah puskesmas.
- Sumber pembiayaan rawat inap dan rawat jalan secara keseluruhan masih didominasi pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri atau keluarga (*out of pocket*) yaitu 67,0% untuk rawat inap dan 86,1% untuk rawat jalan.
- Domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari lama waktu menunggu; keramahan petugas; kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita; kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan; dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan; kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya; keberhasilan ruang rawat/pelayanan; dan kemudahan dikunjungi keluarga atau teman (rawat inap). Secara umum, penduduk DKI yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek 'kemudahan dikunjungi' (87,0%) dan 'keramahan petugas' (85,1%) pada rawat inap, dan persentase terendah adalah aspek 'waktu tunggu' (81,7%). Untuk rawat jalan, kepuasan terhadap berbagai aspek pelayanan kesehatan merata pada semua aspek (lebih dari 70%).

i. Kesehatan Lingkungan

- Sebagian besar penduduknya dari berbagai tingkat pengeluaran rumah tangga telah memperoleh pemenuhan kebutuhan air yang cukup dan dapat diperoleh dengan mudah sepanjang tahun dalam waktu singkat serta jarak yang dekat, kecuali Kepulauan Seribu yang sulit pada musim kemarau. Sumber air minum di DKI bervariasi, sebagian besar di Kepulauan Seribu sumber air dari air hujan, Jakarta Selatan dan Timur dari sumur bor/pompa, sedangkan di Jakarta Utara, Pusat dan Barat dari leding eceran. Air minum penduduk DKI pada umumnya ditampung dalam wadah tertutup yang sebelum digunakan biasanya dimasak terlebih dahulu. Tetapi rumah tangga dengan tingkat pengeluaran rumah tangga besar sebagian besar memakai air minum kemasan yang siap pakai.
- Sebagian besar rumah tangga di DKI sudah menggunakan fasilitas BAB sendiri, sedangkan pada rumah tangga dengan tingkat pengeluaran rumah tangga rendah banyak memakai fasilitas BAB bersama. Di Kepulauan Seribu sebagian besar tidak memakai fasilitas BAB. Sebagian besar tempat BAB berjenis leher angsa, dan mempunyai tempat pembuangan akhir tinja berupa tangki / SPAL, kecuali sebagian rumah tangga di Kepulauan Seribu dan rumah tangga miskin di wilayah DKI membuang tinja ke sungai / laut.
- Semakin baik status ekonomi penduduk DKI, semakin banyak rumah tangga yang mempunyai penampungan sampah tertutup di dalam dan di luar rumah.
- Umumnya rumah tangga di DKI masih menggunakan minyak tanah sebagai bahan bakar utama untuk memasak. Semakin baik status ekonomi, semakin banyak rumah tangga yang menggunakan gas / elpiji.
- Sebagian besar rumah tangga di DKI mempunyai jenis lantai bukan tanah. Semakin baik status ekonomi, semakin banyak rumah tangga yang mempunyai jenis lantai rumah bukan tanah dengan kepadatan hunian $>8\text{m}^2/\text{kapita}$.
- Jenis bahan beracun berbahaya yang umumnya terdapat di dalam rumah tangga di DKI Jakarta adalah pembersih lantai (77.1%), penghilang noda pakaian (73.3%) serta racun serangga (55.2%). Semakin baik status ekonomi, semakin banyak rumah tangga yang menyimpan ketiga jenis bahan tersebut.
- Sebagian besar rumah tangga di DKI tidak memelihara hewan baik itu anjing/kucing/kelinci, ternak unggas, ternak sedang maupun besar. Tetapi semakin baik status ekonomi, semakin banyak yang memelihara anjing/kucing/kelinci di dalam atau di luar rumah dan unggas di luar rumah.
- Sumber pencemar yang berjarak 101-200m dari tempat hunian warga ditemukan di Jakarta Selatan (jaringan listrik SUTT/SUTET) dan Jakarta Pusat (industri/pabrik serta jaringan listrik SUTT/SUTET).

DAFTAR ISI

kata pengantar	i
sambutan menteri kesehatan republik indonesia	iii
Ringkasan Eksekutif	v
ringkasan hasil	xi
Daftar isi	xxi
Daftar Gambar	xxxvii
Daftar singkatan	xxxviii
DAFTAR LAMPIRAN	xli
BAB 1. Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Ruang Lingkup Riskesdas	2
1.3 Pertanyaan Penelitian	3
1.4 Tujuan Riskesdas	3
1.5 Kerangka Pikir	3
1.6 Alur Pikir Riskesdas DKI Jakarta 2007	5
1.7 Pengorganisasian Riskesdas	7
1.8 Manfaat Riskesdas	7
1.9 Persetujuan Etik Riskesdas	7
BAB 2. Metodologi Riskesdas	8
2.1 Disain	8
2.2 Lokasi	8
2.3 Populasi Sampel	8
2.3.1 Penarikan Sampel Blok Sensus (dalam Susenas 2007)	9
2.3.2 Penarikan Sampel Rumah Tangga	9
2.3.3 Penarikan Sampel Anggota Rumahtangga	9
2.3.4 Penarikan Sampel Biomedis	10
2.3.5 Penarikan Sampel Iodium	10
2.4 Variabel	10
2.5 Alat dan Cara Pengumpulan Data	12
2.6 Manajemen Data	14

2.6.1	Editing	14
2.6.2	Entri	14
2.6.3	Cleaning	14
2.7	Keterbatasan Riskesdas	15
2.8	Hasil Pengolahan dan Analisis Data	15
BAB 3.	Hasil riskesdas	17
3.1	Profil DKI Jakarta	17
3.1.1	Geografis.....	17
3.1.2	Kependudukan	17
3.1.3	Sosial Ekonomi.....	18
3.1.4	Derajat Kesehatan.....	19
3.1.5	Sarana Pelayanan Kesehatan di Provinsi DKI Jakarta.....	19
3.2	Status gizi.....	21
3.2.1	Status Gizi Balita	21
3.2.2	Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 Tahun (Umur Sekolah)	28
3.2.3	Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun ke atas.....	29
3.2.4	Status gizi Wanita Usia Subur (WUS) 15-45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)	33
3.2.5	Konsumsi Energi dan Protein	35
3.2.6	Konsumsi Garam Beriodium.....	37
3.3	Kesehatan Ibu dan Anak.....	39
3.3.1	Status Imunisasi	39
3.3.2	Pemantauan Pertumbuhan Balita.....	43
3.3.3	Distribusi Kapsul Vitamin A	50
3.3.4	Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi	52
3.4	Penyakit Menular	59
3.4.1.	Filariasis, Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Malaria.....	60
3.4.2.	ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak	63
3.4.3.	Tifoid, Hepatitis dan Diare	66
3.5	Penyakit Tidak Menular.....	68
3.5.1	Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, Penyakit Keturunan dan Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular	68
3.5.2	Gangguan Mental Emosional	74

3.5.3 Penyakit Mata.....	77
3.5.4 Kesehatan Gigi.....	84
3.6 Cedera dan Disabilitas	98
3.6.1 Cedera.....	98
3.6.2 Status Disabilitas/ Ketidakmampuan	107
3.7 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	110
3.7.1 Perilaku Merokok	110
3.7.2 Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur.....	120
3.7.3 Alkohol	122
3.7.4 Aktifitas Fisik	124
3.7.5 Pengetahuan dan Sikap Terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS	126
3.7.6 Perilaku Higienis	133
3.7.7.Pola Konsumsi Makanan Beresiko.....	135
3.7.8. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	137
3.8 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	138
3.8.1 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	138
3.8.2 Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan.....	150
3.8.3 Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	155
3.9 Kesehatan Lingkungan	158
3.9.1. Air keperluan rumah tangga	158
3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar (BAB).....	167
3.9.3. Sanitasi dan Pembuangan Air Limbah	171
3.9.4. Pembuangan Sampah.....	172
3.9.5. Perumahan.....	173
Daftar Pustaka	177
Lampiran.....	182

DAFTAR TABEL

No. Tabel		Hal
Tabel 1.2	Sampel dan Indikator Pada Berbagai Survei	2
Tabel 2.3.2	Jumlah Sampel Rumah tangga (RT) per Kabupaten/Kota menurut Susenas dan Riskesdas 2007, DKI Jakarta	9
Tabel 2.3.3	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) per Kabupaten/kota menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	10
Tabel 3.1.2.1	Jumlah Penduduk, Luas Wilayah, Kepadatan penduduk	17
Tabel 3.1.2.2	Persentase Penduduk di DKI Jakarta (per kelompok usia) Tahun 2004	18
Tabel 3.1.2.3	Tingkat Pendidikan Penduduk Masyarakat di Prop. DKI , 2004	18
Tabel 3.1.3.1	Distribusi Pendapatan Rumah Tangga Di Provinsi DKI, 2004	19
Tabel 3.1.3.2	Deskriptif Pendapatan rumah tangga di Provinsi DKI Jakarta 2004	19
Tabel 3.1.5.1	Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar (Puskesmas Dan RB) Yang Ada Di DKI Dan Rasio Penduduk Per-Puskesmas Tahun 2006	19
Tabel 3.1.5.2	Sarana Pelayanan Kesehatan Rujukan di Prov.DKI	20
Tabel 3.1.5.3	Informasi Apotek, Toko Obat dan Pengobatan Tradisional (BATRA) di Provinsi DKI Jakarta	20
Tabel 3.2.1.1	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	22
Tabel 3.2.1.2	Persentase balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	22
Tabel 3.2.1.3	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	23
Tabel 3.2.1.4	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	24
Tabel 3.2.1.5	Persentase Balita menurut Status Gizi (TB/U*) dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	26
Tabel 3.2.1.6	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	27
Tabel 3.2.1.7	Prevalensi Masalah Gizi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta Riskesdas 2007	28

Tabel 3.2.2.1	Standar Penentuan Kekurusan dan Berat Badan Lebih menurut Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007	28
Tabel 3.2.2.2	Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	29
Tabel 3.2.3.1	Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	30
Tabel 3.2.3.2	Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007	30
Tabel 3.2.3.3	Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) menurut IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	31
Tabel 3.2.3.4	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	32
Tabel 3.2.3.5	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta Riskesdas 2007	33
Tabel 3.2.4.1	Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 tahun, Riskesdas 2007	34
Tabel 3.2.4.2	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007	35
Tabel 3.2.5.1	Rerata Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari menurut Kabupaten di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	35
Tabel 3.2.5.2	Prevalensi Rumah Tangga dengan Konsumsi Energi Rendah dan Protein Rendah di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	36
Tabel 3.2.5.3	Prevalensi Rumah Tangga dengan Konsumsi Energi Rendah* dan Protein Rendah** menurut Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	36
Tabel 3.2.6.1	Persentase Rumah Tangga Yang Mengonsumsi Garam Cukup Iodium menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	37
Tabel 3.2.6.2	Persentase Rumah Tangga Yang Mengonsumsi Garam Cukup Iodium menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	36
Tabel 3.3.1.1	Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	39

Tabel 3.3.1.2	Persentase Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	40
Tabel 3.3.1.3	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	41
Tabel 3.3.1.4	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Anak Umur 12-59 Bulan menurut Karakteristik di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas Tahun 2007	42
Tabel 3.3.2.1	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	43
Tabel 3.3.2.2	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	44
Tabel 3.3.2.3	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	44
Tabel 3.3.2.4	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	45
Tabel 3.3.2.5	Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	46
Tabel 3.3.2.6	Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden, di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	47
Tabel 3.3.2.7	Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	48
Tabel 3.3.2.8	Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	49
Tabel 3.3.3.1	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan Yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	50
Tabel 3.3.3.2	Persentase Cakupan Kapsul Vitamin A Pada Anak 6-59 Bulan menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	50
Tabel 3.3.4.1	Persentase Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	51
Tabel 3.3.4.2	Persentase Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu dan karakteristik di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	52

Tabel 3.3.4.3	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 200	53
Tabel 3.3.4.4	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Karakteristik di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	54
Tabel 3.3.4.5	Persentase Ibu Hamil menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	55
Tabel 3.3.4.6	Persentase Ibu Hamil menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	56
Tabel 3.3.4.7	Sebaran Skor Jenis Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI, Riskesdas 2007	57
Tabel 3.3.4.8	Sebaran Skor Jenis Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jaya, Riskesdas 2007	57
Tabel 3.3.4.9	Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	58
Tabel 3.3.4.10	Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	59
Tabel 3.4.1.1	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	61
Tabel 3.4.1.2	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	62
Tabel 3.4.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	64
Tabel 3.4.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	65
Tabel 3.4.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	67
Tabel 3.4.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	67
Tabel 3.5.1.1	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	69
Tabel 3.5.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	70

Tabel 3.5.1.3	Prevalensi Penyakit Asma, Jantung, Diabetes dan Tumor menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	71
Tabel 3.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma, Jantung, Diabetes dan Tumor menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	72
Tabel 3.5.1.5	Prevalensi(‰) Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rinitis, Thalassemia, Hemofili menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	73
Tabel 3.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur ≥15 Tahun (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	75
Tabel 3.5.2.2	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur ≥15 Tahun (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	76
Tabel 3.5.3.1	Prevalensi <i>Low Vision</i> dan Kebutaan Pada Penduduk 6 Tahun ke Atas (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	77
Tabel 3.5.3.2	Prevalensi <i>Low Vision</i> dan Kebutaan Pada Penduduk 6 Tahun ke Atas (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	79
Tabel 3.5.3.3	Prevalensi Katarak Pada Penduduk 30 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	80
Tabel 3.5.3.4	Prevalensi Katarak Pada Penduduk 30 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	81
Tabel 3.5.3.5	Prevalensi Operasi Katarak Pada Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dan Persentase Memakai Kacamata Setelah Operasi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	82
Tabel 3.5.3.6	Prevalensi Operasi Katarak Pada Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dan Provorsi Memakai Kacamata Setelah Operasi menurut Karakteristik di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	83
Tabel 3.5.4.1	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	85
Tabel 3.5.4.2	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007	86
Tabel 3.5.4.3	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan dan Provinsi, Riskesdas 2007	87
Tabel 3.5.4.4	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan	88

Gigi menurut Jenis Perawatan dan Karakteristik Responden, Riskesdas 2007

Tabel 3.5.4.5	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	89
Tabel 3.5.4.6	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007	90
Tabel 3.5.4.7	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	90
Tabel 3.5.4.8	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007	91
Tabel 3.5.4.9	Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	91
Tabel 3.5.4.10	Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	92
Tabel 3.5.4.11	Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007	93
Tabel 3.5.4.12	Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Karakteristik Responden di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	94
Tabel 3.5.4.13	<i>Required Treatment Index</i> dan <i>Performed Treatment Index</i> menurut Kabupaten/Kota DKI Jakarta, Riskesdas 2007	95
Tabel 3.5.4.14	<i>Required Treatment Index</i> dan <i>Performed Treatment Index</i> menurut Karakteristik Responden di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	96
Tabel 3.5.4.15	Persentase Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protosa dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	96
Tabel 3.5.4.16	Persentase Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protosa dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007	97
Tabel 3.6.1.1	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Provinsi, Riskesdas 2007	101
Tabel 3.6.1.2	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Karakteristik Penduduk, Riskesdas 2007	102
Tabel 3.6.1.3	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena di Kabupaten/Kota DKI Jakarta Riskesdas 2007	103
Tabel 3.6.1.4	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan	104

Karakteristik Responden, Riskesdas 2007

Tabel 3.6.1.5	Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.6.1.6	Persentase Jenis Cedera Menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007
Tabel 3.6.2.1	Persentase Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas Dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.6.2.2	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Keatas Menurut Status dan Kabupaten/Kota, di DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.6.2.3	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Keatas Menurut Status dan Karakteristik Responden di DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.7.1.1	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Tidak Merokok Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.7.1.2	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Tidak Merokok Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.7.1.3	Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihilas Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.7.1.4	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihilas Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.7.1.5	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.7.1.6	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.7.1.7	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.7.1.8	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.7.1.9	Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

- Tabel 3.7.1.10 Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.1.11 Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.2.1 Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.2.2 Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.3.1 Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.3.2 Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.4.1 Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.4.2 Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.5.1.1 Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Kabupaten/kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.5.1.2 Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.5.2.1 Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.5.2.2 Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.5.2.3 Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap, Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.5.2.4 Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

- Tabel 3.7.6.1 Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.6.2 Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.7.1 Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.7.2 Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Karakteristik di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.7.8 Persentase Rumah Tangga yang Memenuhi Kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.1 Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan^{*)} Menurut Kabupaten/Kota DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.2 Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan^{*)} dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.3 Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* Menurut Kabupaten/Kota DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.4 Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat^{*)} dan Karakteristik Rumah Tangga Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.5 Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.6 Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.7 Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.8 Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

- Tabel 3.8.1.9 Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.10 Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.11 Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa Menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.12 Persentase Rumah Tangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa Menurut Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.13 Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.14 Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.15 Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Alasan Lain dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.16 Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.17 Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.18 Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.19 Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.1.20 Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.2.1 Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Provinsi, Riskesdas 2007
- Tabel 3.8.2.2 Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Tabel 3.8.2.3	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan Kabupaten/Kota DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.8.2.4	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
Tabel 3.8.2.5	Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota
Tabel 3.8.2.6	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
Tabel 3.8.2.7	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Sumber Biaya dan Provinsi, Riskesdas 2007
Tabel 3.8.2.8	Persentase Responden Rawat Jalan Menurut Sumber Biaya dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
Tabel 3.8.3.1	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.8.3.2	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
Tabel 3.8.3.3	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.8.3.4	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007
Tabel 3.9.1.1	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.9.1.2	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.9.1.3	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.9.1.4	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.9.1.5	Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
Tabel 3.9.1.6	Persentase Rumah Tangga menurut Anggota Rumah Tangga yang Biasa Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

- Tabel 3.9.1.7 Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.1.8 Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.1.9 Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007
- Tabel 3.9.1.10 Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007
- Tabel 3.9.1.11 Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.1.12 Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.1.13 Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas dan Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.1.14 Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas dan Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.2.1 Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007
- Tabel 3.9.2.2 Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007
- Tabel 3.9.2.3 Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007
- Tabel 3.9.2.4 Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007
- Tabel 3.9.2.5 Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007
- Tabel 3.9.2.6 Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas dan Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.2.7 Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

- Tabel 3.9.2.8 Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007
- Tabel 3.9.3.1 Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.3.2 Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.4.1 Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.4.2 Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.5.1 Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007
- Tabel 3.9.5.2 Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007
- Tabel 3.9.5.3 Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007
- Tabel 3.9.5.4 Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)	3
Gambar 1.2. Alur Pikir Riskesdas DKI Jakarta 2007	5

DAFTAR SINGKATAN

ART	Anggota Rumah Tangga
AFP	Acute Flaccid Paralysis
ASKES	Asuransi Kesehatan
ASKESKIN	Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
BB	Berat Badan
BB/U	Berat Badan Menurut Umur
BB/TB	Berat Badan Menurut Tinggi Badan
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
BALITA	Bawah Lima Tahun
BCG	Bacillus Calmette Guerin
BBLR	Berat Bayi Lahir Rendah
BATRA	Pengobatan Tradisional
CPITN	<i>Community Periodental Index Treatment Needs</i>
D	Diagnosis
DG	Diagnosis dan Gejala
DM	Diabetes Mellitus
DDM	<i>Diagnosed Diabetes Mellitus</i>
D-T	<i>Decay - Teeth</i>
DPT	Diphtheri Pertusis Tetanus
DMF-T	<i>Decay Missing Filling - Teeth</i>
DEPKES	Departemen Kesehatann
F-T	<i>Filling Teeth</i>
G	Gejala klinis
HB	Hemoglobin
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IMT	Indeks Massa Tubuh
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
ICCIDD	<i>International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders</i>
IU	<i>International Unit</i>
JNC	<i>Joint National Committee</i>
KK	Kepala Keluarga
Kg	Kilogram
KEK	Kurang Energi Kalori
KKAL	Kilo Kalori
KEP	Kurang Energi Protein
KMS	Kartu Menuju Sehat
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KLB	Kejadian Luar Biasa

LP	Lingkar Perut
LILA	Lingkar Lengan Atas
mmHg	Milimeter Air Raksa
mL	Mili Liter
MI	<i>Missing index</i>
M-T	<i>Missing Teeth</i>
MTI	<i>Missing Teeth Index</i>
MDG	<i>Millenium Development Goal</i>
Nakes	Tenaga Kesehatan
O	Obat atau Oralit
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
Polindes	Pondok Bersalin Desa
Pustu	Puskesmas Pembantu
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
PTI	<i>Performed Treatment Index</i>
POLRI	Polisi Republik Indonesia
PNS	Pegawai Negeri Sipil
PT	Perguruan Tinggi
PPI	Panitia Pembina Ilmiah
PD3I	Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
PIN	Pekan Imunisasi Nasonal
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
PPM	<i>Part Per Million</i>
RS	Rumah Sakit
RSB	Rumah Sakit Bersalin
RTI	<i>Required Treatment Index</i>
RPJM	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
SRQ	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
SKTM	Surat Keterangan Tidak Mampu
SPAL	Saluran Pembuangan Air Limbah
SD	Standar Deviasi
SD	Sekolah Dasar
SLTP	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SLTA	Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
TB	Tinggi Badan
TB	Tuberkulosis
TB/U	Tinggi Badan/Umur
TT	Tetanus Toxoid
TDM	Total Diabetes Mellitus
TGT	Toleransi Glukosa Terganggu
UNHCR	<i>United Nations High Commissioner for Refugees</i>
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
UCI	<i>Universal Child Immunization</i>
UDDM	<i>Undiagnosed Diabetes Mellitus</i>

WHO
WUS
μl

World Health Organization
Wanita Usia Subur
Mikro Liter

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kepmenkes Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar
Lampiran 2	Naskah Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consented)
Lampiran 3	Kuesioner Riset Kesehatan Dasar.
Lampiran 4	Daftar Susunan Anggota Tim Riskesdas DKI Jakarta 2007

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Riskesdas DKI Jakarta 2007 adalah sebuah *policy tool* bagi para pembuat kebijakan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota untuk mewujudkan visi “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat”. Riskesdas DKI Jakarta 2007 diselenggarakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan sebagai salah satu unit utama di lingkungan Departemen Kesehatan yang berfungsi menyediakan informasi kesehatan berbasis bukti. Pelaksanaan Riskesdas DKI Jakarta 2007 adalah upaya mengisi salah satu dari 4 (empat) *grand strategy* Departemen Kesehatan, yaitu berfungsinya sistem informasi kesehatan yang *evidence-based* di seluruh Indonesia. Data dasar yang dihasilkan Riskesdas DKI Jakarta 2007 terdiri dari indikator kesehatan utama tentang status kesehatan, kesehatan lingkungan, perilaku kesehatan, status gizi dan berbagai aspek pelayanan kesehatan. Data dasar ini, bukan hanya berskala nasional, tetapi juga menggambarkan berbagai indikator kesehatan minimal sampai ke tingkat kabupaten/kota.

Riskesdas DKI Jakarta 2007 dirancang dengan pengendalian mutu yang ketat, sampel yang memadai, serta manajemen data yang terkoordinasikan dengan baik. Penyelenggaraan Riskesdas DKI Jakarta 2007 dimaksudkan pula untuk membangun kapasitas peneliti di lingkungan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan agar mampu mengembangkan dan melaksanakan survei berskala besar serta menganalisis data yang kompleks. Pada tahap disain, untuk meningkatkan manfaat Riskesdas DKI Jakarta 2007 maka komparabilitas berbagai alat pengumpul data yang digunakan, baik untuk tingkat individual maupun rumah tangga menjadi isu yang sangat penting. Informasi yang *valid, reliable* dan *comparable* dari Riskesdas DKI Jakarta 2007 dapat digunakan untuk mengukur berbagai status kesehatan, asupan, proses serta luaran sistem kesehatan. Lebih jauh lagi, informasi yang *valid, reliable* dan *comparable* dari suatu proses pemantauan dan penilaian sesungguhnya dapat berkontribusi bagi ketersediaan *evidence* pada skala nasional, provinsi dan kabupaten/kota. Pengalaman menunjukkan bahwa komparabilitas dari suatu survei rumah tangga seperti Riskesdas DKI Jakarta 2007 dapat dicapai dengan efisien melalui disain instrumen yang canggih dan ujicoba yang teliti dalam pengembangannya. Pelaksanaan Riskesdas DKI Jakarta 2007 mengakui pentingnya komparabilitas, selain validitas dan reliabilitas.

Sejalan dengan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, maka kewenangan perencanaan bidang kesehatan kini berada di tingkat pemerintahan kabupaten/kota. Rencana pembangunan kesehatan yang *appropriate* dan *adequate* membutuhkan data berbasis komunitas yang dapat mewakili populasi (rumah tangga dan individual) pada berbagai jenjang administrasi. Pengalaman menunjukkan bahwa berbagai survei berbasis komunitas seperti Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia, Susenas Modul Kesehatan dan Survei Kesehatan Rumah Tangga hanya menghasilkan estimasi yang dapat mewakili tingkat kawasan atau provinsi. Sehingga dapat dikatakan bahwa survei yang ada belum memadai untuk perencanaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Sampai saat ini belum tersedia peta status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakangi di tingkat kabupaten/kota. Dengan demikian, perumusan dan pengambilan kebijakan di bidang kesehatan, belum sepenuhnya dibuat berdasarkan informasi komunitas yang berbasis bukti.

Atas dasar berbagai pertimbangan di atas, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melaksanakan riset kesehatan dasar (Riskesdas) untuk menyediakan informasi berbasis komunitas tentang status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya dengan keterwakilan sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga sampai tingkat kabupaten/kota.

1.2 Ruang Lingkup Riskesdas

Riskesdas DKI Jakarta 2007 adalah riset berbasis komunitas dengan sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga yang dapat mewakili populasi di tingkat kabupaten/kota. Riskesdas DKI Jakarta 2007 menyediakan informasi kesehatan dasar termasuk biomedis, dengan menggunakan sampel Susenas Kor. Dengan demikian, Riskesdas DKI Jakarta 2007 mencakup sampel yang lebih besar dari survei-survei kesehatan sebelumnya, dan mencakup aspek kesehatan yang lebih luas. Dibandingkan dengan survei berbasis komunitas yang selama ini dilakukan, tingkat keterwakilan Riskesdas adalah sebagai berikut :

Tabel 1.2
Sampel dan Indikator Pada Berbagai Survei

Indikator	SDKI	SKRT	Kor Susenas 2007	Riskesdas 2007
Sampel	35.000	10.000	280.000	280.000
Pola Mortalitas	Nasional	S/J/KTI	--	Nasional
Perilaku	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Gizi & Pola Konsumsi	--	S/J/KTI	Provinsi	Kabupaten
Sanitasi lingkungan	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Penyakit	--	S/J/KTI	--	Prov/Kab
Cedera & Kecelakaan	Nasional	S/J/KTI	--	Prov/Kab
Disabilitas	--	S/J/KTI	--	Prov/Kab
Gigi & Mulut	--	--	--	Prov/Kab
Biomedis	--	--	--	Nasional

Catatan

S = Sumatera, J = Jawa-Bali, KTI = Kawasan Timur Indonesia

1.3 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian dalam Riskesdas DKI Jakarta 2007 dikembangkan berdasarkan pertanyaan kebijakan kesehatan yang sangat mendasar terkait upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia. Sesuai dengan latar belakang pemikiran dan kebutuhan perencanaan, maka pertanyaan penelitian yang harus dijawab melalui Riskesdas adalah :

- a. Bagaimana status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan kabupaten/kota?
- b. Apa dan bagaimana faktor-faktor yang melatarbelakangi status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan kabupaten/kota?
- c. Apa masalah kesehatan masyarakat yang spesifik di tingkat provinsi dan kabupaten/kota?

1.4 Tujuan Riskesdas

Untuk menjawab pertanyaan penelitian tersebut diatas maka tujuan Riskesdas DKI Jakarta 2007 disusun sebagai berikut:

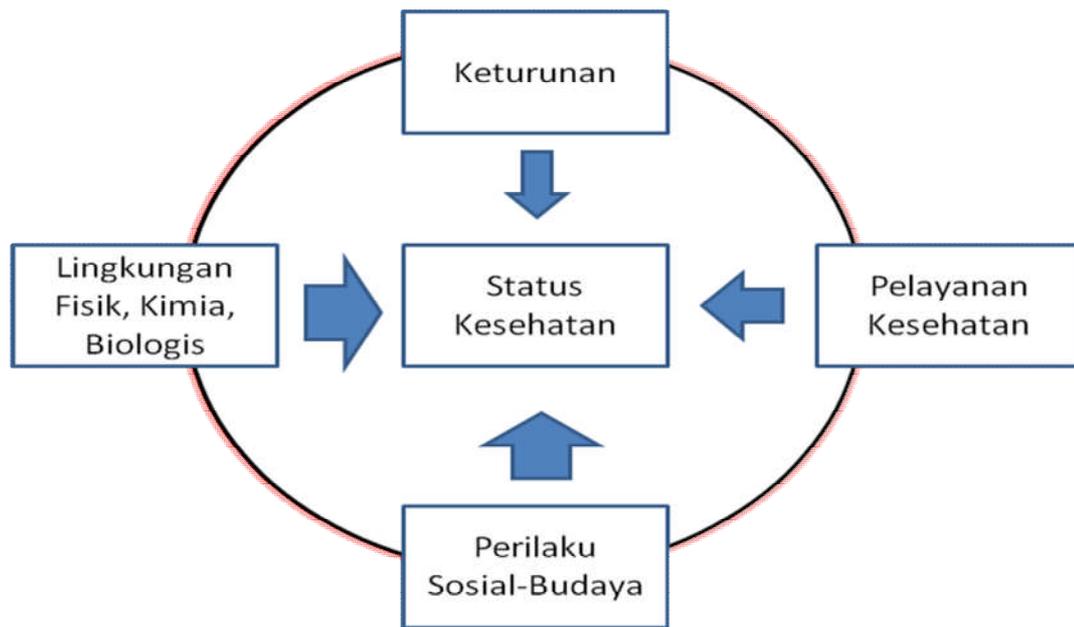
- a. Menyediakan informasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- b. Menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan termasuk alokasi sumber daya di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- c. Menyediakan peta status dan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- d. Membandingkan status kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakangi di tingkat provinsi dan kabupaten/kota

1.5 Kerangka Pikir

Pengembangan Riskesdas DKI Jakarta 2007 didasari oleh kerangka pikir yang dikembangkan oleh Henrik Blum (1974, 1981). Konsep ini terfokus pada status kesehatan masyarakat yang dipengaruhi secara simultan oleh empat faktor penentu yang saling berinteraksi satu sama lain. Keempat faktor penentu tersebut adalah: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Bagan kerangka pikir Blum dapat dilihat pada Gambar 1.1. Pada Riskesdas DKI Jakarta 2007 ini tidak semua indikator dalam konsep empat faktor penentu status kesehatan Henrik Blum, baik yang terkait dengan status kesehatan maupun keempat faktor penentu dimaksud dikumpulkan. Berbagai indikator yang ditanyakan, diukur atau diperiksa dalam Riskesdas DKI Jakarta 2007 adalah sebagai berikut:

- a. Status kesehatan, mencakup variabel:
 - Mortalitas (pola penyebab kematian untuk semua umur).
 - Morbiditas, meliputi prevalensi penyakit menular dan penyakit tidak menular.
 - Disabilitas (ketidakmampuan).
 - Status gizi balita, ibu hamil, wanita usia subur (WUS) dan semua umur dengan menggunakan Indeks Masa Tubuh (IMT).
 - Kesehatan jiwa.

Gambar 1.1. Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)



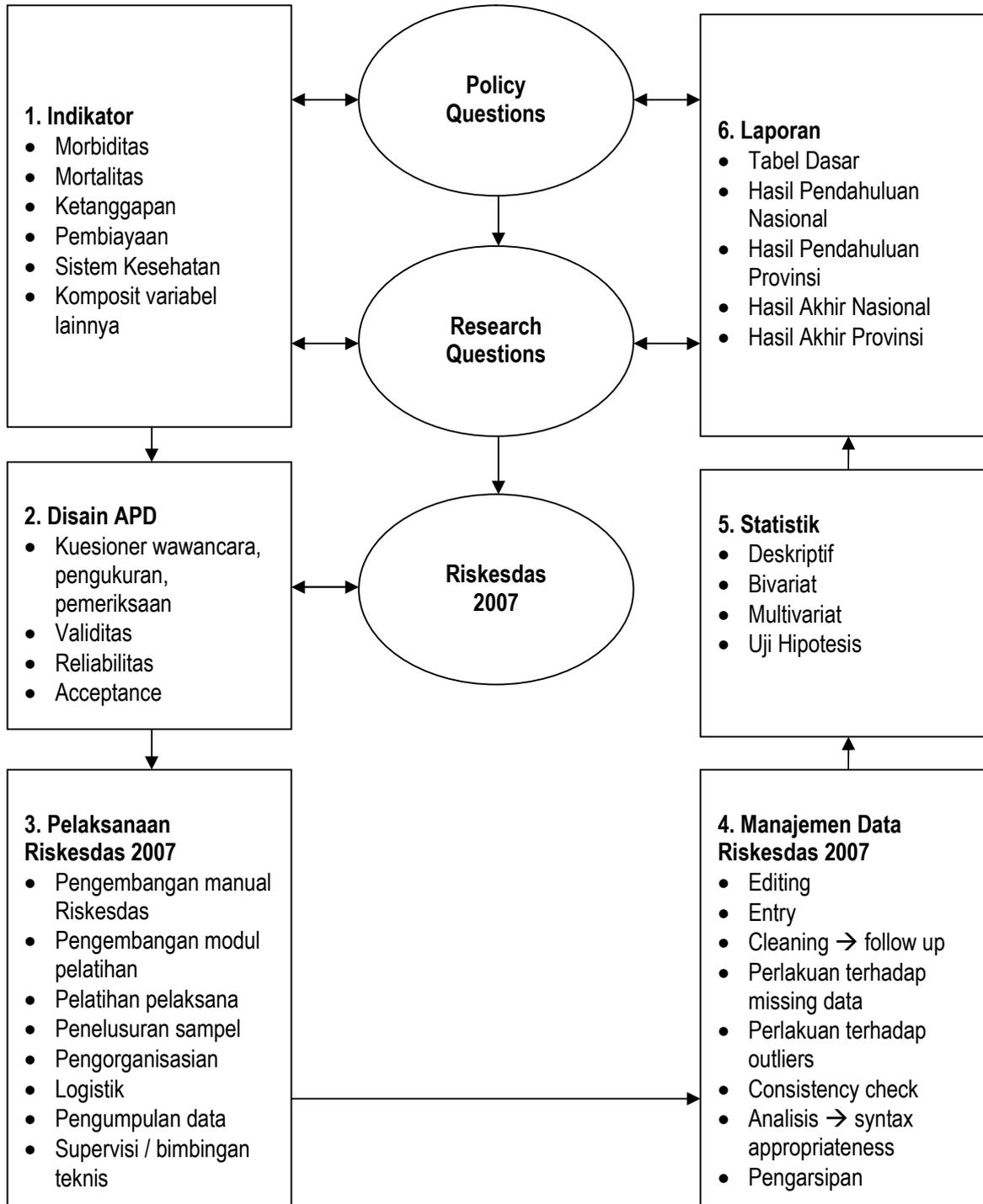
- b. Faktor lingkungan, mencakup variabel:
- Konsumsi gizi, meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral.
 - Lingkungan fisik, meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah.
 - Lingkungan sosial, meliputi tingkat pendidikan, tingkat sosial-ekonomi, perbandingan kota – desa dan perbandingan antar provinsi, kabupaten dan kota.
- c. Faktor perilaku, mencakup variabel:
- Perilaku merokok/konsumsi tembakau dan alkohol.
 - Perilaku konsumsi sayur dan buah.
 - Perilaku aktivitas fisik.
 - Perilaku gosok gigi.
 - Perilaku higienis (cuci tangan, buang air besar).
 - Pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap flu burung, HIV/AIDS.
- d. Faktor pelayanan kesehatan, mencakup variabel:
- Akses terhadap pelayanan kesehatan, termasuk untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat.
 - Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.
 - Ketanggapan pelayanan kesehatan.
 - Cakupan program KIA (pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi dan imunisasi).

1.6 Alur Pikir Riskesdas DKI Jakarta 2007

Alur pikir ini secara skematis menggambarkan enam tahapan penting dalam Riskesdas DKI Jakarta 2007. Keenam tahapan ini terkait erat dengan ide dasar Riskesdas untuk menyediakan data kesehatan yang *valid, reliable, comparable*, serta dapat menghasilkan estimasi yang dapat mewakili rumah tangga dan individu sampai ke tingkat kabupaten/kota. Siklus yang dimulai dari Tahapan 1 hingga Tahapan 6 menggambarkan sebuah *system thinking* yang seyogyanya berlangsung secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Dengan demikian, hasil Riskesdas DKI Jakarta 2007 bukan saja harus mampu menjawab pertanyaan kebijakan, namun harus memberikan arah bagi pengembangan pertanyaan kebijakan berikutnya.

Untuk menjamin *appropriateness* dan *adequacy* Riskesdas DKI Jakarta 2007 dalam konteks penyediaan data kesehatan yang *valid, reliable* dan *comparable*, maka pada setiap tahapan dilakukan upaya penjaminan mutu yang ketat. Substansi pertanyaan, pengukuran dan pemeriksaan Riskesdas DKI Jakarta 2007 mencakup data kesehatan yang mengadaptasi sebagian pertanyaan *World Health Survey* yang dikembangkan oleh the *World Health Organization*. Dengan demikian, berbagai instrumen yang dikembangkan untuk Riskesdas DKI Jakarta 2007 mengacu pada berbagai instrumen yang telah *exist* dan banyak dipergunakan oleh berbagai bangsa di dunia (61 negara). Instrumen dimaksud dikembangkan, diuji dan dipergunakan untuk mengukur berbagai aspek kesehatan termasuk didalamnya *input, process, output* dan *outcome* kesehatan.

Gambar 1.2. Alur Pikir Riskesdas DKI Jakarta 2007



1.7 Pengorganisasian Riskesdas

Riskesdas direncanakan dan dilaksanakan oleh seluruh jajaran Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan melibatkan berbagai pihak, antara lain Badan Pusat Statistik, organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 877 Tahun 2006, pengorganisasian Riskesdas DKI Jakarta 2007 dibagi menjadi berbagai tingkat, dengan rincian sebagai berikut (Lihat Lampiran 1.) :

- a. Tingkat provinsi
- b. Organisasi tingkat kabupaten/kota (6 kabupaten/kota)
- c. Tim pengumpul data

Pengumpulan data Riskesdas DKI Jakarta 2007 dilakukan segera setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007. Jumlah blok sensus dari masing-masing kabupaten/kota DKI Jakarta untuk Kepulauan Seribu 20 blok sensus, Jakarta Selatan 81 blok sensus, Jakarta Timur 82 blok sensus, Jakarta Pusat 81 blok sensus, Jakarta Barat 82 blok sensus, dan Jakarta Utara 81 blok sensus.

1.8 Manfaat Riskesdas

Riskesdas DKI Jakarta 2007 memberikan manfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan berupa :

- a. Tersedianya data dasar dari berbagai indikator kesehatan di berbagai tingkat administratif.
- b. Stratifikasi indikator kesehatan menurut status sosial-ekonomi sesuai hasil Susenas 2007.
- c. Tersedianya informasi untuk perencanaan pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.

1.9 Persetujuan Etik Riskesdas

Riskesdas DKI Jakarta 2007 ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS

2.1 Disain

Riskesdas DKI Jakarta 2007 adalah sebuah survei *cross sectional*. Disain Riskesdas DKI Jakarta 2007 terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok DKI Jakarta, secara menyeluruh, akurat dan berorientasi pada kepentingan para pengambil keputusan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Berbagai ukuran *sampling error* termasuk didalamnya *standard error, relative standard error, confidence interval, design effect* dan jumlah sampel tertimbang akan menyertai setiap estimasi variabel. Dengan disain ini, maka setiap pengguna informasi Riskesdas dapat memperoleh gambaran yang utuh dan rinci mengenai berbagai masalah kesehatan yang ditanyakan, diukur atau diperiksa. Laporan Hasil Riskesdas DKI Jakarta 2007 dapat menggambarkan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan variabilitas antar kabupaten/kota.

Secara singkat dapat dikatakan bahwa Riskesdas DKI Jakarta 2007 didisain untuk mendukung pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti ilmiah. Disain Riskesdas DKI Jakarta 2007 dikembangkan dengan sungguh-sungguh memperhatikan teori dasar tentang saling hubungan antara berbagai penentu yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Riskesdas DKI Jakarta 2007 menyediakan data dasar yang dikumpulkan melalui survei berskala nasional sehingga hasilnya dapat digunakan untuk penyusunan kebijakan kesehatan bahkan sampai ke tingkat kabupaten/kota. Lebih lanjut, karena metodologinya hampir seluruhnya sama dengan metodologi Susenas 2007 (lihat penjelasan pada seksi berikut), data Riskesdas DKI Jakarta 2007 mudah dikorelasikan dengan data Susenas 2007. Atau dengan data survei lainnya seperti data kemiskinan yang menggunakan metodologi sama. Dengan demikian, para pembentuk kebijakan dan pengambil keputusan di bidang pembangunan kesehatan dapat menarik manfaat yang optimal dari ketersediaan data Riskesdas DKI Jakarta 2007.

2.2 Lokasi

Sampel Riskesdas DKI Jakarta 2007 di tingkat kabupaten/kota berasal dari 6 kabupaten/kota yang tersebar merata di Provinsi DKI Jakarta.

2.3 Populasi Sampel

Populasi dalam Riskesdas DKI Jakarta 2007 adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok DKI Jakarta. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas DKI Jakarta identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas DKI Jakarta. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas DKI Jakarta identik pula dengan *two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007. Berikut ini adalah uraian singkat cara penghitungan dan cara penarikan sampel dimaksud.

2.3.1 Penarikan Sampel Blok Sensus (dalam Susenas 2007)

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, Riskesdas DKI Jakarta menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas DKI Jakarta. Dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus yang Persentaseonal terhadap jumlah rumah tangga di kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah blok sensus masuk kedalam sampel blok sensus pada sebuah kabupaten/kota bersifat Persentaseonal terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (probability provortional to size). Bila dalam sebuah blok sensus terdapat lebih dari 150 (seratus lima puluh) rumah tangga maka dalam penarikan sampel di tingkat ini akan dibentuk sub-blok sensus. Secara keseluruhan, berdasarkan sampel blok sensus dalam Susenas 2007 yang berjumlah 427 (empat ratus dua puluh tujuh) sampel blok sensus, Riskesdas DKI Jakarta 2007 berhasil mengunjungi 409 blok sensus dari 6 kabupaten/kota yang ada.

2.3.2 Penarikan Sampel Rumah Tangga

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), yang menjadi sampel rumah tangga dengan jumlah rumah tangga di blok sensus tersebut. Secara keseluruhan, jumlah sampel rumah tangga dari 6 kabupaten/kota dalam Susenas DKI Jakarta adalah 6.832 (enam ribu delapan ratus tiga puluh dua), sedang Riskesdas DKI Jakarta berhasil mengumpulkan 4.890 (empat ribu delapan ratus sembilan puluh) rumah tangga. Jadi respon rate untuk sampel rumah tangga sebesar 71,6%.

Tabel 2.3.2
Jumlah Sampel Rumah tangga (RT) per Kabupaten/Kota menurut Susenas dan Riskesdas 2007, DKI Jakarta

Kabupaten/Kota	Riskesdas	Susenas	Respon Rate Riskesdas/Susenas
	N	N	
Kepulauan Seribu	306	320	95,6
Jakarta Selatan	928	1296	71,6
Jakarta Timur	862	1312	65,7
Jakarta Pusat	898	1296	69,3
Jakarta Barat	961	1312	73,2
Jakarta Utara	935	1296	72,1
DKI Jakarta	4890	6832	71,6

2.3.3 Penarikan Sampel Anggota Rumahtangga

Selanjutnya, seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut diatas diambil sebagai sampel individu. Dengan begitu, dari 6 kabupaten/kota pada Susenas DKI Jakarta 2007 terdapat 27.519 (dua puluh tujuh ribu lima ratus sembilan belas) sampel anggota rumah tangga. Riskesdas DKI Jakarta 2007 berhasil mengumpulkan 16.970 (enam belas ribu sembilan ratus tujuh puluh) individu anggota rumah tangga yang sama dengan Susenas. Dengan demikian respon rate untuk anggota rumah tangga Riskesdas 2007 DKI Jakarta sebesar 61,7%.

Tabel 2.3.3
Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) per Kabupaten/kota menurut
Susenas 2007 dan Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Riskesdas	Susenas	Respon rate Riskesdas/Susenas
	N	N	
Kepulauan Seribu	1.189	1.332	89,3
Jakarta Selatan	3.246	5.387	60,3
Jakarta Timur	2.884	5.369	53,7
Jakarta Pusat	2.787	5.055	55,1
Jakarta Barat	3.426	5.149	66,5
Jakarta Utara	3.438	5.227	65,8
DKI Jakarta	16.970	27.519	61,7

2.3.4 Penarikan Sampel Biomedis

Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumah tangga berusia lebih dari 1 (satu) tahun yang tinggal di blok sensus dengan klasifikasi perkotaan. Secara nasional, terpilih sampel anggota rumah tangga berasal dari 64 blok sensus perkotaan yang terpilih dari 6 kabupaten/kota dalam Susenas DKI Jakarta 2007. Riskesdas DKI Jakarta 2007 berhasil mengumpulkan 60 (enam puluh) blok sensus. Dengan target sampel 10% sejumlah 2.935 responden, tetapi yang berhasil dikumpulkan pada Riskesdas 2007 sebanyak 1.837 individu. Jadi pencapaian respon rate untuk biomedis 62,6%.

2.3.5 Penarikan Sampel Iodium

Ada 2 (dua) pengukuran iodium. Pertama, adalah pengukuran kadar iodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran iodium dalam urin. Pengukuran kadar iodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beriodium. Sedangkan pengukuran iodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam iodium pada penduduk. Pengukuran kadar iodium dalam garam dilakukan dengan test cepat menggunakan "iodina" dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga. Dalam Riskesdas DKI Jakarta 2007 dilakukan test cepat iodium dalam garam pada 4.890 sampel rumah tangga dari 6 kabupaten/kota di DKI Jakarta. Sedangkan untuk pengukuran kedua, DKI Jakarta tidak terpilih sebagai sampel.

2.4 Variabel

Berbagai pertanyaan terkait dengan kebijakan kesehatan Indonesia dioperasionalkan menjadi pertanyaan riset dan akhirnya dikembangkan menjadi variabel yang dikumpulkan dengan menggunakan berbagai cara. Dalam Riskesdas DKI Jakarta 2007 terdapat kurang lebih 600 variabel yang tersebar didalam 6 (enam) jenis kuesioner, dengan rincian variabel pokok sebagai berikut:

Kuesioner rumah tangga (RKD07.RT)

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
- b. Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
- c. Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
- d. Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);
- e. Blok V tentang mortalitas (10 variabel);

- f. Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);
- g. Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel).

Kuesioner gizi (RKD07.GIZI)

Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu.

Kuesioner individu (RKD07.IND)

- a. Blok IX tentang keterangan wawancara individu (4 variabel);
- b. Blok X tentang keterangan individu dikelompokkan menjadi:
 - Blok X-A tentang identifikasi responden (4 variabel);
 - Blok X-B tentang penyakit menular, tidak menular, dan riwayat penyakit turunan (50 variabel);
 - Blok X-C tentang ketanggapan pelayanan kesehatan dengan rincian untuk Pelayanan Rawat Inap (11 variabel) dan untuk Pelayanan Rawat Jalan (10 variabel);
 - Blok X-D tentang pengetahuan, sikap dan perilaku untuk semua anggota rumah tangga umur ≥ 10 tahun (35 variabel);
 - Blok X-E tentang disabilitas/ketidakkampuan untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (23 variabel);
 - Blok X-F tentang kesehatan mental untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (20 variabel);
 - Blok X-G tentang imunisasi dan pemantauan pertumbuhan untuk semua anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan (11 variabel);
 - Blok X-H tentang kesehatan bayi (khusus untuk bayi berumur < 12 bulan (7 variabel);
 - Blok X-I tentang kesehatan reproduksi – pertanyaan tambahan untuk 5 provinsi: NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua (6 variabel).
- c. Blok XI tentang pengukuran dan pemeriksaan (14 variabel);

Kuesioner autopsi verbal untuk umur <29 hari (RKD07.AV1)

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
- b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (6 variabel);
- c. Blok III tentang karakteristik ibu neonatal (5 variabel);
- d. Blok IVA tentang keadaan bayi ketika lahir (6 variabel);
- e. Blok IVB tentang keadaan bayi ketika sakit (12 variabel);
- f. Blok V tentang autopsi verbal kesehatan ibu neonatal ketika hamil dan bersalin (2 variabel);
- g. Blok VIA tentang bayi usia 0-28 hari termasuk lahir mati (4 variabel);
- h. Blok VIB tentang keadaan ibu (8 variabel);

Kuesioner autopsi verbal untuk umur <29 hari - < 5 tahun (RKD07.AV2)

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
- b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
- c. Blok III tentang autopsi verbal riwayat sakit bayi/balita berumur 29 hari - <5 tahun (35 variabel);
- d. Blok IV tentang resume riwayat sakit bayi/balita (6 variabel);

Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3)

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);

- b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
- c. Blok IIIA tentang autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (44 variabel);
- d. Blok IIIB tentang autopsi verbal untuk perempuan umur 10 tahun keatas (variabel);
- e. Blok IIIC tentang autopsi verbal untuk perempuan pernah kawin umur 10-54 tahun (19 variabel);
- f. Blok IIID tentang autopsi verbal untuk laki-laki atau perempuan yang berumur 15 tahun keatas (1 variabel);
- g. Blok IV tentang resume riwayat sakit untuk umur 5 tahun keatas (5 variabel).

Catatan

Selain keenam kuesioner tersebut diatas, terdapat 2 formulir yang digunakan untuk pengumpulan data tes cepat iodium garam (Form Garam) dan data iodium didalam urin (Form Pemeriksaan Urin).

2.5 Alat dan Cara Pengumpulan Data

Pelaksanaan Riskesdas DKI Jakarta 2007 menggunakan berbagai alat pengumpul data dan berbagai cara pengumpulan data, dengan rincian sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.RT
 - Responden untuk Kuesioner RKD07.RT adalah Kepala Keluarga, atau Ibu Rumah Tangga atau Anggota Rumah Tangga yang dapat memberikan informasi;
 - Dalam Kuesioner RKD07.RT terdapat verifikasi terhadap keterangan anggota rumah tangga yang dapat menunjukkan sejauh mana sampel Riskesdas 2007 identik dengan sampel Susenas 2007;
 - Informasi mengenai kejadian kematian dalam rumah tangga di *recall* terhitung sejak 1 Juli 2004, termasuk didalamnya kejadian bayi lahir mati. Informasi lebih lanjut mengenai kematian yang terjadi dalam 12 bulan sebelum wawancara dilakukan eksplorasi lebih lanjut melalui autopsi verbal dengan menggunakan kuesioner RKD07.AV yang sesuai dengan umur anggota rumah tangga yang meninggal dimaksud.
- b. Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND
 - Secara umum, responden untuk Kuesioner RKD07.IND adalah setiap anggota rumah tangga. Khusus untuk anggota rumah tangga yang berusia kurang dari 15 tahun, dalam kondisi sakit atau orang tua maka wawancara dilakukan terhadap anggota rumah tangga yang menjadi pendampingnya;
 - **Anggota rumah tangga semua umur** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit keturunan sebagai berikut: Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Pnemonia, Demam Tifoid, Malaria, Diare, Campak, Tuberkulosis Paru, Demam Berdarah Dengue, Hepatitis, Filariasis, Asma, Gigi dan Mulut, Cedera, Penyakit Jantung, Penyakit Kencing Manis, Tumor / Kanker dan Penyakit Keturunan, serta pengukuran berat badan, tinggi badan / panjang badan;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 15 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Sendi, Penyakit Tekanan Darah Tinggi, Stroke, disabilitas, kesehatan mental, pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkaran perut, serta pengukuran lingkaran lengan atas (khusus untuk wanita usia subur 15-45 tahun, termasuk ibu hamil);
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 30 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Katarak;

- **Anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan pertumbuhan;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 10 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terkait dengan Penyakit Flu Burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, penggunaan alkohol, aktivitas fisik, serta perilaku terkait dengan konsumsi buah-buahan segar dan sayur-sayuran segar;
 - **Anggota rumah tangga berumur < 12 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;
 - **Anggota rumah tangga berumur > 5 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 12 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen;
- c. Pengumpulan data kematian dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3;
- d. Pengumpulan data biomedis berupa spesimen darah dilakukan di 33 provinsi di Indonesia dengan populasi penduduk di blok sensus perkotaan di Indonesia. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) dari rumah tangga terpilih di blok sensus perkotaan terpilih sesuai Susenas Provinsi Abrakadabra Barat Daya 2007. Rangkaian pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:
- Blok sensus perkotaan yang terpilih pada Susenas 2007, dipilih sejumlah 15% dari total blok sensus perkotaan.
 - Jumlah blok sensus di daerah perkotaan yang terpilih berjumlah 971, dengan total sampel 15.536 RT.

Sampel darah diambil dari seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) yang menanda tangani *informed consent*. Pengambilan darah tidak dilakukan pada anggota rumah tangga yang sakit berat, riwayat perdarahan dan menggunakan obat pengencer darah secara rutin.

Untuk pemeriksaan kadar glukosa darah, data dikumpulkan dari anggota rumah tangga berumur ≥ 15 tahun, kecuali wanita hamil (alasan etika). Responden terpilih memperoleh pembebanan sebanyak 75 gram glukosa oral setelah puasa 10–14 jam. Khusus untuk responden yang sudah diketahui positif menderita Diabetes Mellitus (berdasarkan konfirmasi dokter), maka hanya diberi pembebanan sebanyak 300 kalori (alasan medis dan etika). Pengambilan darah vena dilakukan setelah 2 jam pembebanan. Darah didiamkan selama 20–30 menit, disentrifus sesegera mungkin dan kemudian dijadikan serum. Serum segera diperiksa dengan menggunakan alat kimia klinis otomatis. Nilai rujukan (WHO, 1999) yang digunakan adalah sebagai berikut:

- Normal (Non DM) < 140 mg/dl
 - Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) $140 - < 200$ mg/dl
 - Diabetes Mellitus (DM) ≥ 200 mg/dl.
- e. Pengumpulan data konsumsi garam beriodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas DKI Jakarta 2007 dilakukan dengan tes cepat iodium menggunakan “iodina test”.

Catatan

Pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas DKI Jakarta 2007 tidak dapat dilakukan serentak pada pertengahan 2007, sehingga dalam analisis perlu beberapa penyesuaian agar komparabilitas data dari satu periode pengumpulan data yang satu dengan periode

pengumpulan data lainnya dapat terjaga dengan baik. Situasi ini disebabkan oleh beberapa hal berikut ini:

Kesiapan kabupaten/kota untuk berperanserta dalam pelaksanaan Riskesdas 2007 amat bervariasi, sehingga pelaksanaan dari satu lokasi pengumpulan data ke lokasi lainnya memerlukan koordinasi dan manajemen logistik;

Untuk pengumpulan data biomedis, perlu dilakukan pelatihan yang intensif untuk petugas pengambil spesimen dan manajemen spesimen. Petugas dimaksud adalah para analis atau petugas Labkesda setempat.

2.6 Manajemen Data

Manajemen data Riskesdas dilaksanakan oleh Tim Manajemen Data Pusat yang mengkoordinir Tim Manajemen Data dari Korwil I – IV. Urutan kegiatan manajemen data dapat diuraikan sebagai berikut:

2.6.1 Editing

Editing adalah salah satu mata rantai yang secara potensial dapat menjadi *the weakest link* dalam pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 2007. Editing mulai dilakukan oleh pewawancara semenjak data diperoleh dari jawaban responden. Di lapangan, pewawancara bekerjasama dalam sebuah tim yang terdiri dari 3 pewawancara dan 1 Ketua Tim. Peran Ketua tim Pewawancara sangat kritical dalam proses editing. Ketua Tim Pewawancara harus dapat membagi waktu untuk tugas pengumpulan data dan editing segera setelah selesai pengumpulan data pada setiap blok sensus. Fokus perhatian Ketua Tim Pewawancara adalah kelengkapan dan konsistensi jawaban responden dari setiap kuesioner yang masuk. Kegiatan ini seyogyanya dilaksanakan segera setelah diserahkan oleh pewawancara. Ketua Tim Pewawancara harus mengkonsultasikan seluruh masalah *editing* yang dihadapinya kepada Penanggung Jawab Teknis (PJT) Kabupaten dan / atau Penanggung Jawab Teknis (PJT) Provinsi. PJT Kabupaten dan PJT Provinsi bertugas untuk melakukan supervisi pelaksanaan pengumpulan data, memeriksa kuesioner yang telah diisi serta membantu memecahkan masalah yang timbul di lapangan dan juga melakukan editing.

2.6.2 Entri

Tim manajemen data yang bertanggungjawab untuk *entry data* harus mempunyai dan mau memberikan ekstra energi berkonsentrasi ketika memindahkan data dari kuesioner / formulir kedalam bentuk digital. Buku kode disiapkan dan digunakan sebagai acuan bila menjumpai masalah *entry data*. Kuesioner Riskesdas Provinsi Abrakadabra Barat Daya 2007 mengandung pertanyaan untuk berbagai responden dengan kelompok umur yang berbeda. Kuesioner yang sama juga banyak mengandung *skip questions* yang secara teknis memerlukan ketelitian petugas *entry data* untuk menjaga konsistensi dari satu blok pertanyaan ke blok pertanyaan berikutnya.

Petugas *entry data* Riskesdas merupakan bagian dari tim manajemen data yang harus memahami kuesioner Riskesdas dan program *data base* yang digunakannya. Prasyarat pengetahuan dan keterampilan ini menjadi penting untuk menekan kesalahan *entry*. Hasil pelaksanaan *entry data* ini menjadi bagian yang penting bagi petugas manajemen data yang bertanggungjawab untuk melakukan *cleaning* dan analisis data.

2.6.3 Cleaning

Tahapan *cleaning* dalam manajemen data merupakan proses yang amat menentukan kualitas hasil Riskesdas DKI Jakarta 2007. Tim Manajemen Data menyediakan pedoman khusus untuk melakukan *cleaning* data Riskesdas. Perlakuan terhadap *missing values*, *no responses*, *outliers* amat menentukan akurasi dan presisi dari

estimasi yang dihasilkan Riskesdas 2007. Petugas *cleaning* data harus melaporkan keseluruhan proses perlakuan *cleaning* kepada penanggung jawab analisis Riskesdas agar diketahui jumlah sampel terakhir yang digunakan untuk kepentingan analisis. Besaran numerator dan denominator dari suatu estimasi yang mengalami proses data *cleaning* merupakan bagian dari laporan hasil Riskesdas DKI Jakarta 2007. Bila pada suatu saat data Riskesdas DKI Jakarta 2007 dapat diakses oleh publik, maka informasi mengenai imputasi (proses data *cleaning*) dapat meredam munculnya pertanyaan-pertanyaan mengenai kualitas data.

2.7 Keterbatasan Riskesdas

Keterbatasan Riskesdas DKI Jakarta 2007 mencakup berbagai permasalahan *non-random error*. Banyaknya sampel blok sensus, sampel rumah tangga, sampel anggota rumah tangga serta kesibukan/kesediaan sampel untuk diwawancarai merupakan faktor penting dalam pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas DKI Jakarta 2007. Pengorganisasian Riskesdas DKI Jakarta 2007 melibatkan berbagai unsur Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, pusat-pusat penelitian, serta perguruan tinggi setempat. Proses pengadaan logistik untuk kegiatan Riskesdas DKI Jakarta 2007 terkait erat dengan ketersediaan biaya. Perubahan kebijakan pembiayaan dalam tahun anggaran 2007 dan prosedur administrasi yang panjang dalam proses pengadaan barang menyebabkan keterlambatan dalam kegiatan pengumpulan data. Keterlambatan pada fase ini telah menyebabkan keterlambatan pada fase berikutnya. Berbagai keterlambatan tersebut memberikan kontribusi penting bagi berbagai keterbatasan dalam Riskesdas DKI Jakarta 2007, sebagaimana uraian berikut ini:

- a. Rumah tangga yang terdapat dalam DSRT Susenas 2007 ternyata tidak dapat dijumpai oleh Tim Pewawancara Riskesdas 2007.
- b. Bisa juga terjadi anggota rumah tangga dari rumah tangga yang terpilih dan bisa dikunjungi oleh Riskesdas, pada saat pengumpulan data dilakukan tidak ada di tempat.
- c. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda pula. Pada Riskesdas, variabel tanggal pengumpulan data bisa digunakan pada saat melakukan analisis;
- d. Meski Riskesdas dirancang untuk menghasilkan estimasi sampai tingkat kabupaten/kota, tetapi tidak semua estimasi bisa mewakili kabupaten/kota, terutama kejadian-kejadian yang frekuensinya jarang. Kejadian yang jarang seperti ini hanya bisa mewakili tingkat provinsi atau bahkan hanya tingkat nasional;
- e. Khusus untuk data biomedis, estimasi yang dihasilkan hanya mewakili sampai tingkat perkotaan nasional;

2.8 Hasil Pengolahan dan Analisis Data

Isu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas DKI Jakarta 2007 adalah sampel Riskesdas 2007 yang identik dengan sampel Susenas 2007. Disain penarikan sampel Susenas 2007 adalah *two stage sampling*. Hasil pengukuran yang diperoleh dari *two stage sampling design* memerlukan perlakuan khusus yang pengolahannya menggunakan paket perangkat lunak statistik konvensional seperti SPSS. Aplikasi statistik yang tersedia didalam SPSS untuk mengolah dan menganalisis data seperti Riskesdas 2007 adalah SPSS Complex Samples. Aplikasi statistik ini memungkinkan penggunaan *two stage sampling design* seperti yang diimplementasikan di dalam Susenas 2007. Dengan penggunaan SPSS Complex Sample dalam pengolahan dan

analisis data Riskesdas DKI Jakarta 2007, maka validitas hasil analisis data dapat dioptimalkan.

Pengolahan dan analisis data dipresentasikan pada Bab Hasil Riskesdas. Riskesdas yang terdiri dari 6 Kuesioner dan 11 Blok Topik Analisis perlu menghitung jumlah sampel yang dipergunakan untuk mendapatkan hasil analisis baik secara nasional, provinsi, kabupaten/kota, serta karakteristik penduduk. Jumlah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Riskesdas yang terkumpul seperti tercantum pada tabel 2.3.2, dan tabel 2.3.3 perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis. Berikut ini rincian jumlah sampel yang dipergunakan untuk analisis data, terutama dari hasil pengukuran dan pemeriksaan dan kelompok umur.

- a. Status gizi
Untuk analisis status gizi, kelompok umur yang digunakan adalah balita, anak usia 6-14 tahun, wanita usia 15-45 tahun, dewasa usia 15 tahun keatas.
- b. Hipertensi
Untuk analisis hasil pengukuran tekanan darah pada kelompok umur 18 tahun keatas.
- c. Pemeriksaan katarak
Untuk analisis pemeriksaan katarak adalah pada umur 30 tahun keatas
- d. Pemeriksaan visus
Untuk analisis visus untuk umur 6 tahun keatas
- e. Pemeriksaan Gigi
Analisis untuk umur 12 tahun keatas
- f. Pengetahuan Sikap dan Perilaku
Analisis untuk umur 10 tahun keatas
- g. Disabilitas
Analisis untuk umur 15 tahun keatas

BAB 3. HASIL RISKESDAS

3.1 Profil DKI Jakarta

3.1.1 Geografis

Jakarta terletak di bagian barat laut pulau Jawa. Koordinatnya adalah: 6°11' LS dan 106°50' BT.

3.1.2 Kependudukan

Jumlah Penduduk Provinsi DKI tahun 2006 sebesar 7.523.591 jiwa. Luas wilayah DKI adalah 650 km², sehingga kepadatan penduduk rerata adalah 11.365 jiwa per km². Apabila diperinci dari informasi profil kesehatan maka daerah yang memiliki kepadatan penduduk terbesar adalah di Jakarta Pusat sebesar 18.309 jiwa per km² dan wilayah paling jarang adalah Jakarta Utara yaitu 8.598 jiwa per km². (Kependudukan, 2006; Wiki Pedia, 2006).

Tabel 3.1.2.1
Jumlah Penduduk, Luas Wilayah, Kepadatan Penduduk

Deskripsi	Kecamatan	Kelurahan	Jumlah Penduduk	Luas (Km ²)	Kepadatan
Jakarta Pusat	8	44	881.592	48	18.309
Jakarta Utara	7	35	1.181.295	137	8.598
Jakarta Barat	8	56	1.576.899	125	12.59
Jakarta Selatan	10	65	1.725.079	146	11.838
Jakarta Timur	10	65	2.139.073	197	10.836
Kepulauan Seribu	-	-	19.653	9	2.259
DKI Jakarta	43	265	7.523.591	662	11.365

Sumber : Dinas Kesehatan, Dinas Kependudukan DKI, 2006

Ternyata Persentase usia produktif wanita (71,6%) lebih besar dari Persentase usia produktif laki-laki(71%) dan usia tidak produktif laki-laki (29%) lebih besar dari wanita (28,4). Kesimpulan diatas bahwa jumlah wanita lebih banyak di DKI dan Persentase usia aktif lebih dominan wanita. Sedang komposisi per-kelompok umur dapat di lihat dalam tabel 3.1.2.1

Sebagian besar masyarakat berpendidikan SMA/Aliyah/SMEA yaitu sebesar 21.9 % dan SMP/MTs sebesar 18,1%. Ternyata sebesar 11,5 % yang tidak sekolah dan 2,6% berpendidikan S2/S3. Apabila di perinci per jenis kelamin maka pendidikan SMU mayoritas pada kelompok laki-laki dan perempuan hanya seperempatnya (tabel 3.1.2.3)

Tabel 3.1.2.2
Persentase Penduduk di DKI Jakarta (perkelompok usia) Tahun 2004

Umur Responden (Th)	Frekuensi	Percent	Cumulative
0-4	2,329	8.10	8.10
5-10	2,840	9.87	17.97
11-15	2,335	8.12	26.09
16-20	3,000	10.43	36.52
21-25	3,375	11.73	48.25
26-30	3,177	11.04	59.29
31-35	2,692	9.36	68.65
36-40	2,241	7.79	76.44
41-45	1,851	6.43	82.88
46-50	1,612	5.60	88.48
51-55	1,152	4.00	92.49
56-60	869	3.02	95.51
61-65	622	2.16	97.67
65+	670	2.33	100.00
Total	28,765	100.00	

Sumber: Data Susenas 2004 yang di olah

Tabel 3.1.2.3
Tingkat Pendidikan Penduduk Masyarakat di Prov. DKI , 2004

Pendidikan Tertinggi yang Pernah Diduduki	Persentase
Tidak Sekolah (<=)	11,5
Tidak Sekolah-2 (>=5 thn)	16,05
SD/Ibtidaiyah	18,68
SMP/MTs	18,07
SMA/Aliyah/SMEA	20,94
D1/D2/D3/Sarmud	7,18
D4/S1	0,79
S2/S3	2,63
DKI Jakarta	100

Sumber: Susenas KOR 2004 yang di olah

3.1.3 Sosial Ekonomi

Pertanyaan mengenai pendapatan masyarakat tidak dijawab oleh 35,22% rumah tangga Responden yang menjawab dengan pendapatan > 1,5 Juta merupakan Persentase terbesar yaitu 23,23 %. Untuk kelompok Rp.750 ribu – Rp.1 Juta sebesar 13,14% menduduki peringkat ke 2 (Tabel 3.1.3.1). Sedangkan rerata pendapatan rumah tangga di provinsi DKI Rp. 1,103,474 dengan batasan terendah 0 karena tidak menjawab dan tertinggi Rp. 30 juta (Tabel 3.1.3.2)

Tabel 3.1.3.1
Distribusi Pendapatan Rumah Tangga Di Provinsi DKI, 2004

Pendapatan Rumah Tangga	Frekuensi.	Persen	Kumulatif
0-250.000	2.500	35,22	35,22
250.000-500.000	85	1,2	36,42
500.000-750.000	306	4,31	40,73
750.000-1.000.000	655	9,23	49,96
1.000.000-.250.000	933	13,14	63,10
1.250.000-.500.000	425	5,99	69,09
>1.500.000	545	7,68	76,77
	1.649	23,23	100
DKI Jakarta	7.098	100	

Sumber: Susenas KOR 2004 yang di olah

Tabel 3.1.3.2
Deskriptif Pendapatan rumah tangga di Provinsi DKI Jakarta 2004

Variabel	Obs	Rerata	Std. Deviasi	Minimal	Maksimal
<i>Income</i>	7,098	1,103,474	1,670,526	0	30,000,000

Sumber: Susenas KOR 2004 yang di olah

3.1.4 Derajat Kesehatan

Umur harapan hidup penduduk masyarakat DKI Jakarta saat ini 70,3 tahun.

3.1.5 Sarana Pelayanan Kesehatan di Provinsi DKI Jakarta

Fasilitas kesehatan yang terdapat di Provinsi DKI sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat.

Tabel 3.1.5.1
Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar (Puskesmas dan RB) yang ada di DKI dan rasio Penduduk per-Puskesmas tahun 2006

Wilayah	Pusk. Kec		Pusk. Kel		Jumlah		Rasio Penduduk
	Jmlh	RB	Jmlh	RB	Pusk.	RB	Per-Puskesmas
Jakarta Pusat	8	8	29	1	37	9	23.827
Jakarta Utara	6	5	36	4	42	9	28.126
Jakarta Barat	8	7	65	0	73	7	21.601
Jakarta Selatan	8	7	65	0	73	7	23.631
Jakarta Timur	10	9	68	5	78	14	27.424
Kep. Seribu	2	0	4	0	6	0	3.276
DKI Jakarta					309	46	24.348

Sumber : Profil Dinas Kesehatan DKI, 2006

Terlihat bahwa jumlah sarana kesehatan dasar di DKI ada 309 puskesmas dan 46 Rumah Bersalin. Rerata per puskesmas melayani 24.348 jiwa. Rasio kecukupan puskesmas secara nasional adalah 28.000 jiwa /puskesmas berarti rasio di DKI sudah memadai jumlah fasilitas kesehatan dasar. Untuk semua wilayah di DKI sudah memadai untuk pelayanan kesehatan dasar.

Sarana kesehatan rujukan dapat dilihat dari jumlah rumah sakit dan jumlah tempat tidur yang ada dan rasio terhadap jumlah penduduk.

Tabel 3.1.5.2
Sarana Pelayanan Kesehatan Rujukan di Prov. DKI

Wilayah	Depkes	Pemda	TNI/POLRI	BUMN	Swasta	Total RS
Jakarta Pusat	1	1	3	1	10	16
Jakarta Utara	0	1	0	1	7	9
Jakarta Barat	0	1	0	1	7	9
Jakarta Selatan	1	0	1	1	15	18
Jakarta Timur	1	2	4	0	11	18
DKI Jakarta	3	5	8	4	50	70

Sumber : Profil Dinas Kesehatan DKI, 2006

Dari informasi di atas dapat dilihat bahwa setiap kota di DKI memiliki rumah sakit rujukan yang sangat banyak. Misal di Jakarta Selatan dan Jakarta Timur ada 18 Rumah Sakit Rujukan. Dan RS swasta yang berjumlah 50 Rumah sakit atau hampir 71,5% dari jumlah RS yang ada tentulah sangat berat persaingan yang ada di sana, dapat kita bayangkan dengan hanya luas 650 KM² memiliki 70 Rumah sakit rujukan.

Tabel 3.1.5.3
Informasi Apotek, Toko Obat dan Pengobatan Tradisional (BATRA) di Provinsi DKI Jakarta

Wilayah	Farmasi		Batra	Jumlah
	Apotek	Toko Obat		
Jakarta Pusat	171	113	267	551
Jakarta Utara	148	99	133	380
Jakarta Barat	263	180	223	666
Jakarta Selatan	235	68	148	451
Jakarta Timur	204	155	161	520

Sumber: Dinas Kesehatan DKI Jakarta, 2006

Dari tabel 3.1.5.3 terlihat jumlah Apotek dan Toko Obat serta BATRA yang demikian besar, yang kesemuanya merupakan unit kegiatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan menjamurnya unit kegiatan Yankes yang demikian besar tampak bahwa memang *demand* terhadap kesehatan di DKI sangat tinggi.

3.2 Status gizi

3.2.1 Status Gizi Balita

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Berat badan anak ditimbang dengan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg, panjang badan diukur dengan *length-board* dengan presisi 0,1 cm, dan tinggi badan diukur dengan menggunakan *microtoise* dengan presisi 0,1 cm. Variabel BB dan TB anak ini disajikan dalam bentuk tiga indikator anthropometri, yaitu: berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Untuk menilai status gizi anak, maka angka berat badan dan tinggi badan setiap balita dikonversikan ke dalam bentuk nilai terstandar (Z-score) dengan menggunakan baku anthropometri WHO 2006. Selanjutnya berdasarkan nilai Z-score masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi balita dengan batasan sebagai berikut :

- a. Berdasarkan indikator BB/U :

Kategori Gizi Buruk	Z-score < -3,0
Kategori Gizi Kurang	Z-score >=-3,0 s/d Z-score <-2,0
Kategori Gizi Baik	Z-score >=-2,0 s/d Z-score <=2,0
Kategori Gizi Lebih	Z-score >2,0
- b. Berdasarkan indikator TB/U:

Kategori Sangat Pendek	Z-score < -3,0
Kategori Pendek	Z-score >=-3,0 s/d Z-score <-2,0
Kategori Normal	Z-score >=-2,0
- c. Berdasarkan indikator BB/TB:

Kategori Sangat Kurus	Z-score < -3,0
Kategori Kurus	Z-score >=-3,0 s/d Z-score <-2,0
Kategori Normal	Z-score >=-2,0 s/d Z-score <=2,0
Kategori Gemuk	Z-score >2,0

Perhitungan angka prevalensi :

Prevalensi gizi buruk = (Jumlah balita gizi buruk / jumlah seluruh balita) x 100%

Prevalensi gizi kurang = (Jumlah balita gizi kurang / jumlah seluruh balita) x 100%

Prevalensi gizi baik = (Jumlah balita gizi baik / jumlah seluruh balita) x 100%

Prevalensi gizilebih = (Jumlah balita gizi lebih / jumlah seluruh balita) x 100%

a. Status gizi balita berdasarkan indikator BB/U

Tabel 3.2.1.1 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/U. Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum, tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk (gizi buruk dan kurang) mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut. Secara umum prevalensi gizi buruk di DKI Jakarta adalah 12,9% (gizi buruk 2,9% dan gizi kurang 10,0%). Prevalensi angka ini tidak melebihi prevalensi nasional (18,4%).

Tabel 3.2.1.1
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota di
Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Kepulauan Seribu	3,3	21,9	72,2	2,6
Jakarta Selatan	1,5	6,7	85,3	6,4
Jakarta Timur	3,5	9,8	79,0	7,6
Jakarta Pusat	1,3	11,9	81,2	5,6
Jakarta Barat	4,1	9,2	81,1	5,6
Jakarta Utara	3,1	14,4	76,0	6,5
DKI Jakarta	2,9	10,0	80,6	6,5

*) BB/U = berat badan menurut umur

Menurut wilayah, kabupaten/kota dengan prevalensi gizi kurang dan buruk tertinggi adalah Kabupaten Kepulauan Seribu (25,2%), sedangkan kabupaten dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk terendah adalah Jakarta Selatan (8,2%). Kecuali Kepulauan Seribu, kabupaten/kota di DKI Jakarta umumnya sudah melewati target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs (18,5%). Di lain pihak masalah prevalensi gizi lebih di DKI ditemukan lebih tinggi dari angka nasional yaitu 4,3%, dan kabupaten/kota dengan prevalensi gizi lebih tertinggi adalah Jakarta Timur (7,6%), sedangkan yang terendah adalah Kepulauan Seribu (2,6%). Masalah gizi di DKI nampaknya cenderung pada masalah gizi lebih, kecuali Kepulauan Seribu. Implikasinya program gizi balita di DKI Jakarta tidak hanya pada kekurangan gizi, namun juga ada kelebihan gizi.

b. Status gizi balita berdasarkan indikator TB/U

Tabel 3.2.1.2 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator TB/U. Indikator TB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya kronis, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena higiene dan sanitasi yang kurang baik. Status **pendek dan sangat pendek** dalam penyajian selanjutnya digabung menjadi satu kategori dan disebut masalah **kependekan**.

Tabel 3.2.1.2
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota di
Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Kepulauan Seribu	17,2	20,7	62,1
Jakarta Selatan	8,8	12,2	79,1
Jakarta Timur	16,0	12,6	71,3
Jakarta Pusat	10,1	13,8	76,2
Jakarta Barat	16,5	13,3	70,2
Jakarta Utara	14,9	13,7	71,4
DKI Jakarta	13,7	13,0	73,3

*) TB/U = tinggi badan menurut umur

Kecuali di Kepulauan Seribu (37,9%), secara umum prevalensi masalah kependekan pada balita di DKI Jakarta tidak melebihi angka nasional (36,8%). Dengan demikian masalah kependekan pada balita di DKI Jakarta sebagian besar terjadi di Kepulauan Seribu yaitu sebesar 37,9% (Tabel 3.2.1.3), angka ini melebihi prevalensi masalah kependekan pada balita secara nasional yaitu sebesar 36,8%. Sudinkes Kabupaten Kepulauan Seribu perlu lebih memperhatikan masalah ini.

c. Status gizi balita berdasarkan indikator BB/TB

Tabel 3.2.1.3 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/TB. Indikator BB/TB menggambarkan status gizi yang sifatnya **akut** sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu yang pendek, seperti menurunnya nafsu makan akibat sakit atau karena menderita diare. Dalam keadaan demikian berat badan anak akan cepat turun sehingga tidak Persentaseonal lagi dengan tinggi badannya dan anak menjadi kurus. Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah indikator **sangat kurus** yaitu anak dengan nilai Z-score < -3,0 SD. Prevalensi balita sangat kurus di DKI Jakarta cukup tinggi yaitu 8,6%, angka ini melebihi angka nasional (6,2%).

Tabel 3.2.1.3
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di
Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kepulauan Seribu	7,0	10,5	76,9	5,6
Jakarta Selatan	10,3	7,4	74,5	7,8
Jakarta Timur	7,4	8,5	70,4	13,7
Jakarta Pusat	4,5	7,6	79,9	8,0
Jakarta Barat	9,8	8,4	66,9	14,9
Jakarta Utara	9,5	9,8	66,1	14,6
DKI Jakarta	8,6	8,4	70,9	12,2

*) BB/TB= Berat Badan menurut Tinggi Badan

Di samping mengindikasikan masalah gizi yang bersifat akut, indikator BB/TB juga dapat digunakan sebagai indikator kegemukan. Dalam hal ini berat badan anak melebihi Persentase normal terhadap tinggi badannya. Kegemukan dapat terjadi sebagai akibat dari pola makan yang kurang baik atau karena keturunan. Masalah kekurusan dan kegemukan pada usia dini dapat berakibat pada rentannya terhadap berbagai penyakit degeneratif pada usia dewasa.

Dalam penyajian selanjutnya digunakan **masalah kekurusan** untuk gabungan kategori sangat kurus dan kurus. Besarnya masalah kekurusan pada balita yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat (**public health problem**) adalah jika prevalensi kekurusan > 5%. Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi kekurusan antara 10,1% - 15,0% , dan dianggap kritis bila prevalensi kekurusan sudah di atas 15,0% (UNHCR). Pada Tabel 3.2.1.3 dapat dilihat, di DKI Jakarta terdapat 17% masalah kekurusan. Angka ini lebih tinggi dibanding angka nasional (13,6%), dan batasan kondisi yang serius dan juga batasan kritis UNHCR. Sebaran prevalensi kekurusan pada balita menurut kabupaten/kota menunjukkan pola yang sama tinggi. Dengan demikian seluruh Sudinkes wilayah di DKI Jakarta perlu memperhatikan masalah kekurusan pada balita ini.

Berdasarkan indikator BB/TB juga dapat dilihat prevalensi kegemukan di kalangan balita. Secara umum prevalensi kegemukan di DKI Jakarta menurut indikator BB/TB adalah

sebesar 12,2%, angka ini sama besar dengan prevalensi kegemukan secara nasional (12,2%). Jakarta Barat merupakan wilayah yang mempunyai prevalensi kegemukan pada balita tertinggi (14,9%), diikuti Jakarta Utara (14,6%), dan Jakarta Timur (13,7%). Ketiga wilayah tersebut mempunyai beban ganda masalah gizi, tidak hanya masalah kekurangan pada balita tetapi juga masalah kegemukan.

d. Status gizi balita menurut karakteristik responden

Untuk mempelajari kaitan antara status gizi balita yang didasarkan pada indikator BB/U, TB/U dan BB/TB (sebagai variabel terikat) dengan karakteristik responden meliputi kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan KK, pekerjaan KK, tempat tinggal dan pendapatan per kapita (sebagai variabel bebas), telah dilakukan analisis tabulasi silang antara variabel bebas dan terikat tersebut.

Tabel 3.2.1.4
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Kelompok Umur (bulan)				
0 - 5	6,3	12,1	69,5	12,1
6 -11	3,8	8,3	82,1	5,9
12-23	2,8	9,2	83,7	4,3
24-35	2,8	8,7	83,7	4,7
36-47	2,3	12,2	79,0	6,5
48-60	2,5	10,0	79,9	7,6
Jenis Kelamin				
Laki-laki	2,9	10,0	79,4	7,8
Perempuan	3,0	10,1	81,9	5,1
Pendidikan KK				
Tidak tamat SD & Tidak sekolah	3,6	14,9	76,9	4,5
Tamat SD	3,1	8,2	84,5	4,1
Tamat SLTP	4,8	11,8	78,2	5,2
Tamat SLTA	2,9	9,5	80,6	7,0
Tamat PT	0,7	7,3	80,5	11,5
Pekerjaan Utama KK				
Tidak kerja/sekolah/ibu RT	1,3	7,9	87,1	3,7
TNI/POLRI/PNS/BUMN	4,0	8,2	78,3	9,5
Pegawai Swasta	2,0	8,1	81,9	7,9
Wiraswasta/dagang/jasa	4,1	9,5	79,2	7,2
Petani/nelayan	,8	16,3	66,7	16,1
Buruh & lainnya	3,8	14,7	78,1	3,4
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan				
Kuintil-1	3,6	13,4	76,8	6,2
Kuintil-2	4,6	9,7	81,5	4,2
Kuintil-3	1,1	10,8	80,3	7,8
Kuintil-4	2,2	7,4	84,0	6,4
Kuintil-5	2,9	6,3	81,4	9,4

*)BB/U= Berat Badan menurut Umur

Pada Tabel 3.2.1.4 dapat dilihat, masalah balita gizi kurang dan buruk di DKI Jakarta sudah ditemukan mulai umur 0-5 bulan, kemudian cenderung menurun hingga usia 35 bulan, lalu meningkat lagi dengan bertambahnya usia mulai umur balita 36 bulan. Hal ini mencerminkan perlunya edukasi pada ibu hamil untuk menjaga gizi dirinya maupun balitanya baik sejak usia kehamilan dini maupun usia dini bayi sampai usia balita. Pada Tabel 3.2.1.4 ini juga dapat dilihat, status gizi lebih pada balita di DKI Jakarta mempunyai pola prevalensi menurut umur yang sama dengan gizi kurang dan gizi buruk. Perlu diketahui, pemberian makanan tambahan sebelum usia 6 bulan dapat menyebabkan gizi kurang dan gizi buruk.

Menurut jenis kelamin balita, tidak terdapat perbedaan pola status gizi kurang dan gizi buruk di DKI Jakarta. Sedangkan menurut tingkat pendidikan KK, pada pendidikan SLTP ke bawah nampak prevalensi gizi kurang dan gizi buruk lebih tinggi dibandingkan SLTP ke atas. Menurut pekerjaan KK, pola status gizi buruk dan gizi kurang nampak tinggi pada petani, nelayan, buruh dan lain-lain. Sementara menurut status ekonomi (tingkat pengeluaran per kapita per bulan), ada kecenderungan berkurangnya prevalensi gizi buruk dan gizi kurang dengan peningkatan pengeluaran per kapita.

Gambaran pola prevalensi masalah kependekan pada balita di DKI Jakarta menurut karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.2.1.5 Masalah kependekan pada balita di DKI Jakarta ditemukan tinggi pada usia 0-5 bulan, kemudian cenderung menurun sesuai bertambahnya usia balita, namun masih tetap tinggi. Menurut jenis kelamin balita nampak prevalensi lebih tinggi pada laki-laki. Sedangkan menurut pendidikan KK, nampak tidak ada perbedaan prevalensi yang berarti namun sedikit rendah pada kelompok pendidikan KK tamat PT. Sementara menurut pekerjaan KK, ditemukan prevalensi relatif rendah pada pekerja wiraswasta/pedagang/jasa. Dan menurut tingkat pengeluaran RT per kapita per bulan, pola prevalensi masalah kependekan pada balita di DKI Jakarta nampak berbentuk kurva U yaitu tinggi pada kuintil 1 dan 2, rendah pada ekonomi kuintil 3 dan cenderung tinggi lagi pada kuintil 4 dan 5.

Tabel 3.2.1.5
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U*) dan Karakteristik Responden
di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Kelompok Umur (bulan)			
0 - 5	23,5	16,9	59,5
6 -11	17,4	12,3	70,3
12-23	17,3	15,0	67,7
24-35	13,7	16,3	70,0
36-47	16,7	12,4	70,9
48-60	8,1	10,6	81,4
Jenis Kelamin			
Laki-laki	14,5	13,4	72,1
Perempuan	12,9	12,5	74,6
Pendidikan KK			
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	9,7	16,5	73,8
Tamat SD	16,7	12,8	70,6
Tamat SLTP	13,8	14,1	72,1
Tamat SLTA	13,8	12,3	73,8
Tamat PT	9,7	11,9	78,4
Pekerjaan Utama KK	10,4	18,4	71,1
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	16,3	7,4	76,3
TNI/POLRI/PNS/BUMN	14,0	10,9	75,2
Pegawai Swasta	11,8	13,6	74,6
Wiraswasta/dagang/jasa	6,2	4,7	89,1
Petani/nelayan	16,5	14,4	69,0
Buruh & lainnya	10,4	18,4	71,1
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	16,2	14,3	69,5
Kuintil-2	15,4	14,4	70,2
Kuintil-3	13,5	9,9	76,6
Kuintil-4	10,8	12,0	77,3
Kuintil-5	10,7	15,3	74,0

*)TB/U= Tinggi Badan menurut Umur

Pada Tabel 3.2.1.6 dapat dilihat sebaran prevalensi masalah kekurusan pada balita di DKI Jakarta menurut karakteristik responden. Pola prevalensi kekurusan menurut umur nampak tidak beraturan, ditemukan mulai tinggi pada usia 6-11 bulan, menurun pada usia 12-23 bulan, meningkat lagi pada usia 24-35 bulan, dan cenderung menurun lagi mulai usia 36 bulan ke atas. Pola prevalensi kegemukan menurut umur tidak mempunyai pola yang jelas, prevalensi nampak tinggi pada usia 0-5 bulan, menurun pada usia 6 – 23 bulan, cenderung meningkat mulai usia 24 bulan ke atas.

Tabel 3.2.1.6
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik
Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kelompok Umur (bulan)				
0 - 5	9,2	8,9	60,3	21,6
6 -11	15,1	6,3	69,4	9,3
12-23	7,3	7,5	75,9	9,3
24-35	11,5	9,4	68,4	10,7
36-47	6,9	8,5	70,8	13,7
48-60	7,0	8,8	71,9	12,4
Jenis Kelamin				
Laki-laki	8,2	8,7	71,1	11,9
Perempuan	9,0	8,0	70,7	12,4
Pendidikan KK				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	11,0	14,0	72,3	2,8
Tamat SD	10,5	11,6	66,4	11,5
Tamat SLTP	10,4	7,6	70,1	11,9
Tamat SLTA	8,1	7,6	71,8	12,5
Tamat PT	7,2	5,2	69,5	18,1
Pekerjaan Utama KK				
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	10,2	8,0	75,8	6,1
TNI/POLRI/PNS/BUMN	2,5	5,6	74,9	17,0
Pegawai Swasta	7,8	8,0	69,9	14,2
Wiraswasta/dagang/jasa	8,9	8,5	70,6	12,0
Petani/nelayan	2,9	2,4	75,7	19,0
Buruh & lainnya	12,5	9,8	66,6	11,1
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan				
Kuintil-1	8,2	8,3	74,4	9,1
Kuintil-2	9,8	11,3	67,7	11,1
Kuintil-3	8,7	6,8	72,6	11,9
Kuintil-4	9,0	7,0	69,4	14,6
Kuintil-5	6,3	7,1	68,9	17,7

*) BB/TB= Berat Badan menurut Tinggi Badan

Menurut jenis kelamin pada Tabel 3.2.1.6 juga dapat dilihat tidak ada perbedaan prevalensi kekurusan dan kekegemukan yang berarti. Sementara menurut pendidikan KK prevalensi kekurusan pada balita cenderung menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan KK. Sebaliknya prevalensi kegemukan cenderung meningkat dengan meningkatnya tingkat pendidikan KK. Menurut pekerjaan KK, prevalensi ditemukan tinggi pada KK yang tidak bekerja, Ibu RT, sekolah, buruh dan pekerjaan lain-lain. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan, nampak tidak ada perbedaan prevalensi kekurusan pada balita yang berarti, sementara prevalensi kegemukan pada balita nampak meningkat sesuai dengan peningkatan kuintil pengeluaran RT per kapita per bulan.

Tabel 3.2.1.7
Prevalensi Masalah Gizi Balita menurut Tiga Indikator
Status Gizi dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	BB/U	TB/U: Kronis	BB/TB: Akut	Akut*	Kronis**
Kepulauan Seribu	25,2	37,9	17,5	√	√
Jakarta Selatan	8,2	21,0	17,7	√	
Jakarta Timur	13,3	28,6	15,9	√	
Jakarta Pusat	13,2	23,9	12,1		
Jakarta Barat	12,3	29,8	18,2	√	
Jakarta Utara	17,5	28,6	19,2	√	
DKI Jakarta	12,9	26,7	17,0	√	

* Permasalahan gizi akut adalah apabila BB/TB >10% (UNHCR)

**Permasalahan gizi kronis adalah apabila TB/U di atas prevalensi nasional

Dari Tabel di atas ditunjukkan bahwa kabupaten Kepulauan Seribu, masih menghadapi permasalahan gizi akut dan kronis. Sedangkan 4 kabupaten yaitu Jakarta Selatan, Jakarta Timur, Jakarta Barat masih menghadapi masalah gizi akut dan hanya satu kabupaten, yaitu Jakarta Pusat, yang masalah gizi kronis lebih kecil dari angka nasional dan masalah gizi akut belum mencapai kondisi serius.

3.2.2 Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 Tahun (Umur Sekolah)

Status gizi penduduk umur 6-14 tahun dapat dinilai berdasarkan IMT yang dibedakan menurut umur dan jenis kelamin. Sebagai rujukan untuk menentukan kurus, apabila nilai IMT kurang dari 2 standar deviasi (SD) dari nilai rerata, dan berat badan (BB) lebih jika nilai IMT lebih dari 2 SD nilai rerata standar WHO 2007 (Tabel 3.2.2.1).

Tabel 3.2.2.1
Standar Penentuan Kekurangan dan Berat Badan Lebih menurut
Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007

Umur (Tahun)	Laki-laki			Perempuan		
	Rerata IMT	-2SD	+2SD	Rerata IMT	-2SD	+2SD
6	15,3	13,0	18,5	15,3	12,7	19,2
7	15,5	13,2	19,0	15,4	12,7	19,8
8	15,7	13,3	19,7	15,7	12,9	20,6
9	16,1	13,5	20,5	16,1	13,1	21,5
10	16,4	13,7	21,4	16,6	13,5	22,6
11	16,9	14,1	22,5	17,3	13,9	23,7
12	17,5	14,5	23,6	18,0	14,4	24,9
13	18,2	14,9	24,8	18,8	14,9	26,2
14	19,0	15,5	25,9	19,6	15,5	27,3

Berdasarkan standar WHO di atas, prevalensi kecurusan di DKI Jakarta adalah 14,7% pada anak laki-laki dan 9,8% pada anak perempuan. Prevalensi kecurusan pada laki-laki lebih tinggi dari prevalensi nasional (13,3%). Prevalensi BB lebih pada anak laki-laki di DKI Jakarta adalah 12,4% dan pada anak perempuan 11,4%.

Menurut kabupaten/kota, Jakarta Selatan mempunyai prevalensi kecurusan tertinggi di DKI Jakarta (Tabel 3.2.2.2), baik pada anak laki-laki (21,7%) maupun pada anak perempuan (21,8%). Untuk prevalensi BB lebih pada anak laki-laki, Jakarta Barat dan Jakarta Utara mempunyai prevalensi lebih tinggi dari wilayah lainnya. Sementara untuk prevalensi BB lebih pada perempuan, Jakarta Pusat mempunyai prevalensi lebih tinggi dari wilayah lainnya.

Tabel 3.2.2.2
Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Jakarta Selatan	21,7	3,5	21,8	1,6
Jakarta Timur	14,0	11,8	11,1	7,1
Jakarta Pusat	14,4	11,3	9,0	10,8
Jakarta Barat	12,4	12,4	10,0	7,5
Jakarta Utara	17,6	12,4	12,5	5,2
DKI Jakarta	14,7	12,4	9,8	11,4

3.2.3 Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun ke atas

Status gizi penduduk umur 15 tahun ke atas dinilai dengan Indeks Massa Tubuh (IMT). Indeks Massa Tubuh dihitung berdasarkan berat badan dan tinggi badan dengan rumus sebagai berikut :

$$BB_{(kg)}/TB_{(m)}^2.$$

Berikut ini adalah batasan IMT untuk menilai status gizi penduduk umur 15 tahun ke atas:

Kategori kurus	IMT < 18,5
Kategori normal	IMT \geq 18,5 - <24,9
Kategori BB lebih	IMT \geq 25,0 - <27,0
Kategori obese	IMT \geq 27,0

a. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)

Tabel 3.2.3.1 menyajikan prevalensi penduduk menurut status IMT di masing-masing kabupaten/kota. Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori berat badan lebih (BB lebih) dan obese. Prevalensi BB lebih pada orang dewasa di DKI Jakarta adalah 11,8%, dan prevalensi obese 14,5%. Prevalensi kecurusan di DKI Jakarta adalah 14%, dan angka ini tidak melebihi prevalensi kecurusan secara nasional.

Tabel 3.2.3.1
Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Status Gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Kepulauan Seribu	16,0	60,0	12,0	12,0
Jakarta Selatan	12,6	61,8	11,9	13,7
Jakarta Timur	14,7	59,0	11,8	14,5
Jakarta Pusat	16,6	50,0	13,1	20,3
Jakarta Barat	13,8	61,1	11,6	13,6
Jakarta Utara	13,5	61,2	11,4	13,9
DKI Jakarta	14,0	59,7	11,8	14,5

* IMT <18.5; Normal: 18.5-24.9; BB lebih: IMT : 25-27; Obese: IMT >=27k

Pada Tabel 3.2.3.2 dapat dilihat prevalensi obesitas umum di DKI Jakarta adalah 26,3%, angka ini lebih tinggi dari angka nasional yaitu 19,1%. Menurut kabupaten/kota, prevalensi obesitas umum di Jakarta Pusat ditemukan lebih tinggi dari wilayah lainnya (33,4%), sementara di wilayah lainnya prevalensi obesitas umum berkisar antara 24% sampai dengan 26,3%. Angka ini menunjukkan prevalensi obesitas umum di seluruh wilayah DKI Jakarta lebih tinggi dari angka nasional.

Persentase prevalensi obesitas umum pada perempuan di DKI Jakarta (30,1%) ditemukan lebih tinggi dibandingkan laki-laki (22,2%). Pada Tabel 3.2.3.2 juga dapat dilihat bahwa, baik pada laki-laki maupun pada perempuan, Jakarta Pusat mempunyai prevalensi obesitas umum yang lebih tinggi dari wilayah lainnya.

Tabel 3.2.3.2
Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Prevalensi Obesitas Umum (%)		
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki dan Perempuan
Kepulauan Seribu	16,6	35,7	24
Jakarta Selatan	21,6	29,1	25,6
Jakarta Timur	21,3	30,7	26,3
Jakarta Pusat	26,4	38,9	33,4
Jakarta Barat	22,5	27,7	25,2
Jakarta Utara	22	28,3	25,3
DKI Jakarta	22,2	30,1	26,3

Tabel 3.2.3.3
Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) menurut IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/U			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Kelompok Umur (tahun)				
15 - 24	24,4	66,1	4,4	5,0
25 - 34	11,5	64,2	10,6	13,8
35 - 44	9,5	55,0	16,7	18,8
45 - 54	8,1	52,1	17,5	22,3
55 - 64	12,1	56,5	13,2	18,2
65 - 74	14,8	52,6	14,2	18,3
75+	23,8	58,3	8,9	8,9
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	14,7	63,1	11,3	10,9
Perempuan	13,3	56,6	12,3	17,8
Pendidikan				
Tidak Sekolah	16,5	52,3	14,0	17,1
Tidak Tamat SD	12,7	54,6	14,1	18,6
Tamat SD	13,6	56,2	13,5	16,7
Tamat SMP	16,7	60,0	10,0	13,3
Tamat SMA	13,9	61,8	11,4	13,0
Tamat PT	8,4	63,1	12,5	16,0
Pekerjaan				
Tidak Kerja	23,8	58,5	8,2	9,5
Sekolah	29,0	63,1	4,3	3,5
Ibu RT	9,4	53,0	15,3	22,3
Pegawai	11,2	64,1	11,7	12,9
Wiraswasta	11,1	60,3	12,9	15,6
Petani/Nelayan/Buruh	14,7	66,5	9,9	8,9
Lainnya	14,1	61,0	12,1	12,8
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan				
Kuintil-1	16,4	60,6	10,6	12,5
Kuintil-2	15,5	57,2	13,2	14,1
Kuintil-3	14,6	58,9	11,4	15,1
Kuintil-4	12,8	60,8	11,5	14,9
Kuintil-5	11,5	60,0	12,8	15,8

* IMT <18.5; Normal: 18.5-24.9; BB lebih: IMT : 25-27; Obese: IMT >=27k

Pada Tabel 3.2.3.3 dapat dilihat pola prevalensi obesitas umum (baik BB lebih maupun obese) menurut umur di DKI Jakarta berbentuk kurva U terbalik, dengan puncak prevalensi pada umur 45-54 tahun. Sebaliknya pola prevalensi kekurusan menurut umur ditemukan berbentuk kurva U, dengan prevalensi terrendah pada kelompok umur 45-54 tahun.

Pada Tabel 3.2.3.3 juga dapat dilihat menurut jenis kelamin, prevalensi obesitas umum pada perempuan ditemukan lebih tinggi dari pada laki-laki. Sebaliknya prevalensi kekurusan lebih tinggi pada perempuan. Menurut pendidikan nampak tidak terdapat pola yang jelas, demikian halnya menurut pekerjaan. Menurut tingkat pengeluaran keluarga per bulan, prevalensi obesitas umum di DKI Jakarta ditemukan meningkat sesuai dengan peningkatan tingkat pengeluaran perkapita. Sebaliknya prevalensi kekurusan cenderung menurun.

b. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Lingkar Perut (LP)

Status gizi penduduk berumur 15 tahun ke atas juga dinilai dengan mengukur lingkar perut (LP), untuk mengetahui kondisi obesitas yang lazimnya disebut sebagai obesitas sentral. Lingkar perut diukur dengan alat ukur yang terbuat dari fiberglass dengan presisi 0,1 cm. Obesitas sentral adalah kondisi kegemukan pada seseorang, yang ditetapkan berdasarkan hasil pengukuran lingkar perut dengan batasan > 90 cm untuk laki-laki dan > 80 cm untuk perempuan (kriteria Asia-Pasifik Tahun 2005). Faktor ini merupakan faktor risiko PTM yang sangat berpengaruh terhadap peningkatan prevalensi penyakit kardiovaskular dan diabetes melitus.

Pada Tabel 3.2.3.4 dapat dilihat prevalensi obesitas sentral di DKI Jakarta adalah 27,9%, angka lebih tinggi dari prevalensi obesitas sentral secara nasional yaitu 27,5%. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi obesitas sentral di DKI Jakarta paling rendah ditemukan di Jakarta Barat yaitu 24,7% dan paling tinggi di Jakarta Pusat yaitu 38,2%.

Menurut umur responden, pada Tabel 3.2.3.5 dapat dilihat bahwa pola prevalensi obesitas sentral cenderung berbentuk kurva U terbalik, dengan prevalensi obesitas sentral paling tinggi pada kelompok usia 45-54 tahun. Menurut jenis kelamin pola prevalensi obesitas sentral nampak lebih besar pada perempuan dari pada laki-laki. Menurut tingkat pendidikan, pola prevalensi nampak tidak jelas namun cenderung tinggi pada pendidikan lebih rendah. Menurut pekerjaan, pola prevalensi nampak tidak beraturan dan pada Ibu RT ditemukan lebih tinggi dari pekerjaan lainnya. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran keluarga, prevalensi obesitas sentral cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan tingkat pengeluaran keluarga.

Tabel 3.2.3.4
Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Obesitas Sentral(LP;L>90, P>80) *
Kepulauan Seribu	33,7
Jakarta Selatan	26,0
Jakarta Timur	28,1
Jakarta Pusat	38,2
Jakarta Barat	24,7
Jakarta Utara	29,0
DKI Jakarta	27,9

Tabel 3.2.3.5
Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas
menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta
Risikesdas 2007

Karakteristik	Obesitas Sentral (LP;L>90, P>80) *
Kelompok Umur (tahun)	
15 - 24	12,1
25 - 34	22,9
35 - 44	34,0
45 - 54	42,9
55 - 64	38,7
65 - 74	40,3
75+	35,2
Jenis kelamin	
Laki-Laki	14,7
Perempuan	39,8
Pendidikan	
Tidak Sekolah	46,1
Tidak Tamat SD	38,2
Tamat SD	31,3
Tamat SMP	27,6
Tamat SMA	23,4
Tamat PT	26,4
Pekerjaan	
Tidak Kerja	20,3
Sekolah	10,2
Ibu RT	49,0
Pegawai	19,9
Wiraswasta	24,8
Petani/Nelayan/Buruh	17,3
Lainnya	22,7
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan	
Kuintil-1	26,5
Kuintil-2	27,2
Kuintil-3	26,8
Kuintil-4	28,8
Kuintil-5	29,9

*) LP= lingkar perut ; L =Laki-laki ; P = Perempuan

3.2.4 Status gizi Wanita Usia Subur (WUS) 15-45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)

Status gizi wanita usia subur (WUS) 15 - 45 tahun dinilai dengan mengukur lingkar lengan atas (LILA). Pengukuran LILA dilakukan dengan pita LILA dengan presisi 0,1 cm. Untuk menggambarkan adanya risiko kurang energi kronis (KEK) dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi pada WUS digunakan ambang batas nilai rerata LILA dikurangi 1 SD, yang sudah disesuaikan dengan umur (*age adjusted*).

Tabel 3.2.4.1 menggambarkan prevalensi KEK tingkat nasional berdasarkan umur, pada Risikesdas 2007. Nampak adanya kecenderungan dengan meningkatnya umur WUS nilai rerata LILA juga meningkat.

Risiko KEK ditetapkan dengan cara menghitung nilai rerata LILA lebih kecil 1 SD dari nilai rerata nasional untuk setiap umur antara 15 sampai 45 tahun. Tabel 3.2.4.1 menunjukkan gambaran prevalensi Risiko KEK di DKI Jakarta adalah 16,6%. Prevalensi tersebut lebih tinggi dari angka nasional (13,6%). Hampir semua wilayah di DKI Jakarta,

Jakarta Selatan 15,9%, Jakarta Timur 17,9%, Jakarta Pusat 21%, Jakarta Barat 14,5% dan Jakarta Utara 16,7% mempunyai prevalensi risiko KEK lebih tinggi dari angka nasional. Kecuali di Kepulauan Seribu hanya 9,8%.

Tabel 3.2.4.1
Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 tahun, Riskesdas 2007

Umur (Tahun)	Nilai Rerata LILA	
	Rerata	Standar Deviasi
15	23.8	2.62
16	24.2	2.57
17	24.4	2.53
18	24.6	2.62
19	24.7	2.60
20	24.9	2.72
21	25.0	2.78
22	25.1	2.80
23	25.4	2.92
24	25.6	2.94
25	25.8	2.98
26	25.9	2.98
27	26.1	3.04
28	26.3	3.10
29	26.4	3.14
30	26.6	3.17
31	26.7	3.17
32	26.8	3.16
33	26.9	3.23
34	27.0	3.24
35	27.0	3.22
36	27.1	3.29
37	27.2	3.33
38	27.2	3.31
39	27.2	3.37
40	27.2	3.35
41	27.3	3.32
42	27.4	3.37
43	27.3	3.35
44	27.4	3.32
45	27.2	3.41

Tabel 3.2.4.2
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun
Menurut Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Risiko KK* (%)
Kepulauan Seribu	9,8
Jakarta Selatan	15,9
Jakarta Timur	17,9
Jakarta Pusat	21,0
Jakarta Barat	14,5
Jakarta Utara	16,7
DKI Jakarta	16,6

3.2.5 Konsumsi Energi dan Protein

Konsumsi energi dan protein pada Riskesdas 2007 diperoleh berdasarkan jawaban responden untuk makanan yang di konsumsi anggota rumah tangga (ART) dalam waktu 1 x 24 jam terakhir. Responden adalah ibu rumah tangga atau anggota rumah tangga lain yang biasanya menyiapkan makanan di rumah tangga (RT) tersebut. Rumah tangga mempunyai konsumsi "energi rendah" adalah bila RT tersebut mengonsumsi energi di bawah rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007. Sedangkan RT dengan konsumsi "protein rendah" adalah bila RT mengonsumsi protein di bawah rerata konsumsi protein nasional dari data Riskesdas 2007. Dalam penulisan Tabel 3.2.5.1 berikut disajikan angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari, dan pada Tabel 3.2.5.2 sampai dengan Tabel 3.2.5.5 merupakan data prevalensi RT dengan konsumsi "energi rendah" dan konsumsi "protein rendah". Prevalensi RT yang mengonsumsi energi dan protein di atas rerata konsumsi energi dan protein tidak disajikan.

Data pada Tabel 3.2.5.1 menunjukkan bahwa rerata konsumsi rumah tangga per kapita per hari penduduk DKI Jakarta adalah 1592,5 kkal (SD 653,3) untuk energi dan 60,5 gram (SD 28,5) untuk konsumsi protein. Angka tersebut di bawah angka rerata nasional, baik untuk konsumsi energi (1735,5 kkal) maupun konsumsi protein (55,5 gram). Wilayah dengan rerata konsumsi energi terendah adalah Kepulauan Seribu (1467,7 kkal), dan untuk konsumsi energi tertinggi adalah Jakarta Pusat (1680,3 kkal). Untuk konsumsi protein, wilayah dengan rerata konsumsi terendah adalah Jakarta Barat (57,3 gram), dan rerata tertinggi adalah Jakarta Selatan (64,6 gram).

Tabel 3.2.5.1
Rerata Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari
menurut Kabupaten di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Kepulauan Seribu	1467,7	571,1	63,2	27,7
Jakarta Selatan	1596,2	650,6	64,6	30,5
Jakarta Timur	1586,1	628,4	59,7	28,3
Jakarta Pusat	1680,3	692,4	63,9	28,1
Jakarta Barat	1564,8	659,1	57,3	27,1
Jakarta Utara	1586,2	664,1	58,8	27,3
DKI Jakarta	1592,5	653,3	60,5	28,5

Prevalensi rumah tangga dengan konsumsi 'energi rendah' di DKI Jakarta adalah 63,9%. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi paling rendah ditemukan di Jakarta Pusat yaitu 60,8%, dan paling tinggi di Kepulauan Seribu yaitu 77,7% (Tabel 3.2.5.2). Prevalensi ini lebih tinggi dari prevalensi rumah tangga dengan konsumsi 'energi rendah' secara nasional yaitu 59,0 %. Sedangkan prevalensi rumah tangga dengan konsumsi 'protein rendah' di DKI ditemukan sebesar 50,3%. Menurut Kabupaten/Kota angka tersebut bervariasi mulai dari yang terendah di Jakarta Pusat yaitu sebesar 44,4% dan tertinggi di Jakarta Barat 54,1%. Angka prevalensi tersebut secara umum lebih rendah dari prevalensi RT dengan konsumsi 'protein rendah' secara nasional. Data ini menunjukkan meski konsumsi rumah tangga di DKI Jakarta secara umum mengalami defisit energi namun tidak defisit protein. Khususnya di Kepulauan Seribu, yang lokasinya merupakan daerah kepulauan dan masyarakatnya lebih banyak mengonsumsi ikan ternyata meski prevalensi defisit energi paling tinggi dari wilayah lainnya namun mempunyai prevalensi defisit protein yang rendah.

Tabel 3.2.5.2
Prevalensi Rumah Tangga dengan
Konsumsi Energi Rendah dan Protein Rendah di Provinsi DKI Jakarta,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Kepulauan Seribu	77,7	47,5
Jakarta Selatan	63,8	46,8
Jakarta Timur	64,5	51,0
Jakarta Pusat	60,8	44,4
Jakarta Barat	62,1	54,1
Jakarta Utara	67,7	51,8
DKI Jakarta	63,9	50,3

Berdasarkan angka rerata konsumsi energi (1735,5 kkal) dan Protein (55,5 gram) dari data Riskesdas 2007

Tabel 3.2.5.3
Prevalensi Rumah Tangga dengan
Konsumsi Energi Rendah dan Protein Rendah menurut Tingkat
Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Tingkat Pengeluaran Per Kapita	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Kuintil-1	72,2	61,2
Kuintil-2	67,0	51,7
Kuintil-3	60,9	45,7
Kuintil-4	64,9	46,1
Kuintil-5	59,9	41,4

Berdasarkan angka rerata konsumsi energi (1735,5 kkal) dan Protein (55,5 gram) dari data Riskesdas 2007

Pada Tabel 3.2.5.3 dapat dilihat, baik prevalensi RT dengan konsumsi 'energi rendah' maupun 'protein rendah' mempunyai pola berbanding terbalik dengan tingkat pengeluaran RT per kapita. Semakin tinggi tingkat pengeluaran RT, prevalensi RT dengan konsumsi 'energi rendah' dan 'protein rendah' cenderung semakin rendah.

3.2.6 Konsumsi Garam Beriodium

Data konsumsi garam beriodium Riskesdas 2007 diperoleh dari hasil isian pada kuesioner Blok II No 7 yang diisi berdasarkan hasil tes cepat garam iodium. Tes cepat dilakukan oleh petugas pengumpul data dengan menggunakan kit tes cepat (garam ditetesi larutan tes) pada garam yang digunakan di rumah-tangga. Rumah tangga dinyatakan mempunyai "garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3)" bila hasil tes berwarna biru/ungu tua; mempunyai "garam tidak cukup iodium (≤ 30 ppm KIO_3)" bila hasil tes berwarna biru/ungu muda; dan dinyatakan mempunyai "garam tidak ada iodium" bila hasil tes cepat garam di rumah-tangga tidak berwarna.

Pada laporan ini yang disajikan adalah persentase RT yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3). Tabel 3.30. memperlihatkan persentase rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3) menurut kabupaten/kota di DKI Jakarta.

Persentase rumah tangga yang mengonsumsi garam cukup iodium di DKI Jakarta ditemukan 68,7%. Menurut wilayah kabupaten/kota persentase rumah tangga yang mengonsumsi garam cukup iodium di Jakarta Utara dan Kepulauan Seribu lebih tinggi dari wilayah lainnya. Sedangkan Jakarta Selatan mempunyai persentase paling rendah. Secara umum seluruh wilayah di DKI Jakarta mempunyai persentase RT yang mengonsumsi garam cukup iodium lebih tinggi dari persentase nasional (62,3%). Namun pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 maupun target ICCIDD/UNICEF/WHO Universal Salt Iodization (USI) atau "garam beriodium untuk semua" yaitu minimal 90% rumah-tangga menggunakan garam cukup iodium.

Tabel 3.2.6.1
Persentase Rumah Tangga Yang Mengonsumsi Garam Cukup Iodium
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Cukup Iodium (%)
Kepulauan Seribu	74,1
Jakarta Selatan	64,3
Jakarta Timur	66,7
Jakarta Pusat	68,6
Jakarta Barat	71,4
Jakarta Utara	74,1
DKI Jakarta	68,7

Menurut pendidikan KK, pola persentase RT yang mengonsumsi garam cukup iodium nampak meningkat sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan KK, namun menurun pada tingkat pendidikan tamat PT. Menurut jenis pekerjaan KK pola persentase nampak tidak jelas, sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita per bulan ada kecenderungan meningkat sesuai dengan peningkatan kuintil (Tabel 3.2.6.2).

Tabel 3.2.6.2
Persentase Rumah Tangga Yang Mengonsumsi Garam Cukup Iodium
menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Cukup Iodium (%)
Pendidikan Kepala Keluarga	
Tidak Sekolah	58,7
Tidak Tamat SD	65,7
Tamat SD	67,5
Tamat SMP	71,5
Tamat SMA	76,9
Tamat PT	58,7
Pekerjaan	
Tidak Kerja	66,8
Sekolah	78,1
Ibu RT	72,5
Pegawai	66,4
Wiraswasta	54,2
Petani/Nelayan/Buruh	66,8
Lainnya	66,8
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan	
Kuintil-1	65,8
Kuintil-2	69,3
Kuintil-3	67,9
Kuintil-4	67,3
Kuintil-5	73,5

*) LP= lingkaran perut ; L =Laki-laki ; P = Perempuan

3.3 Kesehatan Ibu dan Anak

3.3.1 Status Imunisasi

Departemen Kesehatan melaksanakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) pada anak dalam upaya menurunkan kejadian penyakit pada anak. Program imunisasi untuk penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) pada anak yang dicakup dalam PPI adalah satu kali imunisasi BCG, tiga kali imunisasi DPT, empat kali imunisasi polio, satu kali imunisasi campak dan tiga kali imunisasi Hepatitis B (HB).

Imunisasi BCG diberikan pada bayi umur kurang dari tiga bulan; imunisasi polio pada bayi baru lahir, dan tiga dosis berikutnya diberikan dengan jarak paling cepat empat minggu, imunisasi DPT/HB pada bayi umur dua, tiga, empat bulan dengan interval minimal empat minggu, dan imunisasi campak paling dini umur sembilan bulan.

Dalam Riskesdas, informasi tentang cakupan imunisasi ditanyakan pada ibu yang mempunyai balita umur 0 – 59 bulan. Informasi tentang imunisasi dikumpulkan dengan tiga cara yaitu:

- a. Wawancara kepada ibu balita atau anggota rumah-tangga yang mengetahui,
- b. Catatan dalam Kartu Menuju Sehat (KMS), dan
- c. Catatan dalam Buku KIA.

Bila salah satu dari ketiga sumber tersebut menyatakan bahwa anak sudah diimunisasi, disimpulkan bahwa anak tersebut sudah diimunisasi untuk jenis tersebut.

Selain untuk tiap-tiap jenis imunisasi, anak disebut sudah mendapat imunisasi lengkap bila sudah mendapatkan semua jenis imunisasi satu kali BCG, tiga kali DPT, tiga kali polio, tiga kali HB dan satu kali imunisasi campak. Oleh karena jadwal imunisasi untuk BCG, polio, DPT, HB, dan campak yang berbeda, bayi umur 0-11 bulan dikeluarkan dari analisis imunisasi. Hal ini disebabkan karena bila bayi umur 0-11 bulan dimasukkan dalam analisis, dapat memberikan interpretasi yang berbeda karena sebagian bayi belum mencapai umur untuk imunisasi tertentu, atau belum mencapai frekuensi imunisasi tiga kali.

Oleh karena itu hanya anak umur 12-59 bulan yang dimasukkan dalam analisis imunisasi. Berbeda dengan Laporan Nasional, analisis imunisasi di tingkat provinsi tidak memasukkan analisis untuk anak umur 12-23 bulan, tetapi hanya anak umur 12-59 bulan. Alasan untuk tidak memasukkan analisis imunisasi anak 12-23 bulan karena di beberapa kabupaten/ kota, jumlah sampel sedikit sehingga tidak dapat mencerminkan cakupan imunisasi yang sebenarnya dengan sampel sedikit.

Tidak semua balita dapat diketahui status imunisasinya (*missing*). Hal ini disebabkan karena beberapa alasan, yaitu ibu lupa anaknya sudah diimunisasi atau belum, ibu lupa berapa kali sudah diimunisasi, ibu tidak mengetahui secara pasti jenis imunisasi, catatan dalam KMS tidak lengkap/tidak terisi, catatan dalam Buku KIA tidak lengkap/tidak terisi, tidak dapat menunjukkan KMS/ Buku KIA karena hilang atau tidak disimpan oleh ibu, subyek yang ditanya tentang imunisasi bukan ibu balita, atau ketidakakuratan pewawancara saat proses wawancara dan pencatatan.

Pada Tabel 3.3.1.1 dapat dilihat, dari lima jenis imunisasi pada balita di DKI Jakarta hanya imunisasi BCG dan campak yang sudah memiliki cakupan di atas 80%. Untuk cakupan imunisasi Polio3, DPT3 dan HB3 umumnya masih di bawah 80%. Gambaran cakupan imunisasi menurut kabupaten/kota umumnya tidak berbeda, kecuali di

Kepulauan Seribu. Di wilayah tersebut hanya cakupan imunisasi HB3 yang belum mencapai 80%.

Tabel 3.3.1.1
Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Kepulauan Seribu	87,5	87,5	85,7	75,0	87,5
Jakarta Selatan	97,6	69,0	62,8	59,0	84,5
Jakarta Timur	98,4	72,2	65,3	59,5	90,5
Jakarta Pusat	97,0	78,7	74,4	48,1	91,9
Jakarta Barat	92,5	67,5	66,1	49,7	88,9
Jakarta Utara	90,0	70,1	56,5	46,9	81,0
DKI Jakarta	95,5	70,8	64,5	53,8	87,8

Catatan: * Imunisasi untuk anak umur 12-23 bulan tidak dianalisis karena sampel sedikit di beberapa kabupaten/ kota
 * Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi DKI Jakarta untuk BCG 96,3%, polio3 71,3%, DPT3 68,6%, HB3 62,3%, campak 85,4%

Tabel 3.3.1.2
Persentase Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Jenis kelamin anak					
Laki-Laki	96,5	71,9	65,1	55,5	87,3
Perempuan	94,3	69,6	63,9	52,3	87,3
Pendidikan KK					
Tidak Sekolah	91,0	65,4	67,9	60,0	83,6
Tidak Tamat SD	84,9	67,9	57,3	58,8	82,9
Tamat SD	93,5	62,2	52,6	43,6	77,1
Tamat SLTP	94,6	71,5	62,2	51,4	87,1
Tamat SLTA	95,9	71,2	65,7	53,9	87,5
Tamat PT	99,1	67,1	73,5	53,4	94,1
Pekerjaan Utama KK					
Tdk Kerja/sekolah	94,4	79,5	75,0	75,3	86,3
Ibu Rumahtangga	97,9	83,1	80,5	42,9	95,5
PNS/POLRI/TNI	97,8	65,4	60,9	53,1	91,3
Wiraswasta/Swasta	95,5	69,5	64,3	50,0	86,9
Petani/Buruh/Nelayan	90,5	66,3	60,1	38,0	75,8
Lainnya	93,8	57,4	44,4	75,3	92,2
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan					
Kuintil-1	92,4	70,7	59,4	55,6	81,0
Kuintil-2	95,0	70,2	62,4	52,0	86,5
Kuintil-3	96,7	69,5	63,8	55,3	87,1
Kuintil-4	97,4	72,3	72,3	53,6	93,9
Kuintil-5	97,3	72,8	67,9	52,5	92,0

Menurut karakteristik responden, tidak terdapat perbedaan cakupan imunisasi antara balita laki-laki dan perempuan demikian pula menurut pekerjaan KK. Sedangkan menurut pendidikan, baik BCG, Polio3, DPT3, HB3 maupun campak, pola cakupan imunisasi umumnya tidak berbeda, namun cenderung lebih rendah pada KK dengan pendidikan tamat SD. Menurut tingkat pengeluaran keluarga nampak semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi cakupan imunisasi, kecuali untuk cakupan imunisasi HB3 (Tabel 3.3.1.2).

Persentase balita 12-59 bulan yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap di DKI Jakarta masih rendah yaitu 38,7%, demikian pula persentase imunisasi dasar lengkap menurut kabupaten/kota umumnya masih di bawah target sebesar 80%. Kecuali Kepulauan Seribu, secara umum persentase tersebut lebih rendah dari persentase imunisasi lengkap nasional yaitu 46,3%, bahkan di Jakarta Selatan (0,8%), Jakarta Barat (2,2%) dan Jakarta Utara (4,5%) masih ada balita yang tidak mendapatkan imunisasi (Tabel 3.3.1.3).

Tabel 3.3.1.3
Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Imunisasi Dasar		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Sama Sekali
Kepulauan Seribu	62,5	37,5	0,0
Jakarta Selatan	38,1	61,1	0,8
Jakarta Timur	43,7	56,3	0,0
Jakarta Pusat	37,1	62,9	0,0
Jakarta Barat	38,9	58,9	2,2
Jakarta Utara	30,5	65,0	4,5
DKI Jakarta	38,7	59,9	1,4

Imunisasi dasar lengkap:

BCG, DPT minimal 3 kali, Polio minimal 3 kali, Hepatitis B minimal 3 kali, Campak, menurut pengakuan, catatan KMS/KIA.

* Imunisasi dasar lengkap untuk anak umur 12-23 bulan tidak dianalisis karena sampel sedikit di beberapa kabupaten/ kota

* Imunisasi dasar anak umur 12-23 bulan di Provinsi DKI Jakarta untuk lengkap 45,7%, tidak lengkap 52,8% dan tidak sama sekali 1,5%.

Tabel 3.3.1.4
Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Anak Umur 12-59 Bulan
menurut Karakteristik di Provinsi DKI Jakarta,
Riskesdas Tahun 2007

Karakteristik	Status Imunisasi		
	Lengkap	Tidak	Tidak Sama
Umur Anak (bulan)			
12 – 23	45,7	52,8	1,5
24 – 35	33,8	65,2	1,0
36 – 47	34,1	64,3	1,6
48 – 59	40,4	57,8	1,8
Jenis Kelamin Anak			
Laki-Laki	40,4	57,8	1,7
Perempuan	36,3	62,6	1,1
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	35,8	60,5	3,7
Tidak Tamat SD	43,5	56,5	0,0
Tamat SD	29,6	66,3	4,1
Tamat SLTP	34,6	64,2	1,2
Tamat SLTA	37,5	60,8	1,7
Tamat PT	45,1	54,9	0,0
Pekerjaan Utama KK			
Tidak Bekerja	41,3	53,2	5,6
Ibu Rumah tangga	55,2	44,8	0,0
PNS/POLRI/TNI	37,3	62,7	0,0
Wiraswasta/Swasta	37,1	61,4	1,4
Petani/Buruh/Nelayan	34,0	62,1	3,9
Lainnya	20,3	79,7	0,0
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	38,0	58,7	3,3
Kuintil-2	34,7	64,4	0,9
Kuintil-3	41,2	57,5	1,3
Kuintil-4	38,5	61,1	0,4
Kuintil-5	41,4	58,6	0,0

Imunisasi lengkap: BCG, DPT minimal 3 kali, Polio minimal 3 kali, Hepatitis B minimal 3 kali, Campak, menurut pengakuan atau catatan KMS/KIA.

Berdasarkan karakteristik umur Balita, nampak persentase imunisasi dasar lengkap tinggi pada umur 12 – 23 bulan, cakupan menurun sesuai dengan meningkatnya umur anak, namun persentase meningkat lagi mulai usia 36 bulan. Menurut jenis kelamin cakupan imunisasi dasar lengkap tampak lebih tinggi pada balita laki-laki dibandingkan perempuan. Menurut pendidikan persentase imunisasi dasar lengkap rendah pada balita dengan KK berpendidikan tamat SD, namun mulai balita dengan KK berpendidikan tamat SMP cenderung meningkat sesuai peningkatan tingkat pendidikan. Sementara menurut pekerjaan, cakupan tinggi pada balita dengan KK ibu rumah tangga. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran RT per kapita nampak tidak ada perbedaan

persentase yang berarti dan pola presentase yang ada tidak beraturan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan orang tua, semakin sedikit anak yang tidak di imunisasi sama sekali. Demikian juga menurut tingkat pengeluaran per kapita, menunjukkan kecenderungan yang sama (Tabel 3.3.1.4).

3.3.2 Pemantauan Pertumbuhan Balita

Pemantauan pertumbuhan balita sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya hambatan pertumbuhan (*growth faltering*) secara dini. Untuk mengetahui pertumbuhan tersebut, penimbangan balita setiap bulan sangat diperlukan. Penimbangan balita dapat dilakukan di berbagai tempat seperti posyandu, polindes, puskesmas atau sarana pelayanan kesehatan yang lain.

Pada Riskesdas 2007, ditanyakan frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir yang dikelompokkan menjadi “tidak pernah ditimbang dalam 6 bulan terakhir”, ditimbang 1-3 kali yang berarti “penimbangan tidak teratur”, dan 4-6 kali yang diartikan sebagai “penimbangan teratur”. Data pemantauan pertumbuhan balita ditanyakan kepada ibu balita atau anggota rumahtangga yang mengetahui.

Tabel 3.3.2.1
Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
	Tdk Pernah	1-3 Kali	\geq 4 Kali
Kepulauan Seribu	0,0	11,1	88,9
Jakarta Selatan	5,9	31,8	62,3
Jakarta Timur	10,9	33,2	55,9
Jakarta Pusat	8,3	28,7	63,0
Jakarta Barat	14,2	35,3	50,4
Jakarta Utara	10,5	30,5	58,9
DKI Jakarta	10,1	32,3	57,6

Di DKI Jakarta jumlah balita yang ditimbang 4 kali adalah 57,6%. Menurut kabupaten/kota Kepulauan Seribu (88,9%) mempunyai persentase tertinggi dan terendah di Jakarta Barat (50,4%). Di DKI Jakarta banyak balita yang tidak ditimbang di posyandu yaitu 10,1%. Menurut Kabupaten/Kota balita yang tidak pernah ditimbang di Posyandu antara 5,9% yaitu di Jakarta Selatan sampai dengan 14,2% yaitu di Jakarta Barat, sementara di Kepulauan Seribu 100% balita ditimbang di Posyandu. Data ini menunjukkan Posyandu di DKI Jakarta belum dimanfaatkan sepenuhnya untuk menimbang balita.

Menurut karakteristik responden pada Tabel 3.3.2.2 dapat dilihat rendahnya persentase balita yang ditimbang 4 kali atau lebih pada umur kurang 12 bulan, dan persentase ditemukan tinggi pada balita berumur 12-23 bulan namun setelah umur tersebut cenderung menurun dengan meningkatnya umur anak. Penurunan persentase penimbangan dengan meningkatnya usia anak, diduga karena pada usia tersebut, anak tidak diimunisasi lagi. Menurut jenis kelamin balita tidak ada perbedaan persentase yang berarti dari penimbangan 4 kali atau lebih pada anak laki-laki maupun perempuan. Menurut tingkat pendidikan KK, pola persentase nampak tidak beraturan. Demikian halnya menurut pekerjaan KK dan tingkat pengeluaran rumah tangga.

Sarana kesehatan di DKI Jakarta yang paling banyak dimanfaatkan sebagai tempat penimbangan balita adalah Posyandu (67,2%), demikian pula persentase menurut

kabupaten/kota (Tabel 3.3.2.3). Persentase tertinggi ditemukan di Kepulauan Seribu dan Jakarta Selatan. Menurut karakteristik responden, pada Tabel 3.3.2.4 dapat dilihat peningkatan persentase balita yang ditimbang di Posyandu sesuai dengan peningkatan umur anak. Sebaliknya pada sarana lainnya (RS, Polindes, Puskesmas, lain-lain), nampak persentase cenderung menurun sesuai dengan peningkatan umur anak. Menurut jenis kelamin tidak ditemukan perbedaan persentase yang berarti.

Tabel 3.3.2.2
Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir
dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta,
Riskesmas 2007

Karakteristik	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
	Tdk Pernah	1-3 Kali	≥ 4 Kali
Umur Anak (bulan)			
6 – 11	6,9	63,3	29,8
12 – 23	3,3	22,5	74,3
24 – 35	5,5	26,7	67,8
36 – 47	8,7	29,5	61,8
48 – 59	17,1	31,5	51,4
Jenis Kelamin Anak			
Laki-Laki	10,2	30,7	59,1
Perempuan	9,8	34,1	56,1
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	6,8	38,4	54,8
Tidak Tamat SD	12,2	17,3	70,4
Tamat SD	16,8	29,6	53,6
Tamat SLTP	6,8	38,4	54,8
Tamat SLTA	12,2	17,3	70,4
Tamat PT	16,8	29,6	53,6
Pekerjaan Utama KK			
Tidak Bekerja	10,5	25,2	10,5
Ibu Rumahtangga	5,0	31,0	5,0
PNS/POLRI/TNI	5,2	23,9	5,2
Wiraswasta/Swasta	10,3	37,0	10,3
Petani/Buruh/Nelayan	8,9	26,3	8,9
Lainnya	14,4	22,0	14,4
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	13,1	26,7	60,2
Kuintil-2	7,4	34,2	58,5
Kuintil-3	9,8	34,9	55,4
Kuintil-4	9,1	32,8	58,1
Kuintil-5	10,5	34,5	55,0

Tabel 3.3.2.3
Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan
Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Penimbangan Anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Kepulauan Seribu	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Jakarta Selatan	3,8	16,6	0,5	100,0	0,0
Jakarta Timur	5,3	10,5	1,9	73,6	5,5
Jakarta Pusat	10,7	10,7	0,3	63,1	19,2
Jakarta Barat	11,4	11,4	,6	67,2	11,0
Jakarta Utara	8,5	14,3	3,2	62,4	14,1
DKI Jakarta	7,2	12,7	1,4	67,2	11,4

Menurut pendidikan KK dan tingkat pengeluaran RT perkapita, persentase ditimbang di RS meningkat sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan KK dan tingkat pengeluaran RT, sebaliknya di Posyandu persentase menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran RT, sementara untuk sarana lainnya (Polindes, Puskesmas, lain-lain) pola persentase tidak beraturan. Persentase menimbang balita di RS dan Puskesmas pada balita dengan KK yang bekerja sebagai PNS/POLRI/TNI ditemukan lebih tinggi dibandingkan pekerjaan lainnya, sedangkan di Posyandu persentase pada KK Ibu rumah tangga lebih tinggi dari pekerjaan lainnya. Sementara menurut pekerjaan KK lainnya pola persentase penimbangan menurut sarana penimbangan nampak tidak jelas.

Di DKI Jakarta 39,2% balita mempunyai KMS dan dapat menunjukkan, sementara yang punya KMS tapi tidak dapat menunjukkan kartunya sebesar 41,5%. Menurut kabupaten/kota persentase kepemilikan KMS bervariasi paling rendah di Jakarta Utara yaitu 28,9% dan paling tinggi di Kepulauan Seribu yaitu 55,6%. Secara umum persentase kepemilikan KMS di DKI Jakarta lebih tinggi dari angka nasional yaitu 24,7%. Balita yang tidak memiliki KMS masih ditemukan di DKI Jakarta yaitu antara 10,3 – 24,8% (Tabel 3.3.2.5).

Tabel 3.3.2.4
Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan
Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta,
Riskedas 2007

Karakteristik	Tempat Penimbangan Anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lain
Umur Anak (bulan)					
6 – 11	17,2	17,2	1,3	36,1	28,3
12 – 23	9,4	17,4	2,4	56,0	14,7
24 – 35	8,4	10,9	1,7	67,9	11,1
36 – 47	4,0	14,3	1,2	74,2	6,2
48 – 59	4,9	9,6	0,9	78,8	5,8
Jenis Kelamin Anak					
Laki-Laki	7,0	13,2	1,1	68,2	10,5
Perempuan	7,5	12,4	1,6	66,1	12,4
Pendidikan KK					
Tidak Sekolah	0,0	13,0	0,0	72,5	14,5
Tidak Tamat SD	0,0	11,6	0,0	82,6	5,8
Tamat SD	5,8	13,4	0,0	70,4	10,3
Tamat SLTP	6,5	16,8	1,2	60,6	14,9
Tamat SLTA	6,2	14,6	1,3	68,3	9,6
Tamat PT	20,6	8,3	0,0	52,6	18,6
Pekerjaan Utama KK					
Tidak Bekerja	6,3	14,1	0,0	73,4	6,3
Ibu Rumahtangga	14,6	0,0	0,0	82,3	3,1
PNS/POLRI/TNI	15,3	19,1	1,3	51,0	13,4
Wiraswasta/Swasta	6,6	14,5	0,8	64,0	14,1
Petani/Buruh/Nelayan	5,6	11,2	1,1	74,9	7,1
Lainnya	7,0	18,0	2,0	68,0	5,0
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan					
Kuintil-1	3,5	10,4	0,3	81,4	4,4
Kuintil-2	6,2	10,3	0,9	75,6	7,1
Kuintil-3	3,8	14,9	1,2	60,3	19,9
Kuintil-4	12,0	14,5	2,8	59,4	11,4
Kuintil-5	15,6	15,0	2,2	50,3	16,9

Tabel 3.3.2.5
Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota di
Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Kepulauan Seribu	55,6	33,3	11,1
Jakarta Selatan	41,2	47,6	11,2
Jakarta Timur	47,1	31,2	21,7
Jakarta Pusat	35,9	53,8	10,3
Jakarta Barat	36,7	38,5	24,8
Jakarta Utara	28,9	46,3	24,7
DKI Jakarta	39,2	41,5	19,2

* Catatan : 1 = Punya KMS dan dapat menunjukkan
2 = Punya KMS, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain
3 = Tidak punya KMS

Menurut karakteristik responden, persentase kepemilikan KMS balita dan dapat menunjukkan kartunya nampak tinggi pada anak usia 12-23 bulan dan 6-11 bulan, selebihnya persentase menurun sesuai dengan peningkatan usia anak. Menurut jenis kelamin nampak tidak ditemukan persentase yang berarti antara balita laki-laki dan perempuan. Sedangkan menurut pendidikan KK, persentase kepemilikan KMS dan dapat menunjukkan kartu nampak menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan KK. Sedangkan menurut pekerjaan KK, pada KK yang tidak bekerja dan ibu rumah tangga persentase kepemilikan KMS ditemukan lebih tinggi dari pekerjaan lainnya. Sementara tingkat pengeluaran per kapita, pola persentase kepemilikan KMS nampak tidak beraturan. Persentase tertinggi ditemukan pada kuintil 4, dan terendah pada kuintil 2. Nampaknya status ekonomi tidak berpengaruh terhadap kepemilikan KMS (Tabel 3.3.2.6).

Pada Tabel 3.3.2.7 dapat dilihat, sebanyak 74,0% balita di DKI Jakarta tidak memiliki buku KIA, persentase ini lebih tinggi dari yang tidak memiliki KMS. Menurut kabupaten/kota persentase tersebut paling tinggi ditemukan di Kepulauan Seribu yaitu 88,9% dan paling rendah di Jakarta Selatan yaitu 69,4%. Balita yang memiliki dan dapat menunjukkan buku KIA hanya 8,1%. Hal ini cukup wajar, karena KIA merupakan program baru berbeda halnya dengan KMS yang merupakan program nasional, sehingga belum banyak yang memilikinya.

Menurut karakteristik responden persentase kepemilikan buku KIA dan dapat menunjukkan kartunya nampak menurun sesuai dengan peningkatan usia anak (tabel 3.3.2.8). Menurut jenis kelamin nampak tidak ditemukan persentase yang berarti antara balita laki-laki dan perempuan. Sedangkan menurut pendidikan KK, persentase kepemilikan buku KIA nampak tidak beraturan polanya, namun persentase yang tidak memiliki buku KIA nampak cenderung menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan KK. Sedangkan menurut pekerjaan KK, pada KK ibu rumah tangga persentase kepemilikan buku KIA ditemukan lebih tinggi dari pekerjaan lainnya, dan persentase yang tidak memiliki paling rendah. Sementara menurut tingkat pengeluaran per kapita, pola persentase kepemilikan buku KIA nampak meningkat sesuai peningkatan tingkat pengeluaran rumah tangga. Sebaliknya persentase yang tidak memiliki buku KIA menurun sesuai peningkatan pengeluaran rumah tangga.

Tabel 3.3.2.6
Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden,
di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Umur Anak (bulan)			
6 – 11	55,5	22,1	22,4
12 – 23	60,9	26,1	12,9
24 – 35	48,3	40,2	11,5
36 – 47	38,4	43,3	18,3
48 – 59	25,6	49,6	24,9
Jenis Kelamin Anak			
Laki-Laki	39,7	39,8	20,5
Perempuan	38,7	43,5	17,9
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	43,3	40,2	16,5
Tidak Tamat SD	48,6	34,9	16,5
Tamat SD	39,8	35,8	24,4
Tamat SLTP	43,5	36,7	19,8
Tamat SLTA	37,8	41,4	20,8
Tamat PT	31,9	52,1	16,0
Pekerjaan Utama KK			
Tidak Bekerja	55,1	25,7	19,2
Ibu Rumahtangga	49,2	34,7	16,1
PNS/POLRI/TNI	37,4	43,9	18,7
Wiraswasta/Swasta	37,4	42,8	19,9
Petani/Buruh/Nelayan	42,3	35,3	22,4
Lainnya	30,1	44,5	25,3
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	39,7	39,2	21,0
Kuintil-2	36,1	43,0	20,9
Kuintil-3	37,9	41,5	20,6
Kuintil-4	45,6	38,7	15,7
Kuintil-5	35,7	48,4	15,9

* Catatan : 1 = Punya KMS dan dapat menunjukkan
2 = Punya KMS, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain
3 = Tidak punya KMS

Tabel 3.3.2.7
Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota di
Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Kepulauan Seribu	11,1	,0	88,9
Jakarta Selatan	9,0	21,6	69,4
Jakarta Timur	6,1	10,0	83,9
Jakarta Pusat	12,7	23,3	64,0
Jakarta Barat	7,3	21,2	71,6
Jakarta Utara	8,3	18,1	73,6
DKI Jakarta	8,1	17,9	74,0

* Catatan : 1 = Punya Buku KIA dan dapat menunjukkan
2 = Punya Buku KIA, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain
3 = Tidak punya Buku KIA

Tabel 3.3.2.8

Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Umur Anak (bulan)			
6 – 11	23,9	14,3	61,8
12 – 23	14,0	15,4	70,6
24 – 35	9,6	18,1	72,3
36 – 47	6,4	18,0	75,6
48 – 59	2,4	18,1	79,5
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	8,4	17,0	74,6
Perempuan	7,8	18,9	73,3
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	12,0	17,4	70,7
Tidak Tamat SD	2,9	10,6	86,5
Tamat SD	7,5	19,5	73,0
Tamat SLTP	6,2	15,7	78,1
Tamat SLTA	7,3	17,3	75,3
Tamat PT	16,4	27,2	56,4
Pekerjaan Utama KK			
Tidak Bekerja	11,0	12,8	76,2
Ibu Rumahtangga	14,0	19,3	66,7
PNS/POLRI/TNI	10,4	17,3	72,3
Wiraswasta/Swasta	7,6	18,9	73,5
Petani/Buruh/Nelayan	7,9	14,1	78,0
Lainnya	5,0	25,5	69,5
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	3,8	14,3	81,9
Kuintil-2	8,9	18,3	72,8
Kuintil-3	8,8	16,5	74,7
Kuintil-4	9,6	17,9	72,5
Kuintil-5	11,9	27,0	61,1

* Catatan : 1 = Punya Buku KIA dan dapat menunjukkan
 2 = Punya Buku KIA, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain
 3 = Tidak punya Buku KIA

3.3.3 Distribusi Kapsul Vitamin A

Kapsul vitamin A diberikan setahun dua kali pada bulan Februari dan Agustus, sejak anak berusia enam bulan. Kapsul merah (dosis 100.000 IU) diberikan untuk bayi umur 6 – 11 bulan dan kapsul biru (dosis 200.000 IU) untuk anak umur 12 – 59 bulan. Pada Tabel 3.3.3.1 dapat dilihat cakupan penerimaan kapsul vitamin A di DKI Jakarta cukup tinggi yaitu sebesar 79,7%, dan angka ini sudah mendekati target Nasional sebesar 80%. Pada Tabel 3.3.3.1 nampak tidak terdapat perbedaan cakupan yang tajam antara kabupaten/kota. Bahkan di Jakarta Selatan, Jakarta Pusat dan Jakarta Barat cakupan

penerimaan kapsul vitamin A sudah melebihi target nasional, dan wilayah lainnya juga hampir mencapai target.

Tabel 3.3.3.1
Persentase Anak Umur 6-59 Bulan Yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Menerima Kapsul Vitamin A
Kepulauan Seribu	79,4
Jakarta Selatan	82,1
Jakarta Timur	77,6
Jakarta Pusat	82,2
Jakarta Barat	82,2
Jakarta Utara	73,0
DKI Jakarta	79,7

Tabel 3.3.3.2
Persentase Cakupan Kapsul Vitamin A Pada Anak 6-59 Bulan menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Menerima Kapsul Vitamin A
Umur Anak (bulan)	
6 – 11	67,7
12 – 23	85,0
24 – 35	81,7
36 – 47	78,5
48 – 59	78,2
Jenis Kelamin Anak	
Laki-Laki	77,1
Perempuan	82,0
Pendidikan KK	
Tidak Sekolah	66,7
Tidak Tamat SD	77,8
Tamat SD	72,2
Tamat SLTP	79,8
Tamat SLTA	82,7
Tamat PT	80,4
Pekerjaan Utama KK	
Tidak Bekerja	81,0
Ibu Rumahtangga	69,7
PNS/POLRI/TNI	86,7
Wiraswasta/Swasta	79,9
Petani/Buruh/Nelayan	77,3
Lainnya	81,0
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan	
Kuintil-1	79,3
Kuintil-2	81,5
Kuintil-3	80,2
Kuintil-4	76,5
Kuintil-5	79,3

Menurut karakteristik responden, pada Tabel 3.3.3.2 dapat dilihat peningkatan persentase balita yang menerima kapsul vitamin A meningkat sesuai dengan peningkatan umur anak dan menurut jenis kelamin nampak tidak ditemukan persentase cakupan yang berarti antara balita laki-laki dan perempuan. Sedangkan menurut pendidikan KK, persentase penerimaan kapsul vitamin A meningkat sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan KK. Sedangkan menurut pekerjaan KK, pada PNS/POLRI/TNI persentase cakupan ditemukan lebih tinggi dari pekerjaan lainnya, sementara pada KK ibu rumah tangga persentase cakupan ditemukan paling rendah dari pekerjaan lainnya. Menurut tingkat RT pengeluaran per kapita, pola persentase cakupan nampak tidak beraturan. Persentase tertinggi ditemukan pada kuintil 2, dan terendah pada kuintil 4. Nampaknya status ekonomi tidak berpengaruh terhadap penerimaan kapsul vitamin A.

3.3.4 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi

Pada Riskesdas 2007, dikumpulkan data tentang pemeriksaan kehamilan, jenis pemeriksaan kehamilan, ukuran bayi lahir, penimbangan bayi lahir, pemeriksaan neonatus pada ibu yang mempunyai bayi. Data tersebut dikumpulkan dengan mewawancarai ibu yang mempunyai bayi umur 0 – 11 bulan, dan dikonfirmasi dengan catatan Buku KIA/KMS/catatan kelahiran.

Di DKI Jakarta terdapat 10,7% bayi yang menurut ibu berukuran kecil ketika lahir, persentase tertinggi ditemukan di Jakarta Pusat yaitu 21,4%, dan terendah di Kepulauan Seribu yaitu 0,9%. Sedangkan bayi yang berukuran besar menurut persepsi ibu ditemukan 16,1%, dan Jakarta Timur mempunyai persentase lebih tinggi dari wilayah lainnya (Tabel 3.3.4.1).

Menurut karakteristik responden, persentase ukuran bayi lahir kecil dan besar menurut persepsi ibu, pada bayi laki-laki lebih tinggi dari bayi perempuan. Menurut umur anak, persentase ukuran bayi lahir kecil lebih tinggi pada usia 0 – 5 bulan dibandingkan usia di atasnya. Dan untuk ukuran bayi lahir besar menurut umur anak tidak ditemukan perbedaan persentase yang berarti.

Tabel 3.3.4.1
Persentase Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	BB Lahir Menurut Persepsi Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Kepulauan Seribu	0,9	98,0	0,9
Jakarta Selatan	4,3	72,4	23,3
Jakarta Timur	12,8	61,5	25,7
Jakarta Pusat	21,4	66,7	11,9
Jakarta Barat	9,7	82,4	7,9
Jakarta Utara	12,1	78,0	9,9
DKI Jakarta	10,7	73,1	16,1

Catatan : Kecil : Sangat kecil + Kecil
Normal : Normal
Besar : Besar + Sangat besar

Sedangkan persentase ukuran bayi lahir kecil maupun besar menurut pendidikan, pekerjaan dan tingkat pengeluaran RT perkapita nampak tidak beraturan polanya (Tabel 3.3.4.2).

Tabel 3.3.4.2
Persentase Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu dan Karakteristik di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	BB Lahir Menurut Persepsi Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Umur Anak (bulan)			
0 – 5 Bulan	12,0	71,7	16,3
6 – 11 Bulan	9,5	75,2	15,3
Jenis Kelamin Anak			
Laki-Laki	6,0	79,7	14,3
Perempuan	14,0	69,2	16,9
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	25,0	75,0	0,0
Tidak Tamat SD	0,0	100,0	0,0
Tamat SD	6,3	76,3	17,5
Tamat SLTP	7,3	69,8	22,9
Tamat SLTA	19,2	68,1	12,6
Tamat PT	0,0	63,8	36,2
Pekerjaan Utama KK			
Tidak Bekerja	13,0	69,6	17,4
Ibu Rumahtangga	0,0	82,4	17,6
PNS/POLRI/TNI	8,7	52,2	39,1
Wiraswasta/Swasta	13,6	69,6	16,8
Petani/Buruh/Nelayan	7,2	85,5	7,2
Lainnya	6,7	53,3	40,0
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	11,2	73,8	15,0
Kuintil-2	1,1	80,4	18,5
Kuintil-3	11,9	75,5	12,6
Kuintil-4	18,0	64,9	17,1
Kuintil-5	8,6	71,4	20,0
Catatan: Kecil	: Sangat kecil + Kecil		
Normal	: Normal		
Besar	: Besar + Sangat besar		

Cakupan periksa hamil pada ibu hamil di DKI Jakarta hampir mencapai 100%, namun masih ada ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilannya yaitu di Jakarta Selatan 4,3%, Jakarta Barat 4,8% dan Jakarta Utara 2,2% (Tabel 3.3.4.3).

Tabel 3.3.4.3

Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Periksa Hamil	Tidak Periksa Hamil
Kepulauan Seribu*	-	-
Jakarta Selatan	95,7	4,3
Jakarta Timur	100,0	0,0
Jakarta Pusat	100,0	0,0
Jakarta Barat	95,2	4,8
Jakarta Utara	97,8	2,2
DKI Jakarta	97,1	2,9

Catatan: Sumber informasi berat bayi baru lahir: Buku KIA, KMS, catatan kelahiran

*Jumlah sampel Kepulauan Seribu hanya 1 orang, tidak bisa dianalisis

Pada Tabel 3.3.4.4 dapat dilihat bahwa ibu yang tidak memeriksakan kehamilannya ditemukan tinggi pada KK yang tidak sekolah, dan ibu rumah tangga. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan persentase paling tinggi ditemukan pada kuintil 4.

Di DKI Jakarta, cakupan jenis pemeriksaan pada kehamilan yang paling tinggi adalah pemeriksaan tekanan darah (95,7%) dan penimbangan berat badan (97,9%). Sedangkan yang terendah adalah pemeriksaan urine dan haemoglobin. Menurut kabupaten/kota pola cakupan setiap jenis pemeriksaan kehamilan polanya hampir sama. Kepulauan Seribu mempunyai cakupan yang sangat baik pada semua jenis layanan yang diberikan, namun tidak memiliki layanan pemeriksaan hemoglobin dan urine (Tabel 3.3.4.5).

Tabel 3.3.4.4
Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Karakteristik di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Periksa Hamil	Tidak Periksa Hamil
Pendidikan KK		
Tidak Sekolah	75,0	25,0
Tidak Tamat SD	100,0	0,0
Tamat SD	95,1	4,9
Tamat SMP	94,8	5,2
Tamat SMA	98,3	1,7
Tamat PT	100,0	0,0
Pekerjaan KK		
Tidak Bekerja	100,0	0,0
Ibu Rumahtangga	82,4	17,6
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	100,0	0,0
Wiraswasta/ Peg. Swasta	97,6	2,4
Petani/ Buruh/ Nelayan	92,6	7,4
Lainnya	100,0	0,0
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	97,2	2,8
Kuintil-2	97,8	2,2
Kuintil-3	100,0	0,0
Kuintil-4	90,3	9,7
Kuintil-5	100,0	0,0

Tabel 3.3.4.5
Persentase Ibu Hamil menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Kepulauan Seribu*	-	-	-	-	-	-	-	-
Jakarta Selatan	53,6	95,5	87,5	90,1	79,8	97,3	62,4	53,6
Jakarta Timur	56,6	96,2	76,4	83,0	73,3	100,0	56,6	43,4
Jakarta Pusat	59,5	100,0	88,1	83,7	74,4	93,0	69,0	55,8
Jakarta Barat	74,5	94,9	86,6	77,4	77,0	96,8	48,3	45,7
Jakarta Utara	72,5	97,8	92,2	94,2	79,3	100,0	56,5	50,0
DKI Jakarta	65,1	95,7	86,3	85,3	77,7	97,9	57,3	48,5

Catatan: Sumber informasi berat bayi baru lahir: Buku KIA, KMS, catatan kelahiran

* Jumlah sampel Kepulauan Seribu hanya 1 orang, tidak bisa dianalisis

*** Responden adalah ibu yang memiliki anak berusia 12 bulan atau kurang

Jenis pemeriksaan :	a = pengukuran tinggi badan	e = pemberian imunisasi TT
	b = pemeriksaan tekanan darah	f = penimbangan berat badan
	c = pemeriksaan tinggi fundus	g = pemeriksaan hemoglobin
	d = pemberian tablet Fe	h = pemeriksaan urine

Menurut karakteristik responden pada Tabel 3.3.4.6 dapat dilihat cakupan setiap jenis pemeriksaan kehamilan hampir sama polanya. Menurut tingkat pendidikan nampak polanya tidak beraturan. Menurut pekerjaan, pada yang tidak bekerja persentase cenderung lebih tinggi dari jenis pekerjaan lainnya. Menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan meski polanya tidak jelas namun persentase cakupan setiap jenis pemeriksaan kehamilan secara umum cenderung tinggi pada kuintil 4 dan 5.

Tabel 3.3.4.6
Persentase Ibu Hamil menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan
dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Pendidikan KK								
Tidak Sekolah	66,7	100,0	100,0	80,0	80,0	100,0	70,0	70,0
Tidak Tamat SD	43,8	100,0	81,3	81,3	68,8	93,8	14,3	14,3
Tamat SD	69,9	93,2	80,8	74,3	74,6	95,9	37,3	32,9
Tamat SMP	61,5	94,5	85,7	73,9	72,5	100,0	64,0	50,5
Tamat SMA	67,6	95,5	89,9	91,5	80,7	98,3	59,7	54,0
Tamat PT	61,7	100,0	74,5	93,6	76,6	93,6	51,1	57,4
Pekerjaan KK								
Tidak Bekerja	77,3	100,0	100,0	100,0	87,0	100,0	47,8	59,1
Ibu Rumah tangga	78,6	91,3	100,0	78,6	90,9	100,0	66,7	66,7
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	65,2	93,9	82,6	100,0	73,9	100,0	56,5	40,9
Wiraswasta/ Peg.Swasta	58,3	100,0	83,4	81,9	74,9	97,1	54,7	47,8
Petani/ Buruh/ Nelayan	81,3	100,0	95,3	87,3	79,4	100,0	55,6	46,9
Lainnya	87,5	95,4	50,0	75,0	87,5	93,8	50,0	50,0
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan								
Kuintil-1	66,3	100,0	92,3	82,7	79,2	99,0	50,0	29,8
Kuintil-2	65,6	100,0	82,2	88,8	79,5	100,0	54,7	46,7
Kuintil-3	51,8	91,4	81,9	83,2	71,5	99,3	52,2	52,9
Kuintil-4	70,6	96,0	88,2	87,0	78,8	92,2	69,1	68,0
Kuintil-5	78,6	100,0	88,4	87,0	82,1	100,0	61,8	46,3

Jenis pemeriksaan :
a = pengukuran tinggi badan
b = pemeriksaan tekanan darah
c = pemeriksaan tinggi fundus
d = pemberian tablet Fe
e = pemberian imunisasi TT
f = penimbangan berat badan
g = pemeriksaan hemoglobin
h = pemeriksaan urine

Semakin lengkap jenis pemeriksaan kehamilan pada ibu hamil semakin baik pelayanan kesehatan yang dapat diterima. Tabel 3..3.4.7 menunjukkan skor jumlah pemeriksaan kehamilan yang diterima ibu yang mempunyai bayi. Secara keseluruhan 68,0% ibu yang menerima 6-8 jenis pelayanan selama kehamilan dan hanya 28,9% yang menerima 3-5 jenis pemeriksaan dan 3,1% yang hanya menerima 1-2 jenis pelayanan selama kehamilan. Kelengkapan pemeriksaan kehamilan tertinggi ditemukan di Kepulauan Seribu (100%) dan terendah terdapat di wilayah Jakarta Timur (56,6%).

Tabel 3.3.4.8 menunjukkan kelengkapan pemeriksaan kehamilan menurut karakteristik responden di DKI Jakarta. Menurut pendidikan KK nampak ada sedikit kecenderungan semakin tinggi pendidikan jenis pemeriksaan kehamilan semakin tidak lengkap. Menurut

pekerjaan KK, kelengkapan pemeriksaan kehamilan ditemukan tinggi pada ibu hamil dengan KK tidak bekerja dan ibu rumah tangga. Sedangkan menurut pengeluaran RT per kapita tidak ada pola yang khas, namun ada kecenderungan semakin tinggi pengeluaran maka jenis pemeriksaan kehamilan semakin lengkap.

Tabel 3.3.4.7
Sebaran Skor Jenis Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Skor Jenis Pemeriksaan Kehamilan		
	1-2 Jenis	3-5 Jenis	6-8 Jenis
Kepulauan Seribu*	-	-	-
Jakarta Selatan	4,7	20,8	74,5
Jakarta Timur	3,8	39,6	56,6
Jakarta Pusat	0,0	27,9	72,1
Jakarta Barat	3,4	29,5	67,1
Jakarta Utara	2,4	24,7	72,9
DKI Jakarta	3,1	28,9	68,0

*Jumlah sampel Kepulauan Seribu hanya 1 orang, tidak bisa dianalisis

Tabel 3.3.4.8
Sebaran Skor Jenis Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jaya, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Skor Jenis Pemeriksaan Kehamilan		
	1-2 Jenis	3-5 Jenis	6-8 Jenis
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	0,0	20,0	80,0
Tidak tamat SD	0,0	73,3	26,7
Tamat SD	4,4	35,3	60,3
Tamat SMP	5,7	30,7	63,6
Tamat SMA	4,6	20,8	74,6
Perguruan tinggi	0,0	31,8	68,2
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	0,0	13,0	87,0
Ibu rumah tangga	0,0	11,1	88,9
PNS/POLRI/TNI	8,7	8,7	82,6
Wiraswasta	5,3	34,0	60,7
Petani/nelayan/buruh	0,0	17,5	82,5
Lainnya	0,0	50,0	50,0
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	0,0	39,2	60,8
Kuintil-2	4,7	17,4	77,9
Kuintil-3	3,8	36,8	59,4
Kuintil-4	4,3	22,3	73,4
Kuintil-5	0,0	22,4	77,6

Pemeriksaan neonatus dalam Riskesdas ditanyakan pada ibu yang mempunyai bayi. Pada Tabel 3.3.4.9 dapat dilihat persentase cakupan pemeriksaan neonatus 0-7 hari di DKI Jakarta sebesar 66,5%. Meskipun angka ini lebih tinggi dari angka nasional (57,6%), namun masih dibawah target yang diharapkan. Persentase cakupan menurut kabupaten/kota nampak bervariasi mulai yang terendah di Jakarta Utara yaitu 55,4% dan yang tertinggi di Kepulauan Seribu yaitu 99%. Sementara persentase cakupan pemeriksaan neonatus 8-28 hari di DKI Jakarta lebih rendah dari yaitu hanya 54,9%. Namun angka ini lebih tinggi dari persentase cakupan nasional yaitu 33,5%.

Tabel 3.3.4.9
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Neonatus	
	Umur 0-7 Hari	Umur 8-28 Hari
Kepulauan Seribu	-	-
Jakarta Selatan	75,7	62,4
Jakarta Timur	74,3	61,5
Jakarta Pusat	61,0	54,8
Jakarta Barat	62,3	51,6
Jakarta Utara	55,4	42,4
DKI Jakarta	66,5	54,9

*Jumlah sampel Kepulauan Seribu hanya 1 orang, tidak bisa dianalisis

Menurut karakteristik responden pada Tabel 3.3.4.10 dapat dilihat pola cakupan pemeriksaan neonatus 0-7 hari dan 8-28 hari menurut pendidikan nampak hampir sama yaitu tidak ada pola yang khas. Menurut pekerjaan, persentase kedua jenis pemeriksaan neonatus pada yang tidak bekerja cenderung lebih tinggi dari jenis pekerjaan lainnya. Menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan persentase cakupan pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari cenderung lebih tinggi pada kuintil yang lebih rendah. Sebaliknya cakupan pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari cenderung cenderung tinggi pada kuintil yang lebih tinggi.

Tabel 3.3.4.10
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI
Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan Neonatus	
	Umur 0-7 Hari	Umur 8-28 Hari
Pendidikan KK		
Tidak Sekolah	75,0	66,7
Tidak Tamat SD	56,3	37,5
Tamat SD	57,5	55,0
Tamat SMP	50,0	34,1
Tamat SMA	74,9	52,0
Tamat PT	80,9	89,4
Pekerjaan KK		
Tidak Bekerja	86,4	76,2
Ibu Rumahtangga	50,0	62,5
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	69,6	69,6
Wiraswasta/ Peg.Swasta	68,4	54,2
Petani/ Buruh/ Nelayan	59,1	26,2
Lainnya	43,8	56,3
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	76,2	49,5
Kuintil-2	62,5	48,8
Kuintil-3	69,6	53,7
Kuintil-4	54,2	50,5
Kuintil-5	26,2	78,6

3.4 Penyakit Menular

Penyakit menular yang diteliti pada Riskesdas 2007 terbatas pada beberapa penyakit yang ditularkan oleh vektor, penyakit yang ditularkan melalui udara atau percikan air liur, dan penyakit yang ditularkan melalui makanan atau air. Penyakit menular yang ditularkan oleh vektor adalah filariasis, demam berdarah dengue (DBD), dan malaria. Penyakit yang ditularkan melalui udara atau percikan air liur adalah penyakit infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), pneumonia dan campak, sedangkan penyakit yang ditularkan melalui makanan atau air adalah penyakit tifoid, hepatitis, dan diare.

Data yang diperoleh hanya merupakan prevalensi penyakit secara klinis dengan teknik wawancara dan menggunakan kuesioner baku (RKD07.IND), tanpa konfirmasi pemeriksaan laboratorium. Kepada responden ditanyakan apakah pernah didiagnosis menderita penyakit tertentu oleh tenaga kesehatan (D: diagnosis). Responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis, ditanyakan lagi apakah pernah/sedang menderita gejala klinis spesifik penyakit tersebut (G). Jadi prevalensi penyakit merupakan data yang didapat dari D maupun G (DG). Prevalensi penyakit akut dan penyakit yang sering dijumpai ditanyakan dalam kurun waktu satu bulan terakhir, sedangkan prevalensi penyakit kronis dan musiman ditanyakan dalam kurun waktu 12 bulan terakhir (lihat kuesioner RKD07.IND: Blok X no B01-22).

Khusus malaria, selain prevalensi penyakit juga dinilai Persentase kasus malaria yang mendapat pengobatan dengan obat antimalaria program dalam 24 jam menderita sakit (O). Demikian pula diare, dinilai Persentase kasus diare yang mendapat pengobatan oralit (O).

3.4.1. Filariasis, Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Malaria

Filariasis (penyakit kaki gajah) adalah penyakit kronis yang ditularkan melalui gigitan nyamuk, dan dapat menyebabkan kecacatan dan stigma. Umumnya penyakit ini diketahui setelah timbul gejala klinis kronis dan kecacatan. Kepada responden yang menyatakan “tidak pernah didiagnosis filariasis oleh tenaga kesehatan” dalam 12 bulan terakhir ditanyakan gejala-gejala sebagai berikut : adanya radang pada kelenjar di pangkal paha, pembengkakan alat kelamin, pembengkakan payudara dan pembengkakan tungkai bawah atau atas.

Demam Berdarah Dengue merupakan penyakit infeksi tular vektor yang sering menyebabkan Kejadian Luar Biasa (KLB), dan tidak sedikit menyebabkan kematian. Penyakit ini bersifat musiman yaitu biasanya pada musim hujan yang memungkinkan vektor penular (*Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*) hidup di genangan air bersih. Kepada responden yang menyatakan “tidak pernah didiagnosis DBD oleh tenaga kesehatan” dalam 12 bulan terakhir ditanyakan apakah pernah menderita demam/panas, sakit kepala/pusing disertai nyeri di ulu hati/perut kiri atas, mual dan muntah, lemas, kadang-kadang disertai bintik-bintik merah di bawah kulit dan atau mimisan, kaki/tangan dingin.

Malaria merupakan penyakit menular yang menjadi perhatian global. Penyakit ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat karena sering menimbulkan KLB, berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta dapat mengakibatkan kematian. Penyakit ini dapat bersifat akut, laten atau kronis. Kepada responden yang menyatakan “tidak pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan” dalam satu bulan terakhir ditanyakan apakah pernah menderita panas tinggi disertai menggigil (perasaan dingin), panas naik turun secara berkala, berkeringat, sakit kepala atau tanpa gejala malaria tetapi sudah minum obat antimalaria. Untuk responden yang menyatakan “pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan” ditanyakan apakah mendapat pengobatan dengan obat program dalam 24 jam pertama menderita panas.

Pada Tabel 3.4.1.1 dapat dilihat, diantara penyakit yang ditularkan oleh vektor, demam berdarah (DBD) merupakan penyakit dengan prevalensi tertinggi (1,16%) di DKI Jakarta. Jakarta Selatan, Jakarta Timur dan Jakarta Pusat merupakan daerah dengan prevalensi penyakit filariasis yang lebih tinggi (0,18%) dibanding wilayah lainnya. Untuk DBD adalah Jakarta Utara (1,8%) dan malaria adalah Jakarta Timur (0,9%).

Tabel 3.4.1.1
Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan
Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta,
Riskesmas 2007

Kabupaten/Kota	Filariasis		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kepulauan Seribu	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Jakarta Selatan	0,15	0,20	0,97	0,99	0,20	0,38	42,86
Jakarta Timur	0,07	0,18	0,79	1,39	0,04	0,90	22,50
Jakarta Pusat	0,12	0,18	1,26	1,56	0,12	0,48	37,50
Jakarta Barat	0,02	0,02	0,37	0,47	0,02	0,12	0,00
Jakarta Utara	0,04	0,07	1,18	1,80	0,11	0,66	27,78
DKI Jakarta	0,08	0,13	0,84	1,16	0,09	0,51	27,06

Sampai saat ini, filariasis, DBD dan malaria merupakan penyakit tular vektor yang menjadi prioritas dalam program pengendalian penyakit menular, baik di Indonesia maupun di dunia. Filariasis merupakan penyakit kronis yang tidak menimbulkan kematian, tetapi menyebabkan kecacatan, antara lain kaki gajah dan pembesaran kantong buah zakar (scrotum). Dalam 12 bulan terakhir, di Provinsi DKI filariasis klinis terdeteksi dengan prevalensi 0,02 - 0,2% ditemukan di 4 wilayah yaitu Jakarta Utara, Jakarta Selatan, Jakarta Timur, Jakarta barat, dan Jakarta Pusat.

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, DBD klinis dapat dideteksi di semua wilayah dengan rentang prevalensi 0,47 – 1,80%. Program promosi kesehatan juga secara intensif memberikan penerangan kepada masyarakat tentang pencegahan penyakit ini (3M) sehingga kewaspadaan dan deteksi dini penyakit ini menjadi lebih baik. Kejadian DBD sangat dipengaruhi oleh musim, umumnya meningkat di awal musim penghujan, dan dapat bersifat fatal bila tidak segera ditangani dengan baik.

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi DKI Jakarta dijumpai sebesar 0,51%, dengan rentang 0,00 – 0,90%. Penyakit ini dapat bersifat akut dan kronis (kambuhan). Walaupun malaria di Jawa-Bali secara umum bukan lagi merupakan masalah kesehatan utama, perkembangan ekonomi (mobilitas penduduk) memungkinkan adanya kasus-kasus malaria 'import' dari wilayah endemis di luar Jawa-Bali.

Pada Riskesdas ini, juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria klinis dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Tampak bahwa di DKI, persentase orang yang minum obat program masih di bawah 50%. Kemungkinan hal ini disebabkan penderita malaria klinis hanya mendapatkan pengobatan simptomatik saja.

Pada Tabel 3.4.1.2 dapat dilihat, tidak terdapat pola tertentu dari prevalensi penyakit filariasis, DBD, dan malaria menurut umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. DBD terutama dijumpai pada anak di bawah 15 tahun, namun tampak sudah menyebar ke kelompok dewasa. Sedangkan malaria tersebar di semua kelompok umur (kecuali bayi), terutama di kelompok usia produktif.

Sangat menarik untuk melihat bahwa DBD dijumpai lebih banyak pada kelompok responden dengan tingkat pengeluaran lebih tinggi. Ada kemungkinan hal ini disebabkan karena tingkat kesadaran dan kemampuan mereka yang lebih tinggi dalam mengenal dan mencari pengobatan. Hal ini diperkuat dengan data bahwa DBD lebih banyak dijumpai pada responden yang sekolah dan pada responden yang bekerja sebagai pegawai. Tingkat pendidikan tampaknya tidak berpengaruh terhadap prevalensi malaria,

kemungkinan karena kasus-kasus yang ada merupakan kasus-kasus 'import'. Namun penyakit ini lebih banyak ditemukan pada kelompok menengah ke bawah.

Tabel 3.4.1.2
Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Filariasis		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok Umur (tahun)							
< 1	0,00	0,00	0,35	0,71	0,00	0,00	0,00
1 - 4	0,16	0,00	0,94	1,25	0,08	0,55	42,86
5 - 14	0,30	0,13	1,21	1,74	0,20	0,84	24,00
15 - 24	0,31	0,07	0,79	1,23	0,03	0,55	56,25
25 - 34	0,69	0,12	0,89	1,25	0,03	0,34	20,00
35 - 44	0,29	0,26	0,56	0,68	0,04	0,26	28,57
45 - 54	0,35	0,26	0,73	0,94	0,21	0,47	11,11
55 - 64	0,30	0,10	0,99	0,99	0,10	0,59	0,00
65 - 74	0,49	0,21	0,43	0,64	0,00	0,64	0,00
>75	0,20	0,00	0,00	0,00	1,18	1,76	33,33
Jenis Kelamin							
Laki-laki	0,05	0,07	0,84	1,15	0,05	0,39	31,25
Perempuan	0,10	0,19	0,83	1,16	0,15	0,62	25,00
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,20	0,20	0,00	0,40	0,20	0,80	20,00
Tidak tamat SD	0,00	0,06	1,17	1,41	0,06	0,86	7,14
Tamat SD	0,00	0,07	0,64	0,93	0,18	0,64	38,89
Tamat SMP	0,18	0,18	0,64	0,99	0,07	0,53	50,00
Tamat SMA	0,12	0,23	0,96	1,23	0,06	0,40	15,79
Tamat PT	0,00	0,00	0,88	1,35	0,00	0,00	0,00
Pekerjaan							
Tidak kerja	0,06	0,12	0,92	1,35	0,06	0,61	20,00
Sekolah	0,09	0,09	1,30	1,81	0,09	0,79	35,29
Ibu RT	0,00	0,18	0,54	0,81	0,12	0,66	36,36
Pegawai	0,11	0,15	1,05	1,20	0,04	0,26	0,00
Wiraswasta	0,23	0,27	0,62	0,85	0,12	0,47	25,00
Petani/Nelayan/Buruh	0,00	0,00	0,62	0,72	0,10	0,10	0,00
Lainnya	0,00	0,00	0,63	0,84	0,00	0,42	66,67
Tk. Pengeluaran per Kapita per Bulan							
Kuintil-1	0,00	0,00	0,56	1,00	0,09	0,71	20,83
Kuintil-2	0,06	0,06	0,62	0,71	0,09	0,32	36,36
Kuintil-3	0,12	0,21	0,80	1,09	0,09	0,53	22,22
Kuintil-4	0,15	0,15	1,21	1,59	0,09	0,53	16,67
Kuintil-5	0,03	0,12	1,01	1,42	0,15	0,44	46,67

3.4.2. ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan penyakit yang sering dijumpai dengan manifestasi ringan sampai berat. ISPA yang mengenai jaringan paru-paru atau ISPA berat, dapat menjadi pneumonia. Pneumonia merupakan penyakit infeksi penyebab kematian utama, terutama pada balita. Dalam Riskesdas ini dikumpulkan data ISPA ringan dan pneumonia. Kepada responden ditanyakan apakah dalam satu bulan terakhir pernah didiagnosis ISPA/pneumonia oleh tenaga kesehatan. Bagi responden yang menyatakan tidak pernah, ditanyakan apakah pernah menderita gejala ISPA dan pneumonia.

Tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit menular kronis yang menjadi isu global. Di Indonesia penyakit ini termasuk salah satu prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit karena berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta sering mengakibatkan kematian. Walaupun diagnosis pasti TB berdasarkan pemeriksaan sputum BTA positif, diagnosis klinis sangat menunjang untuk diagnosis dini terutama pada penderita TB anak. Kepada responden ditanyakan apakah dalam 12 bulan terakhir pernah didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan, dan bila tidak, ditanyakan apakah menderita gejala batuk lebih dari dua minggu atau batuk berdahak bercampur darah.

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Di Indonesia masih terdapat kantong-kantong penyakit campak sehingga tidak jarang terjadi KLB. Kepada responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis campak oleh tenaga kesehatan, ditanyakan apakah pernah menderita gejala demam tinggi dengan mata merah dan penuh kotoran, serta ruam pada kulit terutama di leher dan dada.

Angka prevalensi ISPA dalam sebulan terakhir di Provinsi DKI Jakarta adalah 22,6%, menurut wilayah penyakit ISPA tersebar di seluruh wilayah DKI dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (24 – 39,5%). Dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kepulauan Seribu. Kasus ISPA yang berlarut-larut akan menjadi pneumonia. Prevalensi pneumonia sebulan terakhir di Provinsi DKI Jakarta adalah 1,7% (rentang 0,9 – 5,3%). Prevalensi pneumonia relatif tinggi dijumpai di Kepulauan Seribu. Nampak wilayah dengan prevalensi ISPA tinggi cenderung mempunyai prevalensi pneumonia tinggi, seperti di Kepulauan Seribu. Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit. Di provinsi DKI Jakarta, penyakit TB terdeteksi dengan prevalensi 1,3%, tersebar di seluruh wilayah dengan rentang prevalensi 0,6% di Jakarta Barat dan 2,7% di Kepulauan Seribu. Sementara prevalensi penyakit campak ditemukan sebesar 1,6%. Gambaran untuk prevalensi penyakit campak menurut wilayah tidak mempunyai perbedaan yang mencolok, kecuali di Jakarta Barat yang memiliki prevalensi terendah (0,7%) dan tertinggi di Kepulauan Seribu (2,6%), sedangkan wilayah lain prevalensi penyakit campak berkisar 1,3 – 2,3% (Tabel 3.4.2.1).

Tabel 3.4.2.1
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Kepulauan Seribu	26,3	39,5	2,7	5,3	2,6	2,7	2,6	2,6
Jakarta Selatan	8,4	17,7	0,8	1,3	0,7	1,1	1,6	1,9
Jakarta Timur	9,2	26,6	0,8	2,2	0,6	1,5	1,8	2,3
Jakarta Pusat	14,5	25,0	1,1	2,2	1,0	1,6	1,4	1,7
Jakarta Barat	9,1	20,8	0,3	0,9	0,4	0,6	0,6	0,7
Jakarta Utara	10,7	24,1	0,5	2,0	1,1	1,9	1,0	1,3
DKI Jakarta	9,8	22,6	0,7	1,7	0,7	1,3	1,3	1,6

Gambaran prevalensi menurut karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.4.2.2. Prevalensi penyakit ISPA dan campak pada usia di bawah 4 tahun ditemukan lebih tinggi dibandingkan golongan usia lainnya. Pola prevalensi pneumonia menurut kelompok umur serupa dengan pola sebaran ISPA, namun prevalensi pneumonia relatif tinggi pada kelompok umur tua (65 tahun ke atas) hal ini dapat disebabkan fungsi paru yang menurun. Sedangkan prevalensi TBC tampak adanya kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia dan ditemukan lebih tinggi pada golongan usia di atas 64 tahun. Sementara prevalensi campak, sebarannya relatif merata di

Gambaran prevalensi menurut karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.4.2.2. Prevalensi penyakit ISPA dan campak pada usia di bawah 4 tahun ditemukan lebih tinggi dibandingkan golongan usia lainnya. Pola prevalensi pneumonia menurut kelompok umur serupa dengan pola sebaran ISPA, namun prevalensi pneumonia relatif tinggi pada kelompok umur tua (65 tahun ke atas) hal ini dapat disebabkan fungsi paru yang menurun. Sedangkan prevalensi TBC tampak adanya kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia dan ditemukan lebih tinggi pada golongan usia di atas 64 tahun. Sementara prevalensi campak, sebarannya relatif merata di semua umur, dengan fokus usia 15 tahun ke bawah, termasuk bayi. Jenis kelamin tidak banyak mempengaruhi prevalensi ISPA, pneumonia, TB dan campak. Pada umumnya, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi prevalensi penyakit. Namun perlu diperhatikan, bahwa kelompok anak (yang berisiko ISPA dan pneumonia) juga termasuk dalam kelompok 'tidak sekolah', tidak tamat SD' dan 'tamat SD'. Sehingga prevalensi ISPA dan pneumonia yang tinggi pada kelompok berpendidikan rendah ini konsisten dengan tingginya prevalensi pada kelompok anak-anak. Menurut tingkat pengeluaran perkapita, rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita yang rendah cenderung mempunyai prevalensi penyakit ISPA, pneumonia, TB dan campak yang lebih tinggi. Jenis pekerjaan tidak berpengaruh terhadap kejadian ke empat penyakit ini.

Tabel 3.4.2.2
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak menurut Karakteristik
Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Kelompok Umur (tahun)								
<1	21,6	36,2	1,1	1,4	0,7	0,7	6,0	6,7
1 – 4	21,0	42,4	1,2	3,0	1,2	1,6	6,4	7,4
5 – 14	13,1	31,1	0,9	2,0	0,7	1,1	2,4	2,9
15 – 24	7,4	18,9	0,6	1,4	0,4	1,1	0,5	0,7
25 – 34	7,4	17,3	0,6	1,1	0,6	1,0	0,4	0,5
35 – 44	7,5	18,5	0,3	1,4	0,6	1,2	0,3	0,5
45 – 54	7,8	17,4	0,7	1,7	1,1	1,7	0,4	0,6
55 – 64	7,2	18,6	0,7	1,7	0,9	1,5	0,1	0,3
65 – 74	9,2	18,7	0,2	1,7	1,1	1,5	0,0	0,4
>75	8,2	22,5	3,0	5,9	0,6	2,4	1,2	1,2
Jenis Kelamin								
Laki-laki	9,2	22,5	0,8	1,8	0,8	1,4	1,1	1,4
Perempuan	10,3	22,7	0,6	1,5	0,6	1,2	1,4	1,7
Pendidikan								
Tidak sekolah	6,8	23,7	0,4	1,8	0,6	1,4	0,4	0,4
Tidak tamat SD	8,6	22,3	0,8	2,3	0,9	1,7	1,2	1,5
Tamat SD	8,7	20,4	0,8	2,2	0,7	1,4	0,4	0,8
Tamat SMP	7,8	19,9	0,4	1,2	0,6	1,1	0,5	0,6
Tamat SMA	6,7	16,5	0,6	1,3	0,7	1,2	0,4	0,5
Tamat PT	9,5	16,8	0,2	0,4	0,2	0,7	0,2	0,2
Pekerjaan								
Tidak kerja	8,1	19,6	1,4	2,8	1,1	1,8	0,6	0,7
Sekolah	9,5	23,0	0,5	1,5	0,5	1,0	1,2	1,4
Ibu RT	8,1	19,1	0,5	1,4	0,6	1,1	0,3	0,6
Pegawai	6,9	15,5	0,3	0,8	0,4	0,6	0,4	0,4
Wiraswasta	6,8	17,5	0,6	1,5	0,6	1,2	0,4	0,6
Petani/Nelayan/Buruh	6,5	20,3	0,3	1,4	1,2	2,5	0,1	0,4
Lainnya	10,3	22,5	0,8	2,3	0,4	1,9	0,4	0,8
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan								
Kuintil-1	10,3	25,2	0,9	2,2	1,2	1,9	1,9	2,5
Kuintil-2	10,4	25,6	0,6	1,7	0,9	1,3	1,5	1,7
Kuintil-3	9,7	21,6	0,8	1,7	0,7	1,4	1,5	1,8
Kuintil-4	9,8	20,7	0,6	1,5	0,5	1,0	0,8	1,0
Kuintil-5	8,8	20,1	0,6	1,3	0,2	0,7	0,8	0,9

3.4.3. Tifoid, Hepatitis dan Diare

Kasus demam tifoid diperoleh dengan menanyakan apakah pernah didiagnosis tifoid oleh tenaga kesehatan dalam satu bulan terakhir. Responden yang menyatakan tidak pernah, ditanya apakah satu bulan terakhir pernah menderita gejala tifoid, seperti demam sore/malam hari kurang dari satu minggu, sakit kepala, lidah kotor dan tidak bisa buang air besar.

Pada Riskesdas 2007 ini kasus hepatitis yang dideteksi adalah semua kasus hepatitis klinis tanpa mempertimbangkan penyebabnya. Penyakit hepatitis diketahui dengan menanyakan apakah pernah didiagnosis hepatitis oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir. Responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis hepatitis dalam 12 bulan terakhir, ditanyakan apakah dalam kurun waktu tersebut pernah menderita mual, muntah, tidak nafsu makan, nyeri perut sebelah kanan atas, kencing warna air teh, serta kulit dan mata berwarna kuning.

Kasus diare diukur dengan menanyakan apakah responden pernah didiagnosis diare oleh tenaga kesehatan dalam satu bulan terakhir. Responden yang menyatakan tidak pernah, ditanya apakah dalam satu bulan tersebut pernah menderita buang air besar >3 kali sehari dengan kotoran lembek/cair. Responden yang menderita diare ditanya apakah minum oralit atau cairan gula garam.

Tifoid, hepatitis dan diare adalah penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui makanan dan minuman. Dalam 12 bulan terakhir, tifoid klinis di Provinsi DKI Jakarta dapat dideteksi tenaga kesehatan dengan prevalensi 0,9%, tersebar di seluruh wilayah dengan rentang 0,5 – 1,3%. Bila berdasarkan gejala diperhitungkan prevalensi tifoid di DKI menjadi 1,4% dengan prevalensi tifoid tertinggi di Jakarta Timur (2,1%). Sementara prevalensi hepatitis juga terdapat di 5 wilayah DKI dan Kepulauan Seribu, prevalensi 0,6%, kisaran 0,0 - 0,8%, tertinggi di Jakarta Timur dan Jakarta Utara (0,8%). Sedangkan prevalensi diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi DKI Jakarta adalah 8%, dan tersebar merata di seluruh wilayah. Prevalensi di provinsi ini sebesar 8%, tertinggi ditemukan di Jakarta Pusat (10,3%) dan Jakarta Utara (10,2%). Sementara pemakaian oralit di DKI Jakarta kurang dari 50% (36,4%), hanya Jakarta Barat yang pemakaian oralitnya sedikit lebih tinggi (41,4%). Tifoid, hepatitis dan diare ditemukan pada semua kelompok umur. Berdasarkan karakteristik responden, tidak terdapat perbedaan prevalensi yang menonjol berdasarkan usia. Tifoid terutama ditemukan pada kelompok umur usia-sekolah, sedangkan diare pada kelompok balita. Jenis kelamin tidak mempengaruhi prevalensi ke tiga penyakit ini, berbeda dengan pendidikan. Kelompok yang berpendidikan rendah umumnya cenderung memiliki prevalensi lebih tinggi. Namun perlu diperhatikan pada diare, prevalensi tinggi pada kelompok 'tidak tamat SD' Dilihat dari aspek pekerjaan, prevalensi tertinggi tifoid dijumpai pada kelompok 'sekolah', konsisten dengan data pada kelompok umur. Prevalensi diare tertinggi diidentifikasi pada kelompok buruh/nelayan/petani. Hal ini konsisten dengan temuan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tifoid dan diare cenderung lebih tinggi pada rumah tangga dengan tingkat pengeluaran rendah, sedangkan hepatitis tersebar di semua strata tingkat pengeluaran rumah tangga.

Tabel 3.4.3.1
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kepulauan Seribu	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4	8,1	33,3
Jakarta Selatan	0,7	0,9	0,6	0,7	5,6	6,2	38,4
Jakarta Timur	1,0	2,1	0,1	0,8	6,0	8,9	35,2
Jakarta Pusat	0,5	1,0	0,2	0,6	7,0	10,3	30,2
Jakarta Barat	0,9	1,2	0,2	0,2	4,5	6,3	41,4
Jakarta Utara	1,3	1,8	0,4	0,8	6,9	10,2	35,5
DKI Jakarta	0,9	1,4	0,3	0,6	5,8	8,0	36,4

Tabel 3.4.3.2
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik Responden di
Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok Umur (tahun)							
<1	0,0	0,7	0,0	0,0	13,1	16,0	48,9
1 – 4	0,7	1,5	0,3	0,6	15,2	17,2	51,4
5 – 14	1,4	2,1	0,2	0,4	5,9	8,0	40,8
15 – 24	1,4	1,9	0,3	0,7	4,7	6,8	32,3
25 – 34	0,9	1,3	0,2	0,6	4,3	6,1	32,5
35 – 44	0,5	1,0	0,3	0,5	4,3	7,0	30,8
45 – 54	0,7	1,2	0,5	0,8	5,3	7,7	29,3
55 – 64	0,1	0,9	0,4	0,7	4,9	6,8	26,1
65 – 74	0,4	0,9	0,2	1,3	4,9	8,1	18,4
>75	0,6	0,6	0,6	1,2	3,5	5,9	50,0
Jenis Kelamin							
Laki – laki	0,8	1,3	0,3	0,5	5,2	7,3	38,1
Perempuan	1,0	1,6	0,3	0,7	6,4	8,6	35,0
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,8	1,4	0,0	1,2	5,2	7,2	33,3
Tidak tamat SD	1,3	2,1	0,1	0,5	6,6	9,1	36,5
Tamat SD	0,9	1,3	0,4	0,7	5,1	7,2	27,4
Tamat SMP	0,9	1,3	0,4	0,8	4,5	7,3	33,2
Tamat SMA	0,8	1,4	0,3	0,5	4,2	6,1	31,0
Tamat PT	0,6	0,9	0,3	0,8	3,3	5,7	31,0
Pekerjaan							
Tidak kerja	1,0	1,4	0,4	0,7	4,2	6,7	31,8
Sekolah	1,5	2,1	0,2	0,6	5,7	7,8	38,0
Ibu RT	0,5	1,3	0,2	0,7	4,5	6,8	31,0
Pegawai	0,7	0,8	0,3	0,4	3,3	5,1	28,9
Wiraswasta	1,0	1,4	0,5	0,8	5,4	7,7	28,4
Petani/nelayan/buruh	0,6	1,2	0,3	0,5	6,4	8,7	34,1
Lainnya	1,5	1,9	0,0	1,3	4,2	7,6	27,8
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan							
Kuintil -1	0,9	1,6	0,2	0,7	7,7	10,5	36,4
Kuintil -2	1,0	1,4	0,4	0,4	5,2	7,1	36,3
Kuintil -3	1,0	1,6	0,4	0,7	5,1	7,4	39,0
Kuintil -4	0,7	1,2	0,4	0,7	5,4	7,3	32,9
Kuintil -5	1,0	1,4	0,1	0,5	5,6	7,7	36,7

3.5 Penyakit Tidak Menular

3.5.1 Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, Penyakit Keturunan dan Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular

Data penyakit tidak menular (PTM) yang disajikan meliputi penyakit sendi, asma, stroke, jantung, DM, hipertensi, tumor/kanker, gangguan jiwa berat, buta warna, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis, rinitis, talasemia, dan hemofilia dianalisis berdasarkan jawaban responden “pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan” (notasi D pada tabel) atau “mempunyai gejala klinis PTM”. Prevalensi PTM adalah gabungan kasus PTM yang pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan (nakes) dan kasus yang mempunyai riwayat gejala PTM (dinotasikan sebagai DG pada tabel).

Penyakit sendi, hipertensi dan stroke ditanyakan kepada responden umur 15 tahun ke atas, sedangkan PTM lainnya ditanyakan kepada semua responden. Riwayat penyakit sendi, hipertensi, stroke dan asma ditanyakan dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, dan untuk jenis PTM lainnya kurun waktu riwayat PTM adalah selama hidupnya.

Untuk kasus penyakit jantung, riwayat pernah mengalami gejala penyakit jantung dinilai dari 5 pertanyaan dan disimpulkan menjadi 4 gejala yang mengarah ke penyakit jantung, yaitu penyakit jantung kongenital, angina, aritmia, dan dekompensasi kordis. Responden dikatakan memiliki gejala jantung jika pernah mengalami salah satu dari 4 gejala termaksud.

Data hipertensi didapat dengan metode wawancara dan pengukuran tekanan darah. Hipertensi berdasarkan hasil pengukuran/pemeriksaan tekanan darah/tensi, ditetapkan menggunakan alat pengukur tensimeter digital. Tensimeter digital divalidasi dengan menggunakan standar baku pengukuran tekanan darah (spigmomanometer air raksa manual). Pengukuran tensi dilakukan pada responden umur 15 tahun ke atas. Setiap responden diukur tekanan darahnya minimal 2 kali, jika hasil pengukuran ke dua berbeda lebih dari 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ke tiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dihitung reratanya sebagai hasil ukur tekanan darah. Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis *Joint National Committee (JNC) VII 2003*, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.

Kriteria JNC VII 2003 hanya berlaku untuk usia 18 tahun keatas, maka prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tensi dihitung hanya pada penduduk umur 18 tahun ke atas. Mengingat pengukuran tekanan darah dilakukan pada penduduk 15 tahun ke atas maka temuan kasus hipertensi pada usia 15-17 tahun sesuai kriteria JNC VII 2003 akan dilaporkan secara garis besar sebagai tambahan informasi. Selain pengukuran tekanan darah, responden juga diwawancarai tentang riwayat didiagnosis oleh nakes atau riwayat meminum obat anti-hipertensi. Dalam penulisan tabel, kasus hipertensi berdasarkan hasil pengukuran diberi inisial U, kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes diberi inisial D, dan gabungan kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes dengan kasus hipertensi berdasarkan riwayat minum obat hipertensi diberi istilah diagnosis/minum obat dengan inisial DO.

Tabel 3.5.1.1 menunjukkan, 29,3% penduduk DKI Jakarta mengalami gangguan persendian, dan angka ini sedikit lebih rendah dari prevalensi nasional yaitu 30,3%. Sementara prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 15,3%, lebih tinggi dari angka nasional yaitu 14%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi penyakit persendian di DKI Jakarta berkisar antara 21,1% - 36,2%, dan prevalensi di Jakarta Timur ditemukan lebih tinggi dibandingkan Kabupaten/Kota lainnya, sebaliknya Jakarta Barat mempunyai prevalensi paling rendah. Sementara prevalensi penyakit persendian yang telah didiagnosis oleh tenaga

kesehatan berkisar antara 10,1 – 19,8%. Prevalensi tertinggi ditemukan di Kepulauan Seribu, dan prevalensi terendah di Jakarta Barat.

Tabel 3.5.1.1
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi^{*)}, dan Stroke menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	DG	D	DO	U	D	DG
Kepulauan Seribu	19,8	31,1	8,8	9,0	30,0	1,3	2,6
Jakarta Selatan	16,2	27,0	11,1	11,1	31,1	11,8	13,5
Jakarta Timur	18,4	36,2	9,2	9,6	29,4	6,2	8,1
Jakarta Pusat	17,3	32,2	12,6	13,3	35,6	17,4	29,3
Jakarta Barat	10,1	21,1	8,9	9,1	23,8	8,1	1,04
Jakarta Utara	15,5	32,0	10,4	11,5	28,7	8,5	1,13
DKI Jakarta	15,3	29,3	10,1	10,5	28,8	9,4	12,5

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala

D/O = Kasus minum obat atau didiagnosis oleh nakes

U = Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah

*) Penyakit Hipertensi dinilai pada penduduk berumur >=18 tahun

Pada tabel di atas juga dapat dilihat prevalensi hipertensi di DKI Jakarta berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 28,8%. dan hanya berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 10,1%, sementara prevalensi berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 10,5%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan tekanan darah berkisar antara 23,8% - 35,6%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Jakarta Pusat, sedangkan terendah di Jakarta Barat. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 9% - 13,3%. Memperhatikan perbedaan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Kepulauan Seribu. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi masyarakat, baik di Kepulauan Seribu maupun di wilayah lainnya di DKI Jakarta belum ditanggulangi dengan baik.

Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau adanya gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di DKI Jakarta adalah 12,5 per 1000 penduduk. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi stroke berkisar antara 8,1 -29,3‰, dan baik berdasarkan diagnosis maupun gejala, Jakarta Pusat mempunyai prevalensi paling tinggi dibandingkan wilayah lainnya (Tabel 3.5.1.1)

Menurut karakteristik responden DKI Jakarta, pada Tabel 3.5.1.2 dapat dilihat bahwa berdasarkan umur, prevalensi penyakit sendi, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur responden. Menurut jenis kelamin, prevalensi penyakit sendi lebih tinggi pada wanita. Pola prevalensi hipertensi agak berbeda, bahwa prevalensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah nampak lebih tinggi pada pria, sementara berdasarkan diagnosis maupun riwayat minum obat ditemukan lebih tinggi pada wanita. Sedangkan pola prevalensi stroke menurut jenis kelamin nampak tidak ada perbedaan yang berarti.

Pada Tabel 3.5.1.2 juga dapat dilihat bahwa pola prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah. Namun untuk hipertensi dan stroke nampak sedikit meningkat kembali pada tingkat pendidikan tamat PT. Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi pada Ibu Rumah

Tangga ditemukan lebih tinggi dari jenis pekerjaan lain-lain. Sedangkan untuk hipertensi dan stroke, prevalensi ditemukan lebih tinggi pada mereka yang tidak bekerja. Berdasarkan status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita, prevalensi penyakit sendi di DKI Jakarta nampak cenderung lebih tinggi pada tingkat pengeluaran yang rendah (kuintil 1). Sedangkan untuk hipertensi maupun stroke, prevalensi cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan tingkat pengeluaran rumah tangga (Tabel 3.5.1.2).

Tabel 3.5.1.2
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	DG	D	D0	U	D	DG
Umur (tahun)							
15-24	3,9	10,0	1,3	1,3	11,4	0,5	0,5
25-34	9,1	20,1	3,1	3,1	16,6	0,3	0,7
35-44	16,5	33,7	9,4	9,4	28,0	0,3	0,7
45-54	25,8	47,1	17,9	17,9	44,5	1,6	1,8
55-64	29,6	51,1	24,2	24,2	54,2	2,5	2,7
65-74	37,1	55,1	29,6	29,6	67,7	4,7	5,3
75+	46,2	64,2	38,0	38,0	68,2	3,8	6,0
Jenis kelamin							
Laki-Laki	12,5	25,5	8,6	8,9	30,6	1,0	1,3
Perempuan	17,7	32,6	11,4	11,9	27,3	0,9	1,2
Pendidikan							
Tidak Sekolah	31,6	52,6	25,7	26,6	54,2	2,8	3,4
Tidak Tamat SD	28,6	47,2	18,3	18,7	40,6	1,2	1,6
Tamat SD	20,8	38,5	14,3	14,7	36,0	1,2	1,5
Tamat SMP	13,6	27,7	10,3	10,7	29,5	0,5	0,9
Tamat SMA	11,6	23,5	6,1	6,4	22,5	0,7	1,0
Tamat PT	8,5	17,8	7,0	7,3	23,8	1,5	1,8
Pekerjaan							
Tidak Kerja	18,1	29,6	13,2	13,7	34,7	1,9	2,3
Sekolah	2,7	6,9	0,7	0,7	12,6	0,4	0,4
Ibu RT	22,1	40,2	13,5	13,9	30,8	0,7	1,0
Pegawai	9,7	19,8	6,1	6,4	23,0	0,8	1,2
Wiraswasta	15,4	32,1	10,1	10,6	32,2	1,4	1,8
Petani/Nelayan/Buruh	15,5	31,5	6,8	7,1	25,5	0,3	0,5
Lainnya	14,3	29,8	14,5	14,5	35,7	0,7	0,8
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan							
Kuintil-1	17,2	35,1	9,9	10,2	26,3	0,7	0,9
Kuintil-2	16,1	30,7	9,1	9,4	27,7	0,9	1,0
Kuintil-3	15,4	29,1	10,8	11,2	29,2	1,0	1,2
Kuintil-4	14,3	26,8	9,5	10,0	30,2	0,9	1,3
Kuintil-5	14,3	26,6	11,0	11,5	30,5	1,2	1,5

Gambaran prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes melitus dan tumor/kanker menurut kabupaten/kota dapat dilihat pada Tabel 3.5.1.3 Prevalensi penyakit asma

berdasarkan diagnosis maupun gejala ditemukan sebesar 2,9% dari penduduk DKI Jakarta, dan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan saja adalah 2,2%. Di Kepulauan Seribu prevalensi penyakit ini baik berdasarkan diagnosis maupun gejala ditemukan lebih besar dari wilayah lainnya (6,6% dan 5,3%), dan prevalensi paling rendah ditemukan di Jakarta Barat (2,4% dan 1,8%).

Tabel 3.5.1.3
Prevalensi Penyakit Asma, Jantung, Diabetes dan Tumor menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	DG	D	DG	D	DG	D
Kepulauan Seribu	5,3	6,6	0,9	7,6	1,6	1,9	9,3
Jakarta Selatan	2,1	2,7	1,8	8,1	1,8	1,9	11,4
Jakarta Timur	2,6	3,7	1,0	9,1	1,8	2,8	5,5
Jakarta Pusat	2,4	3,2	2,1	11,6	2,7	4,8	10,0
Jakarta Barat	1,8	2,4	0,6	3,3	1,5	1,9	3,8
Jakarta Utara	1,9	2,7	2,0	11,6	1,4	2,8	8,7
DKI Jakarta	2,2	2,9	1,3	8,1	1,8	2,6	7,4

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala

Prevalensi penyakit jantung di DKI Jakarta 8,1%. Sementara prevalensi jantung hanya berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan hanya 1,3%. Hal ini menunjukkan tenaga kesehatan di DKI Jakarta masih kurang sensitif terhadap penyakit jantung. Jakarta Pusat dan Jakarta Utara mempunyai prevalensi jantung lebih besar dari wilayah lainnya (11,6%). Angka tersebut lebih tinggi dari prevalensi jantung secara yaitu nasional (7,2%).

Prevalensi penyakit diabetes adalah 2,6% dari penduduk DKI Jakarta, dan yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan hanya 1,8%. Di Jakarta Pusat prevalensi diabetes ditemukan lebih besar dari wilayah lainnya (4,8%) demikian pula yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan (2,7%). Di Kepulauan Seribu, Jakarta Selatan dan Jakarta Barat prevalensi diabetes ditemukan rendah yaitu 1,9%, namun berdasarkan diagnosis diabetes prevalensi paling rendah ditemukan di Jakarta Utara yaitu 1,4%.

Tumor/kanker di DKI Jakarta ditemukan 7,4 per 1000 penduduk. Prevalensi tersebut lebih tinggi dari prevalensi nasional yaitu 4,3 per 1000 penduduk. Angka tertinggi ditemukan di Jakarta Selatan (11,4‰), dan terendah di Jakarta Barat (3,8‰). Prevalensi yang ditemukan kemungkinan besar lebih rendah dari fakta yang ada di masyarakat, mengingat diagnosis penyakit hanya ditetapkan berdasarkan gejala dan riwayat didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Jika kriteria diagnosis juga ditetapkan berdasarkan pemeriksaan fisik dan biologis, prevalensi yang ditemukan bisa lebih tinggi mengingat penyakit tersebut kurang menimbulkan gejala.

Tabel 3.5.1.4 memperlihatkan gambaran prevalensi asma, jantung, diabetes dan tumor/kanker menurut karakteristik responden. Menurut umur seluruh penyakit tersebut memperlihatkan pola prevalensi yang meningkat sesuai dengan peningkatan umur responden. Gambaran tersebut sesuai dengan karakteristik ke empat penyakit tidak menular tersebut yang merupakan penyakit kronis/menahun. Menurut jenis kelamin, prevalensi penyakit asma, jantung dan tumor/kanker nampak lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Sedangkan prevalensi diabetes lebih banyak pada laki-laki. Menurut pendidikan, prevalensi asma cenderung berbanding terbalik dengan peningkatan tingkat pendidikan. Sedangkan pola prevalensi jantung, diabetes dan tumor/kanker menurut tingkat pendidikan mempunyai pola yang tidak beraturan. Menurut pekerjaan, prevalensi asma ditemukan lebih tinggi pada yang tidak bekerja dari pada

jenis pekerjaan lainnya. Sedangkan prevalensi jantung dan diabetes ditemukan lebih tinggi pada pekerjaan lain-lain. Sementara prevalensi tumor/kanker ditemukan lebih tinggi pada ibu rumah tangga. Gambaran prevalensi asma menurut tingkat pengeluaran keluarga per kapita nampak menurun sesuai dengan peningkatan pengeluaran per kapita. Pola prevalensi jantung menurut tingkat pengeluaran rumah tangga nampak tidak ada perbedaan prevalensi yang berarti. Sementara pola prevalensi diabetes dan tumor/kanker cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.5.1.4
Prevalensi Penyakit Asma, Jantung, Diabetes dan Tumor menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Asma (%)		Jantung(%)		Diabetes(%)		Tumor(%)
	D	DG	D	DG	D	DG	D
Kelompok Umur (tahun)							
<1	1,6	1,6	0,0	2,2	0,0	0,3	0,1
1 – 4	1,1	1,9	0,9	4,5	0,0	0,7	2,5
5 –14	2,2	2,6	0,4	3,5	0,1	0,5	2,7
15 - 24	1,9	2,4	0,4	7,1	0,3	1,1	2,4
25 - 34	1,5	2,1	0,4	7,5	0,6	1,3	6,8
35 - 44	1,8	2,7	1,3	8,9	1,3	2,4	12,2
45 - 54	3,5	4,6	2,7	13,6	4,3	5,4	13,7
55 - 64	3,0	5,1	4,5	14,4	8,7	9,1	11,8
65 - 74	4,2	6,1	6,8	18,2	9,1	11,0	23,0
75+	7,1	8,5	7,1	18,8	13,8	15,3	26,0
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	1,9	2,7	1,2	7,3	1,8	2,7	3,5
Perempuan	2,4	3,2	1,4	8,9	1,8	2,5	11,1
Pendidikan							
Tidak Sekolah	5,7	8,0	2,9	16,1	3,7	5,2	11,1
Tidak Tamat SD	3,2	4,8	1,3	9,1	1,7	2,3	6,8
Tamat SD	2,4	3,1	1,6	10,0	2,1	2,6	8,8
Tamat SMP	2,2	3,0	1,7	9,6	2,0	3,1	8,2
Tamat SMA	1,9	2,5	1,3	7,9	2,0	3,1	8,8
Tamat PT	1,3	1,6	1,5	9,0	3,3	3,9	9,3
Pekerjaan							
Tidak Kerja	3,5	5,0	2,9	11,9	2,7	3,9	2,9
Sekolah	2,3	3,0	0,3	5,5	0,3	0,7	3,2
Ibu RT	2,7	3,6	1,8	10,7	2,7	3,6	14,8
Pegawai	1,4	1,7	1,5	7,0	2,0	2,7	9,4
Wiraswasta	2,1	3,2	1,4	10,5	2,8	3,9	10,7
Petani/Nelayan/Buruh	1,3	2,2	0,7	9,1	0,7	1,4	1,4
Lainnya	2,9	3,8	3,2	12,5	6,1	7,2	7,6
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan							
Kuintil-1	3,0	4,0	1,4	8,8	1,2	2,1	6,4
Kuintil- 2	1,7	2,4	1,1	8,0	1,2	2,1	5,9
Kuintil-3	1,9	2,6	1,4	8,5	1,8	2,8	4,2
Kuintil-4	2,2	2,8	1,4	8,0	1,9	2,6	6,0
Kuintil-5	2,0	2,9	1,7	8,0	2,7	3,5	13,5

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes D/G= Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

Tabel 3.5.1.5
Prevalensi(%) Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rinitis, Thalassemia, Hemofili menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Gangguan Jiwa	Buta warna	Glaukoma	Sumbing	Dermatits	Rinitis	Thalassemia	Hemofilia
Kepulauan Seribu	9,3	12,6	0	3,4	75,7	10,9	4,2	4,2
Jakarta Selatan	33,6	47,4	23,4	18,2	117,4	36,7	25,3	20,3
Jakarta Timur	18,7	21,2	20,1	2,8	140,8	35,7	20,1	3,8
Jakarta Pusat	45,9	35,2	61,4	30,9	112,7	98,3	10,0	23,3
Jakarta Barat	0,3	10,0	0	3,8	45,8	19,8	3,0	2,3
Jakarta Utara	17,7	24,4	10,5	31,1	80,3	32,6	0	5,8
DKI Jakarta	20,2	24,3	18,5	13,9	100,0	37,7	12,3	9,5

Tabel 3.5.1.5 memperlihatkan gambaran prevalensi gangguan jiwa, buta warna, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis, rhinitis, thalasemia, dan hemofilia di DKI Jakarta dan gambaran menurut kabupaten/kota. Gangguan jiwa berat di DKI Jakarta ditemukan sebesar 20,2 per 1000 penduduk. Angka ini jauh lebih tinggi dari angka nasional yaitu 4,6 per 1000 penduduk. Jakarta Pusat mempunyai prevalensi gangguan jiwa berat lebih tinggi dari wilayah lainnya yaitu 45,9 per 1000 penduduk.

Prevalensi buta warna di DKI Jakarta ditemukan sebesar 24,3 per 1000 penduduk, angka ini lebih tinggi dari prevalensi nasional yaitu 7,4 per 1000 penduduk. Menurut wilayah prevalensi buta warna tertinggi ditemukan di Jakarta Selatan yaitu 47,4 per 1000 penduduk. Sementara prevalensi glaukoma di DKI Jakarta ditemukan sebesar 18,5 per 1000 penduduk, dan angka ini lebih tinggi dari angka nasional yaitu 4,6 per 1000 penduduk. Dan Jakarta Pusat mempunyai prevalensi glaukoma lebih tinggi dari wilayah lainnya yaitu 61,4 per 1000 penduduk. Sedangkan prevalensi bibir sumbing di DKI Jakarta ditemukan sebesar 13,9 per 1000 penduduk. Menurut wilayah prevalensi buta warna tertinggi ditemukan di Jakarta Selatan yaitu 30,9 per 1000 penduduk.

Prevalensi gangguan jiwa berat, buta warna, glaukoma di DKI Jakarta ditemukan jauh lebih tinggi dari angka nasional kemungkinan disebabkan karakteristik penyakit tersebut yang memerlukan keahlian spesialistik dalam diagnosisnya. Sarana pelayanan kesehatan spesialistik di DKI Jakarta lebih lengkap dibanding provinsi lainnya demikian pula akses penduduk terhadap tenaga kesehatan spesialistik lebih baik. Sehingga kasus yang terdektesi dan penduduk mengetahui penyakit yang dideritanya lebih banyak. Namun demikian sangat tingginya prevalensi gangguan jiwa berat di Jakarta Pusat (45,9‰), dan sangat rendahnya prevalensi di Jakarta Barat (0,3‰) perlu diteliti lebih lanjut.

Penyakit dermatitis di DKI Jakarta ditemukan sebesar 100 per 1000 penduduk, rinitis 37,7 per 1000 penduduk, thalassemia 12,3 per 1000 penduduk, dan hemofili 9,5 per 1000 penduduk. Prevalensi penyakit tersebut di DKI Jakarta ditemukan lebih besar dari prevalensi nasional yaitu 67,8‰ untuk dermatitis, 24,3‰ untuk rinitis, 1,5‰ untuk thalassemia, dan 1,3‰ untuk hemofili. Menurut kabupaten/kota, prevalensi dermatitis tertinggi ditemukan di Jakarta Timur yaitu 140,7 per 1000 penduduk, prevalensi rinitis tertinggi ditemukan di Jakarta Pusat yaitu 98,3 per 1000 penduduk, prevalensi thalassemia tertinggi ditemukan di Jakarta Selatan yaitu 25,3 per 1000 penduduk, dan

prevalensi hemofili tertinggi juga ditemukan di Jakarta Selatan yaitu 20,3 per 1000 penduduk.

3.5.2 Gangguan Mental Emosional

Di dalam kuesioner Riskesdas, pertanyaan mengenai kesehatan mental terdapat di dalam kuesioner individu F01 –F20. Kesehatan mental dinilai dengan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan SRQ diberikan kepada anggota rumah tangga (ART) yang berusia ≥ 15 tahun. Ke-20 butir pertanyaan ini mempunyai pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Nilai batas pisah yang ditetapkan pada survei ini adalah 5/6 yang berarti apabila responden menjawab minimal 6 atau lebih jawaban “ya”, maka responden tersebut diindikasikan mengalami gangguan mental emosional. Nilai batas pisah tersebut sesuai penelitian uji validitas yang pernah dilakukan Hartono, Badan Litbangkes, 1995.

Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila terus berlanjut. SRQ memiliki keterbatasan karena hanya mengungkap status emosional individu sesaat (± 30 hari) dan tidak dirancang untuk diagnostik gangguan jiwa secara spesifik. Dalam Riskesdas 2007 pertanyaan dibacakan petugas wawancara kepada seluruh responden.

Pada Tabel 3.5.2.1 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur ≥ 15 tahun, terlihat prevalensi Gangguan Mental Emosional di DKI Jakarta adalah 14,1%, angka ini lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional (11,6%). Menurut wilayah, prevalensi tertinggi ditemukan di Jakarta Pusat (23,0%), dan terendah di Jakarta Selatan (11%).

Pada Tabel 3.5.2.2 terlihat prevalensi gangguan mental emosional di DKI Jakarta telah ditemukan tinggi pada usia 45 - 54 tahun yaitu 16,1%, menurun pada usia 55 - 64 tahun, kemudian cenderung meningkat pada usia lebih tua di atasnya. Menurut jenis kelamin, perempuan nampak mempunyai prevalensi gangguan mental emosional lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Sedangkan menurut pendidikan pola prevalensi ditemukan berbanding terbalik yaitu menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan responden. Sementara menurut pekerjaan, prevalensi ditemukan tinggi pada mereka yang tidak bekerja. Menurut tingkat pengeluaran RT per kapita, pola prevalensi gangguan mental emosional di DKI Jakarta juga mempunyai pola berbanding terbalik, yaitu menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pengeluaran per kapita.

Keterbatasan SRQ hanya dapat mengungkap gangguan mental emosional atau distress emosional sesaat. Individu yang dengan alat ukur ini dinyatakan mengalami gangguan mental emosional akan lebih baik dilanjutkan dengan wawancara psikiatri dengan dokter spesialis jiwa untuk menentukan ada tidaknya gangguan jiwa yang sesungguhnya serta jenis gangguan jiwanya.

Tabel 3.5.2.1
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur ≥ 15
Tahun (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut
Kabupaten/Kota Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Gangguan Mental Emosional
Kepulauan Seribu	14,3
Jakarta Selatan	11,0
Jakarta Timur	16,6
Jakarta Pusat	23,0
Jakarta Barat	11,0
Jakarta Utara	14,0
DKI Jakarta	14,1

*Nilai Batas Pisah (Cut off Point) ≥ 6

Tabel 3.5.2.2
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur ≥15 Tahun (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Gangguan Mental Emosional
Kelompok Umur (tahun)	
15-24	13,6
25-34	12,4
35-44	13,7
45-54	16,1
55-64	12,5
65-74	18,5
75+	30,6
Jenis Kelamin	
Laki-laki	10,2
Perempuan	17,4
Pendidikan	
Tidak sekolah	24,8
Tidak tamat SD	22,8
Tamat SD	16,9
Tamat SD	15,0
Tamat SMA	11,5
Tamat PT	7,4
Pekerjaan	
Tidak kerja	18,1
Sekolah	12,4
Ibu RT	17,7
Pegawai	7,5
Wiraswasta	14,2
Petani/nelayan/buruh	15,1
Lainnya	15,0
Tingkat Pengeluaran per Kapita	
Kuintil-1	18,9
Kuintil-2	15,9
Kuintil-3	13,9
Kuintil-4	12,1
Kuintil-5	10,9

*Nilai Batas Pisah (Cut off Point) ≥ 6

3.5.3 Penyakit Mata

Data yang dikumpulkan untuk mengetahui indikator kesehatan mata meliputi pengukuran tajam penglihatan menggunakan kartu Snellen (dengan atau tanpa *pin-hole*), riwayat glaukoma, riwayat katarak, operasi katarak, dan pemeriksaan segmen anterior mata menggunakan *pen-light*.

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus pada responden berusia enam tahun ke atas (Tabel 3.5.3.1). Prevalensi katarak dihitung berdasarkan jawaban responden berusia 30 tahun ke atas sesuai empat butir pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner individu. Notasi D pada tabel 3.5.3.3 dan 3.5.3.4 adalah Persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir, sedangkan DG adalah Persentase D ditambah Persentase responden yang mempunyai gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau), tetapi tidak pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Persentase riwayat operasi katarak didapatkan dari responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak dan pernah menjalani operasi katarak dalam 12 bulan terakhir.

Keterbatasan pengumpulan data visus adalah tidak dilakukannya koreksi visus, tetapi dilakukan pemeriksaan visus tanpa *pin-hole*, dan jika visus lebih kecil dari 20/20 dilanjutkan dengan *pin-hole*. Keterbatasan pada pengumpulan data katarak adalah kemampuan pengumpul data (*surveyor*) yang bervariasi dalam menilai lensa mata menggunakan alat bantu *pen-light*, sehingga pemakaian lensa intra-okular pada responden yang mengaku telah menjalani operasi katarak tidak dapat dikonfirmasi. Hasil analisis di Provinsi DKI akan dilaporkan sebagai berikut.

Tabel 3.5.3.1
. Prevalensi *Low Vision* dan Kebutuhan Pada Penduduk 6 Tahun ke Atas (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	<i>Low vision</i> *	Kebutuhan**
Kepulauan Seribu	3,7	1,4
Jakarta Selatan	2,7	0,2
Jakarta Timur	3,6	0,8
Jakarta Pusat	6,7	0,9
Jakarta Barat	2,6	0,3
Jakarta Utara	4,2	0,7
DKI Jakarta	3,5	0,5

Catatan: *)Kisaran visus: $3/60 \leq X < 6/18$ (20/60) pada mata terbaik

**)Kisaran visus $< 3/60$ pada mata terbaik

Prevalensi *low vision* di Provinsi DKI Jakarta 3,5%, angka ini lebih rendah dari angka nasional (4,8%). Menurut kabupaten/kota prevalensi berkisar antara 2,6% (Jakarta Barat) sampai 6,7% (Jakarta Pusat). Sedangkan prevalensi kebutaan di DKI Jakarta 0,5%, lebih rendah dari prevalensi kebutaan nasional yaitu 0,9%. Kepulauan Seribu mempunyai prevalensi lebih tinggi (1,4%) dari wilayah lainnya, dan prevalensi kebutaan terendah ditemukan di Jakarta Selatan. Mempertimbangkan bahwa keadaan *low vision* dan kebutaan akan mengakibatkan seseorang kehilangan kemandirian untuk menjalankan aktivitas sehari-hari, maka DKI Jakarta perlu melakukan penanganan khusus untuk memberikan koreksi penglihatan maksimal bagi penderita *low vision* dan kebutaan dengan penyebab yang dapat diperbaiki. Hal ini tampaknya cukup esensial

guna mengembalikan kemampuan penderita dalam upaya memenuhi kebutuhan hidup pribadi dan keluarganya.

Menurut karakteristik responden, umur terbanyak menderita *low vision* dan kebutaan adalah pada usia ≥ 75 tahun dan semakin tinggi usia, semakin besar pula Persentase penderita *low vision* dan kebutaan. Menurut jenis kelamin, penderita wanita lebih banyak dari pada pria dan terbanyak pada subyek yang tidak sekolah. Dan berdasarkan pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan, prevalensi *low vision* dan kebutaan cenderung berkurang. Menurut tingkat pengeluaran RT perkapita, kebutaan terbanyak terjadi pada kuintil 1 sementara *low vision* terbanyak pada kuintil 4 (Tabel 3.5.3.2). Penduduk DKI yang dapat kehilangan kemandirian akibat *low vision* dan kebutaan nampak mempunyai keterbatasan pendidikan dan pekerjaan/penghasilan, menyebabkan akan timbulnya kebergantungan mereka kepada orang lain, baik secara fisik maupun finansial, yang makin memperberat beban keluarga, sehingga membutuhkan perhatian dan penanganan khusus dari sektor terkait.

Tabel 3.5.3.2
Prevalensi *Low Vision* dan Kebutaan Pada Penduduk 6 Tahun ke Atas (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	<i>Low vision</i> *(%)	Kebutaan** (%)
Kelompok Umur (tahun)		
6 – 14	0,4	0,0
15 – 24	1,2	0,2
25 – 34	1,7	0,1
35 – 44	2,9	0,3
45 – 54	5,3	0,7
55 – 64	11,4	0,9
65 – 74	21,6	4,4
75+	32,2	12,7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	2,9	0,5
Perempuan	4,1	0,6
Lama Pendidikan		
Tidak sekolah	13,3	5,1
Tidak tamat SD	4,3	0,8
Tamat SD	4,7	0,7
Tamat SMP	3,7	0,3
Tamat SMA	2,6	0,2
Perguruan Tinggi	2,7	0,2
Pekerjaan		
Tidak bekerja	6,6	2,3
Sekolah	0,4	0
Mengurus RT	5,6	0,7
Pegawai (Negeri, Swasta, POLRI)	2,3	0,1
Wiraswasta	3,9	0,5
Petani/ nelayan/ buruh	3,1	0,2
Lainnya	8,9	0,3
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	3,5	0,7
Kuintil-2	2,8	0,4
Kuintil-3	3,9	0,4
Kuintil-4	4,0	0,5
Kuintil-5	3,5	0,4

Catatan: *)Kisaran visus: $3/60 \leq X < 6/18$ (20/60) pada mata terbaik

**)Kisaran visus $< 3/60$ pada mata terbaik

Tabel 3.5.3.3
Prevalensi Katarak Pada Penduduk 30 Tahun ke Atas menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	D (%)	DG (%)
Kepulauan Seribu	2,7	20,3
Jakarta Selatan	2,6	6,7
Jakarta Timur	2,4	9,2
Jakarta Pusat	6,1	19,3
Jakarta Barat	2,1	7,5
Jakarta Utara	2,8	16,8
DKI Jakarta	2,9	10,5

Penduduk usia 30 tahun keatas di DKI Jakarta yang pernah didiagnosis katarak adalah 2,9%, lebih rendah dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) dalam 12 bulan terakhir yaitu 10,5%. Angka ini lebih tinggi dibandingkan angka Nasional (1,8%). Menurut kabupaten/kota, Kepulauan Seribu mempunyai prevalensi katarak paling tinggi dibandingkan wilayah lainnya, sementara yang telah didiagnosis tenaga hanya sebagian kecil (2,7%). Fakta ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh nakes di hampir semua wilayah DKI Jakarta (3.5.3.3). Pemerintah daerah (Pemda) selayaknya memikirkan strategi khusus untuk dapat menjaring penderita katarak secara aktif, terutama yang sudah mengalami gangguan penglihatan *low vision* dan kebutaan untuk menjalani rehabilitasi berupa operasi katarak yang prosedur penatalaksanaan dan pembiayaannya mungkin juga memerlukan dukungan penuh dari Pemda dan sektor terkait lainnya.

Tabel 3.5.3.4
Prevalensi Katarak Pada Penduduk 30 Tahun ke Atas menurut
Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	D (%)	DG (%)
Kelompok Umur (tahun)		
30 – 34	0,7	3,7
35 – 44	0,9	6,5
45 – 54	1,8	10,1
55 – 64	5,7	18,3
65 – 74	12,3	28,6
75+	23,0	40,8
Jenis Kelamin		
Laki-laki	2,5	9,1
Perempuan	3,1	11,7
Lama Pendidikan		
≤ 6 tahun	15,5	15,5
7-12 tahun	8,0	8,0
>12 tahun	5,6	5,6
Pekerjaan		
Tidak bekerja	8,2	20,7
Mengurus RT	2,3	10,9
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	2,1	5,3
Wiraswasta	2,7	10,2
Petani/ nelayan/ buruh	0,5	10,8
Lainnya	5,1	11,2
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	1,7	10,4
Kuintil-2	2,2	10,1
Kuintil-3	3,2	10,1
Kuintil-4	3,1	10,0
Kuintil-5	3,3	10,7

Berdasarkan karakteristik responden pada Tabel 3.5.3.4 dapat dilihat meningkatnya prevalensi katarak sesuai peningkatan umur responden. Laki-laki mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan perempuan. Pola prevalensi katarak menurut pendidikan berbanding terbalik, prevalensi nampak menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan responden. Menurut pekerjaan, prevalensi katarak tinggi pada mereka yang tidak bekerja dibanding jenis pekerjaan lainnya. Sementara berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga, pola prevalensi katarak tidak mempunyai perbedaan yang berarti.

Seperti halnya *low vision* dan kebutaan, Persentase diagnosis katarak oleh nakes lebih besar pada penduduk dengan latar pendidikan 6 tahun atau kurang dan pada kelompok penduduk yang tidak bekerja. Hal tersebut mungkin berkaitan dengan meningkatnya berbagai program penjangkaran kasus katarak secara gratis dan massal yang dikelola oleh organisasi profesi (dokter ahli mata) bekerja sama dengan berbagai sarana pemerintah (pemanfaatan ASKESKIN), maupun swasta (rumah sakit, organisasi/yayasan sosial). Persentase diagnosis katarak oleh nakes yang masih sangat

rendah mungkin juga berhubungan dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kesehatan matanya, meskipun mereka telah mengalami gejala gangguan penglihatan. Besarnya Persentase penduduk yang bekerja di sektor informal juga dapat mengakibatkan persepsi negatif bahwa untuk bisa beraktivitas/bekerja sehari-hari, misalnya sebagai ibu rumah tangga, petani, atau nelayan, masyarakat tidak memerlukan tajam penglihatan yang maksimal.

Tabel 3.5.3.5

Prevalensi Operasi Katarak Pada Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dan Persentase Memakai Kacamata Setelah Operasi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Operasi Katarak (%)	Pakai Kacamata Pasca Operasi (%)
Kepulauan Seribu	3,6	100,0
Jakarta Selatan	22,4	44,4
Jakarta Timur	31,4	50,0
Jakarta Pusat	37,3	78,1
Jakarta Barat	20,5	85,7
Jakarta Utara	18,2	42,9
DKI Jakarta	27,0	62,3

Penduduk 30 tahun ke atas yang melakukan operasi katarak dalam 12 bulan terakhir di DKI Jakarta adalah 27,0%. Angka menurut kabupaten/kota mempunyai kisaran terendah di Kepulauan Seribu (3,6%) dan tertinggi di Jakarta Pusat (37,3%). Cakupan operasi ini masih rendah. Perlu kajian lebih lanjut untuk mengidentifikasi faktor-faktor penyebab rendahnya cakupan operasi katarak di tingkat kabupaten dan provinsi sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan kebijakan di bidang kesehatan, khususnya untuk mengatasi masalah *low vision* dan kebutaan akibat katarak.

Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di DKI Jakarta adalah sebesar 62,3% dari kasus yang telah melakukan operasi katarak. Menurut kabupaten/kota, Jakarta Selatan mempunyai Persentase pakai kaca mata terendah (44,4%), dan Kepulauan Seribu tertinggi yaitu mencapai 100%. Pemberian kacamata operasi bertujuan mengoptimalkan tajam penglihatan jarak jauh maupun jarak dekat pasca operasi katarak, sehingga tidak semua penderita pasca operasi merasa memerlukan kacamata untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Rendahnya penggunaan kaca mata pasca operasi kemungkinan karena hasil operasi katarak cukup baik, sehingga visus pasca operasi mendekati normal dan penderita tidak memerlukan kacamata pasca operasi.

Pada Tabel 3.5.3.6 dapat dilihat penduduk yang melakukan operasi katarak meningkat sesuai dengan bertambahnya umur. Namun yang menggunakan kacamata pasca operasi, polanya tidak beraturan. Hal ini semakin menunjukkan bahwa penggunaan kaca mata memang sangat bergantung dengan hasil operasi. Menurut jenis kelamin, Persentase operasi katarak pada perempuan cenderung lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki. Hal ini sesuai dengan temuan Riskesdas 2007 yaitu kasus katarak pada perempuan di DKI Jakarta memang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Sebaliknya yang menggunakan kaca mata lebih tinggi pada laki-laki.

Di DKI Jakarta, Persentase operasi katarak menurun dengan meningkatnya pendidikan, sementara penggunaan kaca mata berbanding terbalik yaitu meningkat sesuai dengan peningkatan pendidikan. Menurut pekerjaan operasi katarak lebih tinggi pada penduduk yang tidak bekerja, dan penggunaan kaca mata lebih tinggi pada petani/nelayan/buruh. Sedangkan menurut ekonomi nampak pola operasi katarak tidak beraturan, namun

penggunaan kaca mata cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya pengeluaran per kapita.

Tabel 3.5.3.6
Prevalensi Operasi Katarak Pada Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dan
Persentase Memakai Kacamata Setelah Operasi menurut Karakteristik di
Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Operasi Katarak (%)	Pakai Kacamata Pasca Operasi (%)
Kelompok Umur (tahun)		
35 – 44	1,0	0,0
45 – 54	2,3	88,9
55 – 64	2,2	31,1
65 – 74	2,8	70,9
75+	6,5	79,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	2,4	67,5
Perempuan	2,6	59,3
Lama Pendidikan		
≤ 6 tahun	2,6	55,2
7 – 12 tahun	2,4	63,1
≥ 12 tahun	2,3	100,0
Pekerjaan		
Tidak bekerja	4,5	62,8
Ibu rumah tangga	2,2	57,2
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	2,4	63,5
Wiraswasta	2,1	64,4
Petani/ nelayan/ buruh	2,6	100,0
Lainnya	2,4	55,7
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	2,3	50,4
Kuintil-2	2,0	48,7
Kuintil-3	2,9	67,1
Kuintil-4	2,6	68,2
Kuintil-5	2,4	69,0

3.5.4 Kesehatan Gigi

Untuk mencapai target pencapaian pelayanan kesehatan gigi 2010, telah dilakukan berbagai program, baik promotif, preventif, protektif, kuratif maupun rehabilitatif. Berbagai indikator dan target telah ditentukan WHO, antara lain anak umur 5 tahun 90% bebas karies, anak umur 12 tahun mempunyai tingkat keparahan kerusakan gigi (indeks DMF-T) sebesar 1 (satu) gigi; penduduk umur 18 tahun bebas gigi yang dicabut (komponen M=0); penduduk umur 35-44 tahun memiliki minimal 20 gigi berfungsi sebesar 90%, dan penduduk umur 35-44 tanpa gigi (*edentulous*) $\leq 2\%$; penduduk umur 65 tahun ke atas masih mempunyai gigi berfungsi sebesar 75% dan penduduk tanpa gigi $\leq 5\%$.

Terdapat lima langkah program indikator terkait penilaian keberhasilan program dan pencapaian target gigi sehat 2010, yaitu:

Sehat/ Promotif	Rawan (Protektif)	Laten/Deteksi Dini Dan Terapi	Sakit/ Kuratif	Cacat/ Rehabilitatif
Prevalensi	Insiden	% <i>dentally Fit</i>	% keluhan	% 20 gigi berfungsi
% <i>caries free</i> 5th	<i>Expected incidence</i>	PTI	% <i>dentally fit</i>	% edentulous
DMF-T 12 th	Trend DMF-T menurut umur	RTI	PTI	% protesa
DMF-T 15 th		MI	RTI	
DMF-T 18 th		<i>CPITN</i>	MI	

Performed Treatment Index (PTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang ditumpat terhadap angka DMF-T. PTI menggambarkan motivasi dari seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap

Required Treatment Index (RTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang karies terhadap angka DMF-T. RTI menggambarkan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan.

Dalam Riskesdas 2007 ini dikumpulkan berbagai indikator kesehatan gigi-mulut masyarakat, baik melalui wawancara maupun pemeriksaan gigi-mulut. Wawancara dilakukan terhadap semua kelompok umur, meliputi data masyarakat yang bermasalah gigi-mulut, perawatan yang diterima dari tenaga medis gigi, hilang seluruh gigi asli, jenis perawatan yang diterima dari tenaga medis gigi, dan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi. Pemeriksaan gigi-mulut dilakukan pada kelompok umur 12 tahun ke atas dengan menggunakan instrumen genggam (kaca mulut dan senter).

Tabel 3.5.4.1 menggambarkan prevalensi penduduk dengan masalah gigi-mulut dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi dalam 12 bulan terakhir menurut kabupaten di DKI Jakarta.

Prevalensi penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir adalah 23,0%, dan terdapat 0,6% penduduk DKI yang telah kehilangan seluruh gigi aslinya. Dari penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut terdapat 39,5% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi.

Kabupaten/Kota dengan masalah gigi-mulut tinggi adalah Jakarta Timur (26,3%), Kepulauan Seribu (26,2%) dan Jakarta Pusat (25,8%). Dari yang mengalami masalah gigi-mulut, Kabupaten/Kota dengan persentase yang menerima perawatan/pengobatan

gigi dari tenaga kesehatan gigi tertinggi di Jakarta Barat (41,7%) dan terendah di Jakarta Utara (39,1%). Meskipun prevalensi penduduk yang mengalami hilang seluruh gigi asli terlihat relatif kecil 0,6%, namun terlihat tinggi di Kepulauan Seribu (1,7%).

Tabel 3.5.4.1
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Bermasalah Gigi – Mulut	Menerima Perawatan dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
Kepulauan Seribu	26,2	40,5	1,7
Jakarta Selatan	21,0	35,6	0,4
Jakarta Timur	26,3	40,9	0,8
Jakarta Pusat	25,8	40,1	0,8
Jakarta Barat	19,1	41,7	0,5
Jakarta Utara	24,4	39,1	0,4
DKI Jakarta	23,0	39,5	0,6

Prevalensi masalah gigi-mulut bervariasi menurut karakteristik responden (Tabel 3.5.4.2). Prevalensi kehilangan gigi asli menunjukkan kecenderungan menurut umur. Semakin tinggi umur, semakin meningkat prevalensi kehilangan gigi asli. Pada umur 65 tahun ke atas prevalensi kehilangan gigi asli paling tinggi yaitu 9,4%, jauh di atas target WHO 2010. Masalah gigi-mulut menurut umur paling tinggi pada kelompok umur 45-54 tahun (30,1%), diikuti dengan 55-64 tahun (27,6%), 5-9 tahun (26,6%). Demikian juga yang menerima perawatan/pengobatan gigi tidak menunjukkan pola yang jelas menurut umur.

Menurut jenis kelamin, prevalensi masalah gigi-mulut dan yang menerima perawatan/pengobatan gigi sedikit lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Sedangkan persentase penduduk yang mengalami kehilangan seluruh gigi asli tidak tampak perbedaan menurut jenis kelamin.

Prevalensi masalah gigi-mulut ini tidak menunjukkan hubungan dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.5.4.2
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik
Responden, Riskesdas 2007

Karakteristik	Bermasalah Gigi - Mulut	Menerima Perawatan dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
Kelompok Umur (Tahun)			
< 1	1,9	33,7	0,0
1 - 4	9,1	33,1	0,0
5 - 9	26,6	44,0	0,0
10 - 14	21,8	37,8	0,0
15 - 24	20,9	32,9	0,1
25 - 34	23,6	39,4	0,0
35 - 44	26,0	42,0	0,2
45 - 54	30,1	42,7	0,5
55 - 64	27,6	43,4	2,3
65+	19,1	30,5	9,4
Jenis Kelamin			
Laki-laki	21,6	37,4	0,6
Perempuan	24,3	41,3	0,6
Tipe Daerah			
Perkotaan	23,0	39,5	0,6
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	24,3	32,2	0,5
Kuintil-2	23,5	36,1	0,4
Kuintil-3	22,8	37,4	0,6
Kuintil-4	23,5	47,8	0,7
Kuintil-5	21,6	46,0	0,7

Tabel 3.5.4.3 menggambarkan jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir menurut kabupaten/kota. Tabel tersebut menunjukkan jenis perawatan yang paling banyak diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut, adalah 'pengobatan' (74,5%), disusul 'penambalan/pencabutan/bedah gigi' (54,3%). Konseling perawatan/ kebersihan gigi dan pemasangan gigi tiruan lepasan atau gigi tiruan cekat relatif kecil, masing-masing sebesar 16,4% dan 4,0%

Pengobatan paling tinggi di Kepulauan Seribu (96,0%), dan terendah di Jakarta Pusat (71,2%). Penambalan/pencabutan/bedah gigi tertinggi di Jakarta Selatan (56,0%) dan terendah di Kepulauan Seribu (23,8%). Pemasangan gigi tiruan lepas/cekat dan konseling perawatan/ kebersihan gigi tertinggi di Jakarta Pusat (5,6% dan 24,7%).

Tabel 3.5.4.3
Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut
Jenis Perawatan dan Provinsi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Peng-Obatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah Gigi/ Mulut	Pemasangan Gigi Tiruan Lepasan/Gigi Tiruan Cekat	Konseling Perawatan/ Kebersihan Gigi	Lain nya
Kepulauan Seribu	96,0	23,8	4,8	19,0	3,2
Jakarta Selatan	72,0	56,0	3,7	9,9	6,6
Jakarta Timur	68,1	55,2	4,2	18,4	5,5
Jakarta Pusat	71,2	47,9	5,6	24,7	7,6
Jakarta Barat	86,0	54,8	3,7	14,3	1,1
Jakarta Utara	76,8	54,9	3,0	17,1	2,4
DKI Jakarta	74,5	54,3	4,0	16,4	4,5

Tabel 3.5.4.4 menjelaskan jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir menurut jenis perawatan/pengobatan yang diterima dalam 12 bulan terakhir dan karakteristik responden.

Tabel 3.5.4.4 menunjukkan tidak ada pola yang jelas jenis perawatan gigi yang diterima menurut kelompok umur. Tetapi ada kecenderungan, semakin meningkat umur, semakin besar persentase yang melakukan penambalan/pencabutan/bedah gigi dan pemasangan gigi tiruan lepasan/gigi tiruan cekat. Pemasangan gigi tiruan sudah ditemui pada kelompok umur anak sekolah, dan mulai umur 65 tahun ke atas persentase melakukan semua perawatan (pengobatan, penambalan/ pencabutan/ bedah mulut, pemasangan gigi tiruan lepas/ cekat dan konseling perawatan/ kebersihan gigi) mengalami penurunan.

Menurut jenis kelamin, perempuan lebih banyak yang memanfaatkan pengobatan dibandingkan laki-laki. Sedangkan pada penambalan/ pencabutan/ bedah mulut terjadi sebaliknya. Tampak persentase penduduk yang mendapatkan jenis perawatan menunjukkan variasi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Terutama pada perawatan penambalan/ pencabutan/ bedah mulut, ada kecenderungan semakin meningkat dengan meningkatnya tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita per bulan.

Tabel 3.5.4.4
Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut
Jenis Perawatan dan Karakteristik Responden,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Pengobatan	Penambalan/Pe- n- cabutan/Bedah Mulut	Pemasangan Gigi Tiruan Lepasan/Gigi Tiruan Cekat	Konseling Perawatan/Kebe- rsihan Gigi	Lainnya
Kelompok Umur (Tahun)					
< 1	33,0	67,0	0,0	0,0	0,0
1 - 4	78,9	11,8	0,0	19,8	4,1
5 - 9	73,4	47,3	0,7	22,8	1,1
10 – 14	76,9	55,8	0,0	12,3	5,9
15 – 24	71,0	56,9	2,3	15,9	3,5
25 – 34	78,3	53,7	2,3	14,3	4,0
35 – 44	78,8	54,9	1,9	15,8	6,2
45 – 54	76,5	62,3	7,8	17,2	7,1
55 – 64	63,2	57,1	15,0	17,0	3,2
65+	47,6	52,6	13,4	10,2	1,7
Jenis Kelamin					
Laki-laki	73,0	56,8	3,6	16,2	4,4
Perempuan	75,6	52,4	4,2	16,5	4,5
Tipe Daerah					
Perkotaan	74,5	54,3	4,0	16,4	4,5
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan					
Kuintil-1	76,1	49,0	2,5	11,8	2,7
Kuintil-2	79,1	53,0	2,9	12,7	4,3
Kuintil-3	76,2	53,2	2,7	16,0	2,8
Kuintil-4	68,9	55,9	5,3	15,5	4,1
Kuintil-5	73,3	59,3	5,3	22,0	8,6

Tabel 3.5.4.5 menggambarkan perilaku penduduk umur 10 tahun ke atas yang berkaitan dengan kebiasaan menggosok gigi, dan kapan waktu menggosok gigi dilakukan.

Tabel tersebut menunjukkan sebagian besar (98,5%) penduduk DKI Jakarta umur 10 tahun ke atas mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari. Dari mereka yang menggosok gigi setiap hari, sebagian besar dilakukan pada saat mandi pagi dan atau sore (95,8%). Hanya sedikit yang melakukannya pada saat setelah makan pagi (12,0%) dan kurang dari separuh penduduk mengaku melakukan sebelum tidur malam hari (42,5%).

Kabupaten/Kota dengan persentase tertinggi dalam hal kebiasaan menggosok gigi setiap hari, yaitu Jakarta Barat (99,2%), sedangkan yang terendah atau di bawah rerata persentase penduduk DKI adalah Kepulauan Seribu (95,4%).

Tabel 3.5.4.5
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Gosok Gigi Setiap Hari	Waktu Menggosok Gigi				
		Saat Mandi Pagi/Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lain Nya
Kepulauan Seribu	95,4	97,3	10,0	21,9	27,6	3,2
Jakarta Selatan	98,2	94,4	9,2	28,8	42,0	2,8
Jakarta Timur	98,3	96,8	14,6	24,8	41,8	5,3
Jakarta Pusat	97,9	91,8	13,0	29,8	51,5	5,1
Jakarta Barat	99,2	97,1	11,4	20,1	41,2	2,9
Jakarta Utara	98,5	96,2	11,8	23,0	41,1	2,2
DKI Jakarta	98,5	95,8	12,0	24,8	42,5	3,6

Kabupaten/Kota dengan persentase tertinggi menggosok gigi saat sesudah makan pagi adalah Jakarta Timur (14,6%), dan terendah di Jakarta Selatan (9,2%). Sedangkan Kabupaten/Kota dengan persentase tinggi menggosok gigi sebelum tidur malam adalah Jakarta Pusat (51,5%) dan terendah di Kepulauan Seribu (27,6%).

Perilaku penduduk dalam menggosok gigi menunjukkan variasi menurut karakteristik responden (Tabel 3.5.4.6). Menurut umur, persentase penduduk yang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari mengalami penurunan seiring dengan bertambahnya umur, kecuali pada kelompok umur 10-14 tahun. Sedangkan menurut jenis kelamin tidak menunjukkan perbedaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi penduduk yang menggosok gigi setiap hari.

Dalam hal waktu menggosok gigi, tampak sangat bervariasi menurut kelompok umur. Persentase penduduk menggosok gigi saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Begitu pula menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, persentase penduduk menggosok gigi saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Pada tabel 3.5.4.7, disajikan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam menggosok gigi. Dikategorikan berperilaku benar dalam menggosok gigi bila seseorang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari dengan cara yang benar, yaitu dilakukan pada saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Tampak persentase penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi masih sangat rendah, yaitu 9,1%. Kabupaten/Kota dengan persentase penduduk tertinggi dalam berperilaku benar menggosok gigi adalah Jakarta Timur (11,2%), dan terendah di Kepulauan Seribu (6,9%).

Tabel 3.5.4.6
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Karakteristik Responden, Riskedas 2007

Karakteristik Responden	Gosok Gigi Setiap Hari	Waktu Menggosok Gigi				
		Saat Mandi Pagi/Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lain Nya
Kelompok Umur (tahun)						
10 – 14	97,4	96,3	11,6	22,3	36,7	5,6
15 – 24	99,5	96,1	11,2	25,4	44,3	3,1
25 – 34	99,3	96,6	11,4	23,8	44,8	3,4
35 – 44	99,6	96,3	12,6	24,6	43,6	3,7
45 – 54	98,9	95,6	12,8	25,9	41,0	3,3
55 – 64	97,3	93,6	12,9	25,7	42,2	3,9
65+	88,1	90,0	13,3	28,5	34,6	2,8
Jenis Kelamin						
Laki-laki	98,4	95,4	11,7	23,8	38,4	3,7
Perempuan	98,5	96,1	12,3	25,7	46,2	3,6
Tipe Daerah						
Perkotaan						
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan						
Kuintil-1	97,9	96,4	9,7	20,5	36,1	3,0
Kuintil-2	98,6	95,1	10,4	23,5	39,4	4,0
Kuintil-3	98,6	95,9	12,0	24,0	40,8	3,8
Kuintil-4	98,6	95,3	11,7	25,3	43,6	4,3
Kuintil-5	99,0	95,7	15,3	30,8	50,8	3,0

Tabel 3.5.4.7
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Berperilaku Benar Menggosok Gigi	
	Ya	Tidak
Kepulauan Seribu	6.9	93.1
Jakarta Selatan	7.0	93.0
Jakarta Timur	11.2	88.8
Jakarta Pusat	10.5	89.5
Jakarta Barat	8.7	91.3
Jakarta Utara	8.5	91.5
DKI Jakarta	9.1	90.9

Catatan :

Berperilaku benar menyikat gigi adalah orang yang menyikat gigi setiap hari dengan cara yang benar (sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam).

Perilaku benar menggosok gigi menunjukkan variasi menurut karakteristik responden. Menurut umur, ada kecenderungan persentase penduduk DKI Jakarta berperilaku benar dalam menggosok gigi mengalami penurunan seiring dengan peningkatan umur,

terutama mulai umur 45 tahun ke atas. Sedangkan menurut jenis kelamin, persentase perilaku benar dalam menggosok gigi lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin tinggi persentase yang berperilaku benar dalam menggosok gigi.

Tabel 3.5.4.8
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Berperilaku Benar Menyikat Gigi	
	Ya	Tidak
Kelompok Umur (tahun)		
10 – 14	8,8	91,2
15 – 24	8,3	91,7
25 – 34	9,0	91,0
35 – 44	10,0	90,0
45 – 54	9,8	90,2
55 – 64	9,5	90,5
65+	8,2	91,8
Jenis Kelamin		
Laki-laki	8,5	91,5
Perempuan	9,7	90,3
Tipe Daerah		
Perkotaan	9,1	90,9
Tk. pengeluaran RT per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	6.9	93.1
Kuintil-2	7.6	92.4
Kuintil-3	9.3	90.7
Kuintil-4	9.1	90.9
Kuintil-5	12.3	87.7

Catatan :

Berperilaku benar menyikat gigi adalah orang yang menyikat gigi setiap hari dengan cara yang benar (sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam).

Tabel 3.5.4.9
Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	Index DMF-T
Kepulauan Seribu	0,6	4,0	0,0	4,6
Jakarta Selatan	0,8	2,6	0,2	3,6
Jakarta Timur	1,0	2,7	0,1	3,9
Jakarta Pusat	1,2	3,6	0,2	5,1
Jakarta Barat	0,8	2,1	0,1	2,9
Jakarta Utara	1,1	2,2	0,2	3,6
DKI Jakarta	0,9	2,5	0,2	3,7

Tabel 3.5.4.9 menyajikan komponen DMF-T menurut kabupaten/kota DKI Jakarta. Indeks DMF-T sebagai indikator status kesehatan gigi, merupakan penjumlahan dari indeks D-T, M-T, dan F-T yang menunjukkan banyaknya kerusakan gigi yang pernah dialami seseorang baik berupa *Decay* (gigi karies atau gigi berlubang), *Missing* (gigi dicabut), dan *Filling* (gigi ditumpat).

Dari tabel 3.5.4.9 menunjukkan indeks DMF-T Provinsi DKI Jakarta sebesar 3,7. Ini berarti rerata kerusakan gigi pada penduduk DKI sebanyak 3,7 buah gigi per orang. Komponen yang terbesar adalah gigi dicabut/ rerata M-T sebesar 2,5, dapat dikatakan rerata penduduk DKI mempunyai 2,5 gigi yang sudah dicabut atau indikasi pencabutan.

Indeks DMF-T paling tinggi di Jakarta Pusat (5,1) dan paling rendah di Jakarta Barat (2,9).

Indeks DMF-T menurut umur meningkat, hal ini menunjukkan jumlah kerusakan gigi meningkat seiring dengan peningkatan umur (Tabel 3.5.4.10). Pada kelompok umur 35-44 tahun DMF-T tinggi (3,3), bahkan pada kelompok umur 65 tahun ke atas indeks DMF-T sudah menjadi 14,3, yang berarti kerusakan gigi rerata 14,3 buah per orang. Bahkan komponen yang terbesar adalah M-T (rerata gigi dicabut) sebesar 13,3 per orang.

Indeks DMF-T dan MT lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, indeks F-T relatif lebih tinggi pada kelompok penduduk dengan tingkat pengeluaran rumah tangga yang lebih tinggi.

Tabel 3.5.4.10
Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden di DKI Jakarta, Riskedas 2007

Karakteristik Responden	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	Index DMF-T
Kelompok Umur (tahun)				
12	0,4	0,1	0,0	0,7
15	0,5	0,4	0,1	1,0
18	0,9	0,4	0,1	1,4
35 – 44	1,1	1,9	0,2	3,3
65 +	0,9	13,3	0,1	14,3
Jenis Kelamin				
Laki-laki	0,9	2,3	0,1	3,5
Perempuan	0,9	2,7	0,2	3,8
Tipe Daerah				
Perkotaan	0,9	2,5	0,2	3,7
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan				
Kuintil-1	1,1	2,4	0,1	3,6
Kuintil-2	0,9	2,5	0,1	3,6
Kuintil-3	0,9	2,5	0,1	3,6
Kuintil-4	1,0	2,6	0,2	3,8
Kuintil-5	0,8	2,6	0,2	3,7

Catatan

- D-T : Rata2 jumlah gigi berlubang per orang,
- M-T : Rata2 jumlah gigi dicabut/indikasi pencabutan,
- F-T : Rata2 jumlah gigi ditumpat,
- DMF-T : Rata2 jumlah kerusakan gigi per orang (baik yg masih berupa decay, dicabut maupun ditumpat)

Tabel 3.5.4.11 di bawah ini menyajikan prevalensi karies aktif dan pengalaman karies penduduk umur 12 tahun ke atas menurut kabupaten/kota. Dikategorikan karies aktif bila memiliki indeks D-T >0 atau karies yang belum tertangani dan mempunyai pengalaman karies bila indeks DMF-T >0.

Penduduk DKI dengan prevalensi karies aktif sebesar 40,6% dan yang mempunyai pengalaman karies sebesar 68,1%. Menurut tingkat kabupaten/ kota, Jakarta Barat (74,2%), Jakarta Timur (72,1%) dan Kepulauan Seribu (71,1%) dengan prevalensi pengalaman karies di atas rerata DKI. Sedangkan prevalensi karies aktif ditemukan tinggi (lebih dari 40,6%), yaitu di Kepulauan Seribu (47,2%) dan Jakarta Barat (44,4%).

Tabel 3..5.4.11
Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Karies Aktif	Pengalaman Karies
Kepulauan Seribu	47,2	71,1
Jakarta Selatan	31,8	64,5
Jakarta Timur	39,8	72,1
Jakarta Pusat	40,6	66,0
Jakarta Barat	44,4	74,2
Jakarta Utara	35,7	62,2
DKI Jakarta	40,6	68,1

Catatan :

Orang dengan karies aktif = orang yang memiliki D>0 atau Karies yang belum tertangani.

Orang dengan pengalaman karies= orang yang memiliki memiliki DMFT >0.

Menurut kelompok umur, ada kecenderungan semakin meningkat umur, semakin meningkat pula penduduk yang mempunyai pengalaman karies (Tabel 3.5.4.12). Sedangkan prevalensi karies, meningkat sampai umur 35-44 tahun dan menurun kembali pada umur 65 tahun ke atas. Menurut jenis kelamin, prevalensi pengalaman karies (DMF-T>0) dan prevalensi karies aktif lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Juga tampak variasi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga.

Tabel 3.5.4.12
Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Karakteristik Responden di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Karies Aktif	Pengalaman Karies
Kelompok Umur (tahun)		
12	23,4	30,2
15	29,1	41,2
18	41,6	51,3
35 – 44	46,4	75,4
65 +	34,2	92,7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	40,1	66,8
Perempuan	41,0	69,2
Tipe Daerah		
Perkotaan	40,6	68,1
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	42,9	68,6
Kuintil-2	41,4	68,9
Kuintil-3	39,9	67,1
Kuintil-4	41,3	69,1
Kuintil-5	38,8	67,9

Catatan :

Orang dengan karies aktif = orang yang memiliki D>0 atau Karies yang belum tertangani.

Orang dengan pengalaman karies= orang yang memiliki memiliki DMFT >0.

Tabel 3.5.4.13, di bawah menyajikan persentase gigi tetap yang ditumpat dan persentase gigi tetap yang karies menurut kabupaten/kota.

Dari tabel tersebut tampak PTI (motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap) sangat rendah hanya 4,4%, sedangkan RTI (besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan) sebesar 25,8%. Lima puluh persen dari kabupaten/kota di DKI Jakarta dengan angka RTI-nya diatas rerata pencapaian DKI, yaitu Jakarta Utara (31,5%), Jakarta Timur (26,9%), dan Jakarta Barat (26,7%).

Tabel 3.5.4.13
Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut
Kabupaten/Kota DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RTI (D/DMF-T)x100%	PTI (F/DMF-T)x100%	MTI (M/DMF-T)x100%
Kepulauan Seribu	12,3	0,9	86,7
Jakarta Selatan	21,8	5,6	72,6
Jakarta Timur	26,9	3,5	69,6
Jakarta Pusat	24,2	4,3	71,5
Jakarta Barat	26,7	3,9	69,4
Jakarta Utara	31,5	5,1	63,4
DKI Jakarta	25,8	4,4	69,1

Catatan:

Required Treatment Index (RTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang karies erhadap angka DMF-T. RTI menggambarkan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan

Performed Treatment Index (PTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang ditumpat terhadap angka DMF-T. PTI menggambarkan motivasi dari seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap.

Persentase RTI dan PTI menunjukkan variasi menurut karakteristik responden (Tabel 3.5.4.14). Menurut umur, penduduk DKI umur 12 tahun dengan nilai RTI paling tinggi dibandingkan kelompok umur lainnya, Nilai RTI menurun pada kelompok umur 35-44 tahun keatas terutama pada umur 65 tahun ke atas. Sedangkan nilai PTI tinggi pada umur 18 tahun, untuk selanjutnya menurun. Menurut jenis kelamin, RTI pada laki-laki lebih tinggi dan PTI-nya lebih rendah.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi pula nilai PTI. Berarti semakin tinggi status ekonomi semakin baik motivasi penduduk untuk merawat kesehatan giginya.

Tabel 3.5.4.15 di bawah ini menyajikan Persentase penduduk umur 12 tahun ke atas yang memiliki gigi dan dapat berfungsi secara normal, penduduk yang tidak memiliki gigi asli dan penduduk menggunakan protesa.

Survei menunjukkan, sebanyak 100% penduduk umur 12 tahun ke atas memiliki fungsi normal gigi (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi). Persentase penduduk dengan fungsi gigi normal tertinggi di Jakarta Barat (96,5%), diikuti Jakarta Utara (96,1%). Persentase *edentulous* atau hilang seluruh gigi sebesar 0,8%, tertinggi di Kepulauan Seribu (3,6%), dan terendah di Jakarta Utara (0,5%). Secara umum 4,0% penduduk DKI telah memakai protesa atau gigi tiruan lepas atau gigi tiruan cekat, tertinggi ditemukan di Jakarta Pusat (5,8%) dan terendah di Kepulauan Seribu (0%).

Persentase penduduk dengan fungsi normal gigi, *edentulous* dan penggunaan protesa bervariasi menurut karakteristik responden.

Tabel 3.5.4.14
Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut
Karakteristik Responden di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	RTI (D/DMF-T)x100%	PTI (F/DMF-T)x100%	MTI (M/DMF-T)x100%
Kelompok Umur (tahun)			
12	71,1	4,9	24,0
15	53,2	8,4	38,4
18	64,4	9,4	26,1
35 – 44	34,3	5,9	59,8
65 +	6,2	0,9	92,9
Jenis Kelamin			
Laki-laki	27,6	4,2	68,3
Perempuan	24,8	4,6	70,7
Tipe Daerah			
Perkotaan	26,0	4,4	69,6
Perdesaan			
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	30,0	3,3	66,7
Kuintil-2	25,8	3,6	70,6
Kuintil-3	26,5	3,8	69,7
Kuintil-4	26,1	4,8	69,1
Kuintil-5	22,9	6,0	71,1

Catatan:

Required Treatment Index (RTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang karies terhadap angka DMF-T. RTI menggambarkan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan

Performed Treatment Index(PTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang ditumpat terhadap angka DMF-T. PTI menggambarkan motivasi dari seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap

Tabel 3.5.4.15
Persentase Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Fungsi Normal
Gigi, Edentulous, Protesa dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas
2007

Kabupaten/Kota	Fungsi Normal	Edentulous	Protesa
Kepulauan Seribu	88.9	3.6	0.0
Jakarta Selatan	94.8	0.6	3.7
Jakarta Timur	94.1	1.1	4.1
Jakarta Pusat	91.1	1.0	5.8
Jakarta Barat	96.5	0.6	3.7
Jakarta Utara	96.1	0.5	3.1
DKI Jakarta	94.9	0.8	4.0

Tabel 3.5.4.16 menunjukkan persentase penduduk umur 35 – 44 tahun dengan fungsi gigi normal sebesar 98,5%, lebih tinggi dari target WHO 2010 (90%) dan pencapaian nasional 91,2% (SKRT 2001). Sedangkan pada kelompok umur 65 tahun ke atas hanya 55,6%, masih jauh di bawah target WHO (75%), namun masih lebih tinggi daripada pencapaian nasional 30,4% (SKRT 2001).

Persentase *edentulous* penduduk umur 65 tahun ke atas sebesar 9,4%, hampir dua kali lebih tinggi dari target WHO (5%). Edentulous tidak tampak perbedaan menurut jenis kelamin, tetapi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan fungsi normal gigi berbanding terbalik dengan besarnya tingkat pengeluaran rumah tangga. Artinya semakin besar tingkat pengeluaran rumah tangga fungsi normal gigi semakin kecil. Sedangkan edentulous tersebar merata pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga. Penggunaan protesa paling tinggi pada penduduk umur 65 tahun ke atas. Penggunaan protesa tidak tampak perbedaan menurut jenis kelamin, tetapi ada kecenderungan meningkat sejalan dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

Tabel 3.5.4.16 Persentase Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protesa dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskedas 2007

Karakteristik	Fungsi Normal	<i>Edentulous</i>	Protesa
Kelompok Umur (tahun)			
12	100,0	0,0	0,0
15	99,7	0,0	4,3
18	100,0	0,0	0,0
35 – 44	98,5	0,2	2,1
65 +	55,6	9,4	13,5
Jenis Kelamin			
Laki – laki	95,4	0,7	3,6
Perempuan	94,4	0,8	4,2
Tipe Daerah			
Perkotaan	94,9	0,7	4,0
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	95,5	0,7	3,0
Kuintil-2	95,0	0,6	3,5
Kuintil-3	94,8	0,8	2,1
Kuintil-4	94,7	0,9	5,3
Kuintil-5	94,5	0,8	5,2

3.6 Cedera dan Disabilitas

3.6.1 Cedera

Data cedera diperoleh berdasarkan wawancara kepada responden semua umur tentang riwayat cedera dalam 12 bulan terakhir. Cedera didefinisikan sebagai kecelakaan dan peristiwa yang sampai membuat kegiatan sehari-hari responden menjadi terganggu. Jumlah responden yang ditanyakan tentang cedera sebesar 16.916 orang.

Jenis Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera

Pembagian katagori bagian tubuh yang terkena cedera didasarkan pada klasifikasi dari ICD-10 (*The Tenth Revision of the International Stastistical Classification of Diseases and Related Health*) yang mana dikelompokkan ke dalam 10 kelompok yaitu bagian kepala; leher; dada; perut dan sekitarnya (perut,punggung, panggul); bahu dan sekitarnya (bahu dan lengan atas); siku dan sekitarnya (siku dan lengan bawah); pergelangan tangan dan tangan; lutut dan tungkai bawah; tumit dan kaki. Responden pada umumnya mengalami cedera di beberapa bagian tubuh (*multiple injury*).

Tabel 3.6.1.1, memberikan gambaran bahwa prevalensi cedera DKI Jakarta adalah sebesar 10,1% dengan prevalensi cedera tertinggi didapatkan di Jakarta Pusat (13,2%), disusul oleh Jakarta Timur (11,8%), dan Jakarta Selatan (11,7%), sedangkan yang terendah adalah Jakarta Barat (5,2%).

Urutan penyebab cedera terbanyak adalah jatuh (67%), diikuti kecelakaan transportasi darat (27,7%), dan terluka benda tajam atau tumpul (8,9%). Sedangkan Persentase penyebab cedera lainnya sangat bervariasi, tetapi rerata kecil atau sedikit.

Persentase jatuh tertinggi ditemukan di Jakarta Selatan (75,7%) yang diikuti oleh Kepulauan Seribu (69,2%) dan Jakarta Utara (66,1%). Sedangkan Persentase jatuh yang terendah didapati di Jakarta Barat (62,1%).

Persentase cedera akibat kecelakaan transportasi di darat di Jakarta 27,7% dengan Persentase tertinggi di Jakarta Timur dan Jakarta Barat (31%), sedang yang terendah terdapat di Kepulauan Seribu (4,3%).

Persentase terluka karena benda tajam atau tumpul paling tinggi terdapat di Kepulauan Seribu (22,2%), diikuti Jakarta Pusat (14,4%). Persentase terendah ditemukan di Jakarta Timur (7,4%).

Penyebab cedera lain hampir merata di setiap provinsi. Penyebab cedera yang relatif menonjol adalah terbakar / terkurung asap (1,7%), tertinggi di Jakarta Pusat dan Jakarta Utara (2,7%).

Tabel 3.6.1.2 menunjukkan bahwa prevalensi cedera menurut kelompok umur yang menduduki peringkat tertinggi adalah umur 1-4 sekitar 19,1% dan diikuti oleh kelompok 5-14 (17,2%). Kelompok umur lainnya hampir merata berkisar antara 5 sampai 9%. Adapun untuk penyebab cedera jatuh menunjukkan Persentase lebih tinggi pada usia Balita dan Lansia, terendah pada usia produktif. Persentase cedera akibat kecelakaan transportasi di darat mengelompok pada usia produktif (15 – 44 tahun) dan Persentase tertinggi (49,1%) terdapat pada kelompok umur 15-24 tahun.

Secara umum cedera dijumpai lebih banyak pada laki-laki (12,3%) sedangkan pada perempuan sebesar 8,0%. Persentase cedera karena kecelakaan transportasi di darat lebih tinggi pada laki-laki, sedangkan penyebab cedera jatuh dan karena benda tajam atau tumpul terbanyak pada perempuan. Penyebab cedera lainnya merata pada laki-laki dan perempuan.

Menurut tingkat pendidikan, Persentase cedera tertinggi pada golongan tidak tamat SD, relatif merata pada semua tingkat pendidikan lainnya, kecuali golongan tamat PT yang terendah. Penyebab cedera karena kecelakaan transportasi di darat meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pendidikan, tertinggi pada kelompok tamat SMA atau perguruan tinggi (50,2%) dan terendah pada yang tidak sekolah (14,9%). Sedangkan penyebab cedera karena jatuh berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan, yaitu semakin meningkat tingkat pendidikan, maka Persentase jatuh semakin menurun. Persentase cedera yang disebabkan oleh benda tajam atau tumpul, tertinggi didapatkan pada tamat PT (16,7%) dan terendah pada kelompok tidak sekolah (7,9%).

Berdasarkan jenis pekerjaan, diperoleh prevalensi cedera tertinggi (13,5%) pada mereka yang sekolah dan yang terendah pada ibu rumah tangga (5,1%). Penyebab cedera karena jatuh, tertinggi pada mereka yang masih sekolah (77,9%) dan terendah pada yang bekerja sebagai lainnya (41,1%). Persentase cedera yang disebabkan oleh kecelakaan transportasi di darat, tertinggi pada kelompok lainnya (56,5%) yang diikuti kelompok pegawai (51,4%), sedangkan yang terendah pada golongan sekolah (21,3%). Persentase cedera karena terluka benda tajam atau tumpul tertinggi pada ibu rumah tangga (17,7%) dan terendah pada pegawai (8,8%).

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan, Persentase tertinggi pada tingkat pengeluaran terendah dan terendah pada tingkat pengeluaran tertinggi. Persentase cedera tertinggi karena kecelakaan transportasi di darat terdapat pada kuintil 5 (37,0%), sedangkan penyebab cedera tertinggi karena jatuh terdapat pada kuintil 1 (70,4%). Persentase cedera yang disebabkan benda tajam atau tumpul tertinggi terdapat pada kuintil 5 (13,7%).

Tabel 3.6.1.3 menunjukkan bagian tubuh yang paling sering mengalami cedera adalah lutut dan tungkai bawah (47,5%), diikuti bagian tumit dan kaki (26,9%), serta bagian siku dan lengan bawah (17,4%). Bagian tubuh yang paling jarang mengalami cedera adalah bagian leher (1,1%).

Tabel 3.6.1.4 menggambarkan bahwa cedera di bagian kepala dan leher paling sering terjadi pada kelompok umur < 1 tahun, masing-masing sebanyak (35,1%; 8,2). Pada kelompok 55 tahun ke atas cedera paling sering mengenai daerah dada, perut, punggung panggul, bahu lengan atas (kisaran 6,5-22,9%).

Menurut bagian tubuh yang terkena cedera, Persentase responden yang mengalami cedera di kepala, leher, dada, bahu, siku, pergelangan tangan dan tangan lebih banyak ditemukan pada laki-laki.

Berdasarkan tingkat pendidikan, Persentase cedera kepala tertinggi (10,5%) ditemukan pada tingkat pendidikan tamat SD dan diikuti kelompok tamat SMP (9,8%). Cedera di bagian perut paling banyak ditemukan pada responden yang tamat PT (14,2%), cedera pada bagian tubuh lain hampir merata untuk setiap tingkat pendidikan.

Persentase cedera di kepala tertinggi dialami oleh kelompok petani/nelayan buruh 15,6%. Untuk semua kelompok pekerjaan, secara umum bagian tubuh yang paling sering cedera adalah anggota gerak.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, Persentase bagian tubuh yang mengalami cedera tersebar merata, tidak menunjukkan pola yang khusus.

Tabel 3.6.1.5 memperlihatkan Persentase cedera karena luka bakar terbanyak dijumpai di Jakarta Pusat dan Jakarta Timur (berkisar 3,2% sampai 3,8%). Persentase cedera akibat keracunan terbanyak ditemukan di Jakarta Barat (0,6%).

Menurut kelompok umur, Persentase luka bakar paling banyak dijumpai pada kelompok umur 45-54 (6,4%). Kejadian keracunan lebih sering dijumpai pada kelompok umur 15 – 24 tahun ke atas, lebih sering pada perempuan (Tabel 3.6.1.6).

Tabel 3.6.1.1
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penyebab Cedera																
	Cedera	Kecelakaan Transportasi di Darat	Kecelakaan Transportasi di Laut	Kecelakaan Transportasi di Udara	Jatuh	Terluka Benda Tajam/Tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan Senjata Api	Kontak dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin Listrik/ Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan Medis	Lainnya
Kepulauan Seribu	9,8	4,3	0,9	0,0	69,2	22,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	6,0
Jakarta Selatan	11,7	22,5	0,5	2,1	75,7	8,1	0,5	0,0	0,8	1,0	0,3	0,3	0,8	1,6	0,3	0,0	1,6
Jakarta Timur	11,8	31,6	0,3	0,6	63,7	7,4	1,8	0,0	0,3	0,3	0,0	0,3	0,9	1,2	0,0	0,3	5,3
Jakarta Pusat	13,2	22,8	0,0	3,5	62,3	14,4	0,8	0,0	0,5	0,3	0,0	0,0	1,6	2,7	0,0	0,3	5,1
Jakarta Barat	5,2	31,3	0,0	0,0	62,1	9,3	2,2	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,5	1,1	0,0	0,0	3,3
Jakarta Utara	10,3	30,3	0,8	0,8	66,1	8,4	1,4	0,8	1,1	1,1	0,3	0,3	1,4	2,8	0,3	0,3	2,5
DKI Jakarta	10,1	27,7	0,4	1,3	67,0	8,9	1,3	0,1	0,8	0,6	0,1	0,2	1,0	1,7	0,1	0,2	4,2

Tabel 3. 6.1.2

**Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Penduduk
di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Penyebab Cedera																
	Cedera	Kecelakaan Transportasi Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Benda Tajam/Tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan Senjata Api	Kontak dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan Medis	Lainnya
Kelompok umur (tahun)																	
< 1	5.5	5.1	0.0	3.8	92.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
1—4	19.1	6.6	0.6	0.9	92.2	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	1.5	0.0	0.0	2.0
5 – 14	17.2	11.1	0.5	1.3	83.7	6.4	0.8	0.3	0.6	0.9	0.0	0.2	0.7	1.3	0.0	0.0	3.3
15 – 24	10.8	49.1	0.0	0.8	52.6	10.2	1.5	0.0	0.5	0.0	0.0	0.5	1.1	1.9	0.0	0.5	2.6
25 – 34	6.8	47.8	0.0	3.0	45.5	14.2	0.7	0.0	1.1	1.6	0.5	0.0	1.2	1.3	0.0	0.0	2.6
35 – 44	6.8	46.1	0.4	1.1	43.2	16.0	4.1	0.4	3.0	1.1	0.4	0.4	1.3	2.2	0.4	0.4	5.9
45 – 54	5.6	27.0	1.5	2.3	45.4	13.7	4.3	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	2.3	4.7	0.0	0.0	8.1
55 – 64	5.1	32.6	0.0	0.0	63.1	11.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	2.3	2.3	0.0	4.2
65 – 74	9.1	17.8	0.0	0.0	81.7	5.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.1
75+	8.7	4.1	0.0	0.0	95.9	10.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1	4.1
Jenis kelamin																	
Laki-laki	12.3	34.8	0.4	1.4	61.5	7.7	1.4	0.2	0.8	0.8	0.1	0.0	0.7	1.2	0.0	0.1	3.7
Perempuan	8.0	17.5	0.3	1.2	74.8	10.7	1.2	0.1	0.7	0.3	0.1	0.5	1.5	2.5	0.3	0.3	3.4
Pendidikan																	
Tidak sekolah	9.0	14.9	0.0	0.0	73.9	7.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	7.1	0.0	0.0	1.3
Tidak tamat SD	11.2	15.7	0.0	0.7	81.9	10.9	3.7	0.9	0.9	2.5	0.0	0.7	2.1	0.8	0.0	0.0	0.9
Tamat SD	8.6	31.1	0.0	0.2	62.3	13.9	1.4	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.6	2.6	0.0	0.9	4.7
Tamat SMP	8.7	38.5	0.6	1.4	59.3	10.8	1.3	0.3	1.1	0.8	0.3	1.0	1.0	1.3	0.8	0.3	5.4
Tamat SMA	7.8	52.6	0.2	1.9	41.2	12.5	2.4	0.0	1.6	1.0	0.0	0.0	1.4	1.4	0.0	0.0	3.3
Tamat PT	5.1	49.2	0.0	3.7	33.3	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	0.0	0.0	2.4	0.0	0.0	7.0
Pekerjaan																	
Tidak kerja	10.1	43.1	0.5	1.4	53.9	12.1	1.2	0.0	2.9	1.5	0.0	0.0	2.2	1.7	0.0	0.4	1.7
Sekolah	13.5	21.3	0.0	0.4	77.9	9.7	2.7	0.3	0.5	1.3	0.0	0.4	1.3	0.6	0.0	0.0	3.6
Ibu RT	5.1	21.5	0.5	0.8	65.7	17.7	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	1.4	1.2	2.7	1.2	0.5	2.5
Pegawai	7.3	51.4	0.0	3.7	43.7	8.8	0.8	0.0	0.0	0.6	0.6	0.0	0.6	2.3	0.0	0.0	3.8
Wiraswasta	8.4	48.3	0.0	0.8	42.1	13.3	3.0	0.0	1.4	0.6	0.0	0.0	1.0	2.4	0.0	0.0	5.3
Petani/nelayan/buruh	7.5	47.9	1.1	1.1	45.4	12.9	3.2	1.1	1.1	1.1	0.0	0.0	0.9	2.7	0.0	0.0	7.7
Lainnya	8.8	56.5	0.0	0.0	41.1	17.5	2.9	0.0	3.8	0.0	0.0	0.0	3.8	0.0	0.0	3.8	2.9
Tipe daerah																	
Kota	10.1	27.7	0.4	1.3	67.0	8.9	1.3	0.1	0.8	0.6	0.1	0.2	1.0	1.7	0.1	0.2	3.6
Tingkat pengeluaran per kapita																	
Kuintil-1	13.4	21.8	0.7	1.1	70.4	6.6	1.2	0.4	0.7	0.4	0.2	0.5	0.6	2.0	0.2	0.2	5.2
Kuintil-2	11.5	23.6	0.5	0.9	69.8	10.2	2.4	0.0	0.3	0.3	0.0	0.3	1.1	1.9	0.0	0.2	3.4
Kuintil-3	10.0	30.0	0.4	1.3	66.3	6.2	0.6	0.2	1.0	0.6	0.0	0.0	0.4	2.5	0.4	0.0	1.9
Kuintil-4	9.1	31.5	0.0	2.3	66.3	9.6	1.4	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.5	0.5	0.0	0.0	4.4
Kuintil-5	6.7	37.0	0.0	0.3	56.3	13.7	0.9	0.0	2.1	0.4	0.6	0.0	2.6	1.6	0.0	0.7	3.3

Tabel 3. 6.1.3
Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota
di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Bagian Tubuh Terkena Cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Siku, Lengan Bawah Tajam/Tumpul	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut dan Tungkai Bawah	Bagian Tumit dan Kaki
Kepulauan Seribu	9.4	1.7	2.6	6.8	12.8	12.8	23.1	12.8	29.1	42.7
Jakarta Selatan	13.6	0.8	1.1	9.6	9.1	22.7	14.7	6.7	54.1	20.9
Jakarta Timur	10.9	1.2	2.1	5.3	7.1	19.5	10.0	4.1	46.6	40.1
Jakarta Pusat	16.2	1.7	3.3	4.7	5.6	9.7	18.4	7.2	37.6	24.9
Jakarta Barat	12.3	0.0	0.6	2.2	4.5	15.1	16.8	5.0	55.9	17.6
Jakarta Utara	18.4	1.7	2.6	5.7	6.9	12.4	17.2	6.6	39.9	20.2
DKI Jakarta	13.7	1.1	1.9	6.1	7.1	17.4	14.4	5.7	47.5	26.9

* Bagian tubuh terkena cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Tabel 3. 6.1.4
Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Karakteristik Responden
di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Bagian Tubuh Terkena Cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung dan Panggul	Bahu, Lengan Atas	Siku, Lengan Bawah Benda Tajam/Tumpul	Pergelangan Tangan dan Tandan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut dan Tungkai Bawah	Bagian Tumit dan Kaki
Kelompok umur (tahun)										
< 1	35.1	8.2	0.0	8.4	13.5	8.2	0.0	10.6	16.0	7.8
1 – 4	28.7	0.8	2.7	4.1	2.1	14.0	8.0	1.7	52.2	23.1
5 – 14	12.8	1.0	0.7	4.5	3.9	18.8	7.6	2.7	61.0	28.0
15 – 24	8.9	1.2	2.5	6.1	9.1	20.8	19.9	6.4	46.9	31.6
25 – 34	8.5	0.7	0.7	5.6	9.9	20.3	21.5	4.4	40.8	26.9
35 – 44	10.3	2.3	3.8	6.2	10.8	17.7	20.7	12.6	27.1	29.2
45 – 54	8.6	0.7	1.7	11.6	12.2	12.7	22.0	9.7	37.2	21.3
55 – 64	20.5	0.0	6.5	8.8	5.3	7.7	11.2	13.1	37.6	21.2
65 – 74	7.4	0.0	0.0	20.2	12.1	9.8	16.9	11.9	42.2	23.0
75+	27.0	0.0	0.0	5.4	18.9	0.0	18.8	22.9	19.0	13.7
Jenis kelamin										
Laki-laki	15.1	1.1	2.2	4.9	8.7	20.0	15.8	4.0	47.1	26.9
Perempuan	11.7	1.0	1.3	7.8	4.7	13.6	12.3	8.2	48.2	27.0
Pendidikan										
Tidak sekolah	7.9	0.0	1.3	12.4	5.3	8.8	15.0	15.5	48.5	24.7
Tidak tamat SD	8.5	0.4	0.0	1.8	3.4	17.1	13.6	6.8	51.0	29.5
Tamat SD	10.5	0.2	1.4	5.5	6.5	12.6	16.0	7.1	45.3	37.1
Tamat SMP	9.8	1.1	2.8	8.4	12.9	25.9	18.2	6.7	38.9	30.6
Tamat SMA	9.3	1.6	3.2	6.2	9.6	15.6	20.8	8.2	41.2	23.5
Tamat PT	8.5	1.4	1.0	14.2	10.5	20.7	22.5	8.5	31.0	15.3
Pekerjaan										
Tidak kerja	10.2	1.3	2.9	4.4	6.8	15.2	16.4	9.0	44.9	26.5
Sekolah	5.9	0.5	0.5	3.0	2.8	19.1	13.7	4.5	56.2	31.9
Ibu RT	10.3	2.1	1.6	8.9	5.0	9.1	16.7	12.9	26.5	29.3
Pegawai	10.6	0.8	3.0	7.1	11.3	16.4	16.7	9.0	43.6	21.8
Wiraswasta	9.8	0.9	2.0	8.3	13.0	17.0	25.5	7.6	38.0	28.0
Petani/nelayan/buruh	15.6	0.0	3.8	10.8	20.5	34.0	25.2	6.1	30.7	27.7
Lainnya	8.7	0.0	3.8	8.9	14.0	27.1	12.7	1.5	52.3	42.8
Tipe daerah										
Perkotaan	13.7	1.1	1.9	6.1	7.1	17.4	14.4	5.7	47.5	26.9
Tingkat pengeluaran per kapita										
Kuintil-1	14.1	1.1	2.5	7.4	6.9	17.4	12.5	7.1	48.7	25.9
Kuintil-2	16.7	1.3	0.8	6.0	7.8	19.6	19.1	5.3	45.9	25.7
Kuintil-3	10.1	0.6	1.1	5.4	7.8	14.6	13.0	3.8	50.7	26.6
Kuintil-4	12.1	0.7	2.1	2.8	3.7	19.2	11.9	4.1	52.2	27.9
Kuintil-5	13.2	2.4	2.7	9.3	9.7	18.6	18.2	8.1	40.9	28.1

Tabel 3. 6.1.5
Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Cedera								
	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Kepulauan Seribu	47.9	38.5	34.2	0.9	28.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Jakarta Selatan	40.7	65.2	15.2	2.9	16.0	2.7	0.5	0.0	1.9
Jakarta Timur	36.0	61.1	22.4	3.2	14.5	1.5	0.6	0.3	2.9
Jakarta Pusat	40.7	49.6	16.4	3.9	14.6	2.8	0.6	0.0	1.9
Jakarta Barat	46.9	52.0	13.4	2.8	17.6	4.5	1.1	0.6	3.4
Jakarta Utara	39.8	51.6	16.3	2.9	14.5	3.2	0.6	0.0	1.4
Jakarta Selatan	40.7	65.2	15.2	2.9	16.0	2.7	0.5	0.0	1.9
DKI Jakarta	39.9	58.0	17.6	3.1	15.3	2.6	0.6	0.2	2.3

Tabel 3. 6.1.6
Persentase Jenis Cedera Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Jenis Cedera								
	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Kelompok umur (tahun)									
< 1	37.6	0.0	0.0	0.0	55.4	0.0	0.0	0.0	4.0
1 – 4	33.4	65.4	8.3	3.8	9.8	0.3	0.0	0.0	0.2
5 – 14	35.3	70.1	17.8	2.5	11.5	2.1	0.7	0.2	1.5
15 – 24	44.0	59.9	22.6	3.5	19.6	3.0	0.8	0.5	1.4
25 – 34	36.5	53.1	19.6	2.7	16.6	4.3	0.7	0.0	3.6
35 – 44	46.8	46.1	22.0	2.5	15.7	2.4	0.4	0.0	4.3
45 – 54	45.7	44.4	19.6	6.4	18.9	3.7	1.7	0.0	3.7
55 – 64	48.0	36.9	16.9	2.3	23.1	3.9	0.0	0.0	10.3
65 – 74	58.8	28.7	10.3	3.7	16.3	6.1	1.4	0.0	1.4
75+	59.7	0.0	0.0	0.0	28.2	8.1	0.0	0.0	4.1
Jenis kelamin									
Laki-laki	38.5	60.0	19.7	3.0	15.2	3.7	0.8	0.1	1.6
Perempuan	41.9	55.0	14.6	3.4	15.5	1.0	0.4	0.2	3.3
Pendidikan									
Tidak Sekolah	57.5	19.1	16.7	7.1	18.1	0.0	0.0	0.0	1.3
Tidak Tamat SD	42.3	61.3	18.5	1.6	17.6	1.3	0.7	0.0	0.4
Tamat SD	40.7	54.6	18.5	3.2	21.7	3.4	1.2	0.7	2.4
Tamat SMP	41.1	55.2	23.2	3.3	16.5	2.5	0.0	0.0	2.6
Tamat SMA	44.4	52.8	21.8	2.7	17.1	5.4	1.0	0.0	3.7
Tamat PT	39.0	50.5	9.1	2.6	13.0	3.3	2.6	0.0	5.5
Pekerjaan									
Tidak kerja	45.6	53.2	21.0	2.7	16.7	3.3	0.4	0.0	1.7
Sekolah	37.4	67.9	20.0	2.3	17.7	2.7	0.8	0.0	0.0
Ibu RT	40.7	35.5	14.8	2.8	22.6	2.7	0.0	0.0	5.8
Pegawai	48.2	48.8	17.6	2.8	19.7	4.6	1.7	0.0	2.3
Wiraswasta	41.3	52.6	23.1	3.7	12.9	3.8	1.6	0.0	2.8
Petani/nelayan/buruh	45.8	59.2	28.8	1.7	18.7	2.2	0.0	0.0	4.4
Lainnya	56.4	47.6	17.4	7.7	19.1	5.8	0.0	3.8	10.6
Tipe daerah									
Perkotaan	39.9	58.0	17.6	3.1	15.3	2.6	0.6	0.2	2.3
Tingkat pengeluaran per kapita									
Kuintil-1	34.2	59.5	17.8	2.6	17.5	2.0	0.6	0.3	2.5
Kuintil-2	41.8	58.0	19.8	2.5	16.2	1.8	1.1	0.0	1.0
Kuintil-3	39.5	57.4	15.4	3.5	14.9	2.2	0.0	0.0	1.9
Kuintil-4	35.9	59.6	16.7	2.1	12.2	3.4	0.8	0.0	2.9
Kuintil-5	49.9	56.3	17.4	6.7	14.4	4.2	0.9	0.7	3.2

3.6.2 Status Disabilitas/ Ketidakmampuan

Status disabilitas dikumpulkan dari kelompok penduduk umur 15 tahun ke atas berdasarkan pertanyaan yang dikembangkan oleh WHO dalam *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Tujuan pengukuran ini adalah untuk mendapatkan informasi mengenai kesulitan/ketidakmampuan yang dihadapi oleh penduduk terkait dengan fungsi tubuh, individu dan sosial.

Responden diajak untuk menilai kondisi dirinya dalam satu bulan terakhir dengan menggunakan 20 pertanyaan inti dan 3 pertanyaan tambahan untuk mengetahui seberapa bermasalah disabilitas yang dialami responden, sehingga memerlukan bantuan orang lain. Sebelas pertanyaan pada kelompok pertama terkait dengan fungsi tubuh bermasalah, dengan pilihan jawaban sebagai berikut 1) Tidak ada; 2) Ringan; 3) Sedang; 4) Berat; dan 5) Sangat berat. Sembilan pertanyaan terkait dengan fungsi individu dan sosial dengan pilihan jawaban sebagai berikut, yaitu 1) Tidak ada; 2) Ringan; 3) Sedang; 4) Sulit; dan 5) Sangat sulit/tidak dapat melakukan. Tiga pertanyaan tambahan terkait dengan kemampuan responden untuk merawat diri, melakukan aktivitas/gerak atau berkomunikasi, dengan pilihan jawaban 1) Ya dan 2) Tidak.

Dalam analisis, penilaian pada masing-masing jenis gangguan kemudian diklasifikasikan menjadi 2 kriteria, yaitu “Tidak bermasalah” atau “Bermasalah”. Disebut “Tidak bermasalah” bila responden menjawab 1 atau 2 pada 20 pertanyaan inti. Disebut “Bermasalah” bila responden menjawab 3, 4 atau 5 untuk kedua puluh pertanyaan termaksud.

Berdasarkan tabel 3.6.2.1, tentang status disabilitas penduduk DKI Jakarta yang berumur 15 tahun ke atas tampak bahwa persentase bermasalah yang agak menonjol dalam hal masalah nyeri/rasa tidak nyaman (8,4%), mengalami gangguan tidur (7,9%), melihat jarak jauh (20 m) sebesar 7,9%, napas pendek setelah latihan ringan (7,0%), dan melihat jarak dekat (30 cm) sebesar 6,6%. Sedangkan dalam hal membersihkan seluruh tubuh (0,7%), dan mengenakan pakaian (0,6%) merupakan permasalahan yang kecil.

Dalam menilai status disabilitas kriteria “Bermasalah” dirinci menjadi “Bermasalah” dan “Sangat bermasalah”. Kriteria “Sangat bermasalah” apabila responden menjawab ya untuk salah satu dari tiga pertanyaan tambahan yaitu membutuhkan bantuan orang lain untuk merawat diri atau melakukan aktivitas/gerak atau berkomunikasi. Di DKI Jakarta rerata status disabilitas dengan kriteria “Sangat bermasalah” adalah sebesar 2,6% dan “Bermasalah” 24,0%.

Tabel 3.6.2.2, menunjukkan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat di Kota Jakarta Pusat (5,2%), sedangkan Kepulauan Seribu dengan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” terendah. Prevalensi disabilitas “Bermasalah” tertinggi ditemukan di Kepulauan Seribu (45,8%), sedangkan prevalensi disabilitas “Bermasalah” terendah adalah Jakarta Utara (19,9%).

Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa prevalensi disabilitas menunjukkan variabilitas menurut karakteristik responden. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” pada perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi disabilitas pada laki-laki. Menurut tingkat pendidikan penduduk prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” menonjol pada penduduk tidak sekolah dan tamat perguruan tinggi. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” ternyata bervariasi menurut pekerjaan responden. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat pada responden yang tidak bekerja, sedangkan yang terendah pada responden yang

sekolah. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tidak tampak kecendrungan menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan (Tabel 3.6.2.3).

Tabel 3.6.2.1
Persentase Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah
Disabilitas Dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial di Provinsi DKI Jakarta,
Riskesdas 2007

Fungsi Tubuh/Individu/Sosial	Bermasalah* (%)
Melihat jarak jauh (20 m)	7.9
Melihat jarak dekat (30 cm)	6.6
Mendengar suara normal dalam ruangan	2.6
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	2.2
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	8.5
Nafas pendek setelah latihan ringan	7.0
Batuk/bersin selama 10 menit tiap	2.6
Mengalami gangguan tidur	7.9
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	4.7
Kesulitan berdiri selama 30 menit	4.0
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	5.9
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	5.5
Membersihkan seluruh tubuh	.7
Mengenakan pakaian	.6
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	1.5
Paham pembicaraan orang lain	1.5
Bergaul dengan orang asing	2.8
Memelihara persahabatan	1.9
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	2.6
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	3.9

*) Bermasalah, bila responden menjawab 3,4 atau 5

Tabel 3.6.2.2
Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Keatas Menurut Status
dan Kabupaten/Kota, di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sangat	Masalah
Kepulauan Seribu	0.9	45.8
Jakarta Selatan	2.1	23.0
Jakarta Timur	3.0	24.7
Jakarta Pusat	5.2	40.0
Jakarta Barat	1.4	21.8
Jakarta Utara	3.3	19.9
DKI Jakarta	2.6	24.0

Tabel 3.6.2.3
Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Keatas Menurut Status
dan Karakteristik Responden di DKI Jakarta,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Sangat Masalah	Masalah
Kelompok Umur (tahun)		
15-24	1.6	17.3
25-34	1.2	18.8
35-44	1.7	23.2
45-54	3.0	30.3
55-64	5.3	38.2
65-74	10.4	48.4
75+	21.3	56.2
Jenis Kelamin		
Laki-laki	2.3	21.3
Perempuan	2.9	27.1
Pendidikan		
Tidak sekolah	7.2	41.6
Tidak tamat SD	4.5	38.2
Tamat SD	3.8	28.9
Tamat SMP	1.7	24.2
Tamat SMA	1.7	19.8
Tamat PT	3.0	18.6
Pekerjaan		
Tidak bekerja	5.8	30.1
Sekolah	1.3	15.5
Mengurus RT	2.9	29.8
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	1.5	17.3
Wiraswasta	2.1	23.7
Petani/Nelayan/Buruh	2.0	23.8
Lainnya	4.0	30.2
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	2.8	29.1
Kuintil-2	2.4	24.0
Kuintil-3	2.3	24.3
Kuintil-4	2.9	24.4
Kuintil-5	2.7	20.6

3.7 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Pengetahuan, sikap dan perilaku dalam Riskesdas 2007 ditanyakan pada penduduk umur 10 tahun ke atas. Wawancara dengan menanyakan mengenai penyakit flu burung, HIV/AIDS, perilaku higienis meliputi pertanyaan mencuci tangan pakai sabun, penggunaan tembakau/ perilaku merokok, minum minuman beralkohol, aktivitas fisik, perilaku konsumsi buah dan sayur dan pola konsumsi makanan berisiko.

Untuk mendapatkan persepsi yang sama, pada saat melakukan wawancara mengenai satuan standar minuman beralkohol, klasifikasi aktivitas fisik, dan porsi konsumsi buah dan sayur, digunakan kartu peraga

3.7.1 Perilaku Merokok

Pada penduduk umur 10 tahun ke atas ditanyakan apakah merokok setiap hari, merokok kadang-kadang, mantan perokok atau tidak merokok. Bagi penduduk yang merokok setiap hari ditanyakan berapa umur mulai merokok setiap hari dan berapa umur pertama kali merokok termasuk penduduk yang belajar merokok. Pada penduduk yang merokok yaitu yang merokok setiap hari dan merokok kadang-kadang ditanyakan berapa rerata batang rokok yang dihisap perhari, jenis rokok yang dihisap. Juga ditanyakan apakah merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain. Bagi mantan perokok ditanyakan berapa umur ketika berhenti merokok.

Tabel 3.7.1.1 menunjukkan Persentase penduduk DKI Jakarta umur 10 tahun ke atas yang merokok tiap hari sebesar 21 persen. Persentase tertinggi ditemukan di Kabupaten/Kota Kepulauan Seribu (24,1%), diikuti dengan Jakarta Timur (22,3%), Jakarta Pusat (21,7%), Jakarta Utara (21,0%), dan Jakarta Barat (20,7%). Sedangkan persentase terendah dijumpai di Kabupaten/Kota Jakarta Selatan (18,6%).

Tabel 3.7.1.1
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Tidak Merokok Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang-Kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Kepulauan Seribu	24.1	3.4	3.4	69.0
Jakarta Selatan	18.6	7.4	5.4	68.7
Jakarta Timur	22.3	6.9	5.1	65.7
Jakarta Pusat	21.7	7.8	6.5	64.0
Jakarta Barat	20.7	7.3	4.6	67.4
Jakarta Utara	21.0	5.8	3.9	69.3
DKI Jakarta	20.8	7.0	5.0	67.2

Tabel 3.7.1.2, menggambarkan perilaku merokok penduduk DKI Jakarta umur 10 tahun ke atas menurut karakteristik responden. Persentase penduduk merokok tiap hari tampak tinggi pada kelompok umur produktif (25-64 tahun), dengan rentang rerata 25% sampai 26%. Sedangkan penduduk kelompok umur 10-14 tahun yang merokok tiap hari sudah mencapai 0,4% dan kelompok umur 15-24 tahun sebanyak 16,1%. Hampir separuh (42%) penduduk laki-laki umur 10 tahun ke atas merupakan perokok tiap hari. Menurut pendidikan, Persentase tertinggi dijumpai pada penduduk tamat SMA (26,0%). Pada perokok kadang-kadang, Persentase tinggi dimulai pada kelompok umur 25-34 tahun (8,4%), pada laki-laki (12,0%) 6 kali lebih banyak dibandingkan perempuan (2,0%). Sedangkan mantan perokok Persentase tertinggi ditemukan pada kelompok umur 75 tahun ke atas (22,5%). Tidak tampak perbedaan pada tingkat pengeluaran perkapita per bulan antara rumah tangga yang tingkat pengeluarannya rendah dan tinggi.

Tabel 3.7.1.3, menunjukkan perilaku merokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap menurut provinsi DKI Jakarta. Perokok saat ini adalah perokok setiap hari dan perokok kadang-kadang. Secara Kabupaten/Kota prevalensi perokok saat ini 27,8% dengan rerata jumlah rokok yang dihisap 9 batang per hari. Prevalensi perokok paling tinggi di Jakarta Pusat (29,5%), disusul Jakarta Timur (29,2%). Kabupaten/Kota yang prevalensinya di bawah angka nasional adalah Jakarta Barat (28,0%), Kepulauan Seribu (27,6%), Jakarta Utara (26,8%), dan Jakarta Selatan (25,9%). Rerata batang rokok yang dihisap per hari paling tinggi di Kepulauan Seribu (13 batang), selanjutnya adalah Jakarta Utara, Jakarta Pusat, Jakarta Timur dan Jakarta Selatan masing-masing 9 batang; sedangkan yang paling sedikit adalah Jakarta Barat sejumlah 8 batang.

Tabel 3.7.1.2
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Tidak Merokok Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang-Kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Kelompok Umur (Tahun)				
10-14	0.4	1.0	0.8	97.8
15-24	16.1	8.2	2.7	73.1
25-34	25.4	8.4	3.3	62.9
35-44	27.2	7.8	4.3	60.8
45-54	26.4	7.3	7.1	59.2
55-64	22.7	6.6	12.1	58.6
65-74	16.2	5.1	17.3	61.4
75+	17.2	1.8	22.5	58.6
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	41.7	12.4	9.1	36.8
Perempuan	2.1	2.2	1.3	94.4
Pendidikan				
Tidak Sekolah	14.0	3.6	7.0	75.4
Tidak Tamat SD	9.8	3.9	3.2	83.2
Tamat SD	18.5	4.8	4.3	72.4
Tamat SMP	22.5	7.2	4.3	66.0
Tamat SMA	26.0	9.4	5.8	58.9
Tamat PT	19.2	7.9	6.5	66.5
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan				
Kuintil-1	21.9	7.7	4.1	66.2
Kuintil-2	21.4	6.9	4.4	67.4
Kuintil-3	21.5	6.5	5.0	67.0
Kuintil-4	21.9	6.8	6.0	65.3
Kuintil-5	18.0	7.4	5.7	68.8

Tabel 3.7.1.3
Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang
Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di
Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok Saat Ini	
	%	Rerata Jumlah Batang Rokok /Hari
Kepulauan Seribu	27,6	12,91
Jakarta Selatan	25,9	9,17
Jakarta Timur	29,2	9,17
Jakarta Pusat	29,5	9,42
Jakarta Barat	28,0	8,73
Jakarta Utara	26,8	9,43
DKI Jakarta	27,8	9,14

Tabel 3.7.1.4 menggambarkan prevalensi perokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap per hari menurut karakteristik responden. Prevalensi perokok saat ini mulai meningkat pada kelompok umur 15-24 tahun sampai kelompok umur 45-54 tahun, kemudian menurun pada umur lebih lanjut. Kelompok umur 10-14 tahun, walaupun prevalensi hanya 1,4%, tetapi rerata jumlah batang rokok yang dihisap 5 batang per hari.

Prevalensi perokok saat ini pada laki-laki empat belas kali lebih tinggi dibandingkan perempuan (berturut-turut 54,1% dan 4,3%), tetapi rerata rokok yang dihisap oleh perokok perempuan hampir sama dibandingkan dengan laki-laki (berturut-turut 7 batang dan 9 batang). Prevalensi perokok saat ini lebih tinggi pada penduduk tamat SMA dan penduduk tidak sekolah, serta 1 dari 3 penduduk paling miskin/ kuintil 1. Tidak tampak adanya perbedaan antara penduduk dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita tinggi dan rendah.

Tabel 3.7.1.5 menunjukkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari. Usia mulai merokok tiap hari ini penting diketahui untuk melihat lamanya paparan rokok pada penduduk. Pada Provinsi DKI Jakarta usia mulai merokok tiap hari umur 15-19 tahun menduduki tempat tertinggi, yaitu 60,3%. Untuk kelompok usia muda (5-9 tahun), Jakarta Pusat menduduki tempat tertinggi (1,4%), 14 kali lebih besar dibandingkan dengan angka nasional (0,1%).

Tabel 3.7.1.6 menunjukkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari dan karakteristik responden. Berdasarkan kelompok umur, 100% penduduk umur 10-14 tahun sudah mulai merokok tiap hari pada usia 10-14 tahun, bahkan hampir 1% (0,9%) yang mulai merokok tiap hari pada usia 5-9 tahun. Untuk kelompok usia mulai merokok tiap hari pada umur 10-19 tahun persentase laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan, sedangkan pada penduduk yang mulai merokok tiap hari pada umur 20 tahun ke atas terjadi sebaliknya. Umur mulai merokok tiap hari antara penduduk miskin (kuintil-1 dan kuintil-2) tidak tampak perbedaan dengan penduduk kaya (kuintil-4 dan kuintil-5).

Tabel 3.7.1.4
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di
Provinsi DKI Jakarta, Riskedas 2007

Karakteristik Responden	Perokok Saat Ini	Rerata Jumlah Batang Rokok Yang Dihisap
Kelompok Umur (Tahun)		
10-14	1,4	4,70
15-24	24,2	7,43
25-34	33,8	9,09
35-44	34,9	9,71
45-54	33,7	9,91
55-64	29,3	10,25
65-74	21,3	8,62
75+	19,4	10,28
Jenis Kelamin		
Laki	54,1	9,36
Perempuan	4,3	6,59
Tidak Sekolah	17,6	11,52
Tidak Tamat SD	13,6	9,43
Tamat SD	23,3	9,41
Tamat SMP	29,7	8,81
Tamat SMA	35,4	8,97
Tamat PT	27,0	9,42
Pekerjaan		
Tidak Kerja	31,4	8,68
Sekolah	8,3	6,15
Ibu RT	5,1	6,46
Pegawai	39,2	9,24
Wiraswasta	46,2	9,63
Petani/Nelayan/Buruh	55,3	9,99
Lainnya	41,8	9,50
Tingkat Pengeluaran Perkapita Per Bulan		
Kuintil-1	29,7	8,90
Kuintil-2	28,3	9,13
Kuintil-3	27,9	8,73
Kuintil-4	28,7	9,29
Kuintil-5	25,5	9,66

Tabel 3.7.1.7 memperlihatkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia pertama kali merokok/mengunyah tembakau di Provinsi DKI Jakarta. Usia mulai merokok atau mengunyah tembakau mencakup juga penduduk yang baru pertama kali mencoba merokok atau mengunyah tembakau. Secara umum, persentase tertinggi usia pertama kali merokok terdapat pada kelompok usia 15-19 tahun (40,1%), disusul usia 10-14 tahun (13,7%). Menurut Kabupaten/Kota,

perokok yang mulai merokok pada usia 15-19 tahun tertinggi dijumpai di Jakarta Barat (48,8%), disusul oleh Jakarta Timur (40,2%), Jakarta Selatan (38,2%), Jakarta Utara (34,9%), Jakarta Pusat (31,1%) dan Kepulauan Seribu (25,0%). Perokok yang mulai merokok pertama kali pada usia 10-14 tahun terbanyak di Jakarta Pusat (14,8%), selanjutnya Jakarta Timur (14,0%), Jakarta Utara (13,8%), Jakarta Selatan (13,6%), Jakarta Barat (12,7%) dan Kepulauan Seribu (12,5%). Sedangkan perokok dengan umur mulai merokok pada umur 5-9 tahun tertinggi di Jakarta Pusat (2,7%), disusul Jakarta Utara (1,8%), Jakarta Selatan (1,5%), Jakarta Timur (1,1%), Jakarta Barat (1,0%) dan Kepulauan Seribu tidak ada (0,0%).

Tabel 3.7.1.5
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota
di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Usia Mulai Merokok Tiap Hari (Tahun)						Tidak Tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Kepulauan Seribu	0,0	14,3	71,4	14,3	0,0	0,0	0,0
Jakarta Selatan	0,0	10,8	62,4	19,4	3,7	2,5	1,2
Jakarta Timur	0,0	11,7	59,1	19,5	4,8	4,3	0,6
Jakarta Pusat	0,0	13,5	53,3	19,7	6,2	4,8	2,4
Jakarta Barat	0,0	11,5	61,1	18,0	5,5	2,0	1,8
Jakarta Utara	0,0	13,3	56,6	19,4	6,1	2,8	1,7
DKI Jakarta	0,0	11,9	59,3	19,1	5,1	3,2	1,4

Tabel 3.7.1.6
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi
DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Usia Mulai Merokok Tiap Hari (Tahun)						Tidak Tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Kelompok Umur (tahun)							
10-14	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0
15-24	0,0	19,0	69,7	6,8	0,0	0,0	4,5
25-34	0,0	11,1	61,5	22,2	3,5	1,0	0,7
35-44	0,0	12,1	61,2	16,1	6,2	3,7	0,6
45-54	0,0	8,3	55,0	20,8	9,7	5,8	0,4
55-64	0,0	7,4	33,6	43,2	6,1	8,7	0,9
65-74	0,0	10,4	58,4	10,4	7,8	11,7	1,3
75+	0,0	7,1	67,9	14,3	7,1	0,0	3,6
Jenis Kelamin							
Laki-laki	0,0	12,3	60,1	18,9	4,8	2,6	1,2
Perempuan	0,0	4,0	45,0	23,2	9,9	13,9	4,0
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0,0	12,7	46,5	25,4	9,9	2,8	2,8
Tidak Tamat SD	0,0	13,8	54,7	21,4	3,8	5,7	0,6
Tamat SD	0,0	11,6	56,6	20,2	4,8	4,4	2,3
Tamat SMP	0,0	15,3	58,5	16,4	5,4	2,8	1,6
Tamat SMA	0,0	10,5	61,9	19,3	4,9	2,5	0,9
Tamat PT	0,0	9,6	60,0	20,0	5,8	3,8	0,8
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan							
Kuintil-1	0,0	14,1	59,5	17,1	4,7	2,8	1,8
Kuintil-2	0,0	11,6	61,9	17,6	5,7	2,1	1,2
Kuintil-3	0,0	11,1	59,0	18,5	5,8	4,0	1,7
Kuintil-4	0,0	10,9	56,6	24,2	3,5	3,9	0,8
Kuintil-5	0,0	10,6	58,4	19,7	5,9	4,1	1,3

Tabel 3.7.1.7
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Usia Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten/Kota
di Provinsi DKI Jakarta, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Usia Pertama Kali Merokok/Kunyah Tembakau (Tahun)						Tidak Tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Kepulauan Seribu	0,0	12,5	25,0	-	-	-	62,5
Jakarta Selatan	1,5	13,6	38,2	11,5	3,2	1,8	30,2
Jakarta Timur	1,1	14,0	40,2	11,8	2,9	2,8	27,3
Jakarta Pusat	2,7	14,8	31,1	12,9	2,7	4,2	31,5
Jakarta Barat	1,0	12,7	48,8	10,6	3,1	1,8	22,0
Jakarta Utara	1,8	13,8	34,9	12,9	4,2	1,9	30,5
DKI Jakarta	1,4	13,7	40,1	11,7	3,2	2,3	27,6

Tabel 3.7.1.8 menggambarkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia pertama kali merokok/mengunyah tembakau dan karakteristik responden di DKI Jakarta. Perokok umur 10-14 tahun umumnya mulai merokok pertama kali pada usia 10-14 tahun (48,3%), tetapi ada 6,9% yang mulai merokok pada usia 5-9 tahun. Menurut jenis kelamin, pendidikan dan tingkat pengeluaran per kapita, persentase mulai merokok tertinggi dijumpai pada kelompok usia 15-19 tahun.

Tabel 3.7.1.9 menunjukkan prevalensi perokok yang merokok dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga di provinsi DKI Jakarta. Secara umum, 64,1% perokok merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain. Tidak ada Kabupaten/Kota di provinsi DKI dengan prevalensi di atas angka nasional, Kabupaten/Kota dengan prevalensi tertinggi dijumpai di Jakarta Utara (68, 1%).

Secara umum jenis rokok yang paling banyak diminati adalah kretek dengan filter (70%), kemudian kretek tanpa filter (30%) dan rokok putih (14%), kecuali pada penduduk kelompok umur 10-24 tahun selain kretek dengan filter paling banyak peminatnya, selanjutnya adalah rokok putih (lihat Tabel 3.7.1.10).

Menurut kelompok umur, pada umumnya jenis rokok yang diminati adalah kretek dengan filter, kecuali pada kelompok umur 55 tahun ke atas kretek tanpa filter merupakan pilihannya. Rokok linting paling banyak diminati oleh usia 10-14 tahun. Sedangkan cangklong dan tembakau kunyah, banyak diminati oleh penduduk berumur 65 tahun ke atas. Menurut jenis kelamin, laki-laki lebih dominan pada semua jenis rokok dibandingkan perempuan, kecuali penggunaan rokok putih pada perempuan 2 kali lebih banyak dibandingkan laki-laki. Menurut pendidikan, penduduk tidak sekolah dan tidak tamat SD lebih banyak menggunakan rokok linting atau tembakau kunyah dibandingkan jenis rokok lainnya, dan pada jenjang pendidikan lainnya didominasi oleh penggunaan kretek dengan filter; demikian juga halnya menurut tingkat pengeluaran per kapita (Tabel 3.7.1.11).

Tabel 3.7.1.8
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Karakteristik
Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Usia Pertama Kali Merokok/Kunyah Tembakau (Tahun)						Tidak Tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Kelompok Umur (tahun)							
10-14	6,9	48,3	0,0	0,0	0,0	0,0	44,8
15-24	1,9	21,7	53,0	4,6	0,0	0,0	18,8
25-34	1,1	13,1	45,4	13,3	2,8	0,2	24,0
35-44	1,0	12,7	41,1	10,0	4,5	3,0	27,8
45-54	1,0	9,8	30,7	17,1	3,9	4,0	33,5
55-64	2,2	9,6	28,0	17,0	4,3	5,5	33,5
65-74	2,8	9,4	23,3	7,8	6,7	9,4	40,6
75+	1,4	10,0	27,1	12,9	2,9	1,4	44,3
Jenis Kelamin							
Laki	1,4	14,3	41,4	11,7	3,0	1,6	26,6
Perempuan	1,2	6,7	26,9	12,2	5,2	10,0	37,7
Pendidikan							
Tidak sekolah	4,1	9,8	29,3	10,6	3,3	4,1	39,0
Tidak tamat SD	2,2	12,4	34,5	13,1	3,3	2,9	31,6
Tamat SD	1,6	14,7	36,5	12,4	3,0	3,1	28,7
Tamat SMP	1,4	17,6	38,0	10,3	3,9	2,7	26,1
Tamat SMA	1,2	12,1	43,7	11,3	2,7	1,8	27,2
Tamat PT	1,4	11,9	41,4	14,8	4,0	1,7	24,8
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan							
Kuintil-1	1,7	17,0	37,5	11,1	4,3	3,1	25,3
Kuintil-2	1,2	12,6	40,3	10,2	3,6	1,6	30,4
Kuintil-3	1,7	14,1	39,5	9,6	3,6	2,9	28,6
Kuintil-4	1,5	13,1	39,7	15,3	1,7	2,3	26,5
Kuintil-5	,9	11,3	42,1	12,4	3,0	2,3	28,0

Tabel 3. 7.1.9
Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama
Anggota Rumah Tangga menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Merokok Di Dalam Rumah
Kepulauan Seribu	66,7
Jakarta Selatan	67,8
Jakarta Timur	57,9
Jakarta Pusat	65,1
Jakarta Barat	64,8
Jakarta Utara	68,1
DKI Jakarta	64,1

Tabel 3.7.1.10
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota
di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Rokok Yang Dihisap							
	Kretek Dengan Filter	Kretek Tanpa Filter	Rokok Putih	Rokok Linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau Dikunyah	Lainnya
Kepulauan Seribu	77,8	37,5	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Jakarta Selatan	67,5	30,4	16,3	3,0	2,2	0,6	1,3	0,0
Jakarta Timur	66,2	30,5	11,2	3,4	1,8	0,7	2,8	1,5
Jakarta Pusat	71,8	35,5	21,9	5,1	2,0	1,0	2,5	1,3
Jakarta Barat	72,3	25,9	11,0	1,5	1,8	0,2	0,7	0,4
Jakarta Utara	73,2	31,7	11,8	2,7	2,2	0,2	1,7	0,0
DKI Jakarta	69,6	30,0	13,5	2,9	2,0	0,5	1,8	0,7

Tabel 3.7.1.11
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI
Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Rokok yang Dihisap							
	Kretek dengan Filter	Kretek Tanpa Filter	Rokok Putih	Rokok Linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau Dikunyah	Lainnya
Kelompok Umur (Tahun)								
10-14	84,2	21,1	42,1	21,1				
15-24	76,4	18,9	22,0	4,5	5,1	0,4	3,4	
25-34	73,7	23,9	18,1	3,1	2,7	0,4	0,3	
35-44	72,2	30,9	7,8	1,4	0,3	0,1	0,1	
45-54	61,0	41,3	8,1	0,9	0,2	0,2	4,0	3,9
55-64	58,9	42,8	6,8	4,7	0,7	2,7	2,7	
65-74	48,0	48,0	3,0	6,0	4,0	2,0	5,0	
75+	43,8	62,5	6,1	3,1		3,1	3,0	
Jenis Kelamin								
Laki	70,5	31,2	12,3	2,8	2,1	0,5	1,5	0,7
Perempuan	60,5	16,0	26,5	4,6		0,0	4,6	
Pendidikan								
Tidak sekolah	49,4	47,2	4,5	3,4	1,1		2,3	1,1
Tidak tamat SD	67,7	39,6	6,8	6,3	2,7	1,4	3,1	0,4
Tamat SD	68,5	34,7	9,0	3,5	1,2	0,6	1,4	0,5
Tamat SMP	70,4	30,5	13,0	2,3	1,7	0,2	1,7	0,8
Tamat SMA	71,9	25,7	15,6	2,9	2,4	0,4	1,9	0,7
Tamat SMA +	65,4	30,5	18,3	1,2	1,5	1,2	0,9	0,6
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan								
Kuintil-1	70,4	29,7	10,9	2,6	2,0	0,5	1,4	0,3
Kuintil-2	69,2	30,7	12,8	2,8	2,0	0,6	1,7	0,4
Kuintil-3	69,8	32,1	12,0	3,4	2,2	0,7	1,2	1,0
Kuintil-4	69,3	27,1	13,5	2,3	1,3	0,4	1,6	0,5
Kuintil-5	68,8	30,8	17,5	3,3	2,5	0,5	2,3	1,1

3.7.2 Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur

Riskesdas 2007 mengumpulkan data frekuensi dan porsi asupan sayur dan buah, dengan menghitung jumlah hari konsumsi dalam seminggu dan jumlah porsi rerata dalam sehari. Penduduk dikategorikan 'cukup' konsumsi sayur dan buah apabila makan sayur dan/atau buah minimal 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu. Dikategorikan 'kurang' apabila konsumsi sayur dan buah kurang dari ketentuan di atas.

Secara keseluruhan di Provinsi DKI Jakarta, penduduk umur 10 tahun ke atas kurang konsumsi buah dan sayur sebesar 94,5%. Konsumsi buah dan sayur paling rendah terdapat di Kepulauan Seribu, sebesar 100%. Sedangkan yang berada di bawah rerata provinsi DKI adalah Jakarta Selatan (93,4%) dan Jakarta Timur

(93,3%). Sementara di Kabupaten/Kota lain berada di atas rerata tersebut (93,6%) (Tabel 3.7.2.1).

Pada tabel 3.7.2.2 tampak bahwa kelompok umur yang paling kurang konsumsi buah dan sayur adalah kelompok umur 10-14 tahun (97,2%). Tidak ada perbedaan konsumsi buah dan sayur antara laki-laki dan perempuan. Sementara berdasarkan pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik konsumsi buah dan sayur. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, dengan meningkatnya strata juga tampak pengurangan prevalensi kurang konsumsi buah dan sayur, dengan perkataan lain, semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita perbulan, semakin tinggi konsumsi buah dan sayur.

Tabel 3.7.2.1
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang Makan Buah Dan Sayur*)
Kepulauan Seribu	100,0
Jakarta Selatan	93,4
Jakarta Timur	93,3
Jakarta Pusat	94,4
Jakarta Barat	95,8
Jakarta Utara	96,0
DKI Jakarta	94,5

*) Kurang makan buah dan sayur, apabila mengonsumsi buah dan atau sayur <5 porsi per hari, 7 hari dalam 1 minggu

Tabel 3.7.2.2
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas
menurut Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang Makan Buah dan Sayur*)
Kelompok Umur (Tahun)	
10-14	97.2
15-24	96.2
25-34	93.8
35-44	92.7
45-54	94.2
55-64	93.1
65-74	94.7
75+	94.0
Jenis Kelamin	
Laki-laki	94.7
Perempuan	94.3
Pendidikan	
Tidak sekolah	95.3
Tidak tamat SD	96.7
Tamat SD	95.3
Tamat SMP	95.4
Tamat SMA	94.1
Tamat PT	89.2
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan	
Kuintil-1	96.9
Kuintil-2	95.9
Kuintil-3	94.6
Kuintil-4	93.0
Kuintil-5	92.4

*) Kurang makan buah dan sayur, apabila mengonsumsi buah dan atau sayur <5 porsi per hari, 7 hari dalam 1 minggu

3.7.3 Alkohol

Salah satu faktor risiko kesehatan adalah kebiasaan minum alkohol. Informasi perilaku minum alkohol didapat dengan menanyakan kepada responden umur 10 tahun ke atas. Karena perilaku minum alkohol seringkali periodik maka ditanyakan perilaku minum alkohol dalam periode 12 bulan dan satu bulan terakhir. Wawancara diawali dengan pertanyaan apakah minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir. Untuk penduduk yang menjawab “ya” ditanyakan dalam 1 bulan terakhir, termasuk frekuensi, jenis minuman dan rerata satuan minuman standar.

Dilakukan kalibrasi terhadap berbagai persepsi ukuran yang digunakan responden, sehingga didapatkan ukuran standar, yaitu satu minuman standar setara dengan bir volume 285 mililiter.

Tabel 3.7.3.1 memperlihatkan prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir di provinsi DKI Jakarta sebanyak 4,0%, sedangkan yang masih minum dalam satu bulan terakhir 2,6%. Beberapa Kabupaten/Kota mempunyai prevalensi minum alkohol lebih tinggi dari angka provinsi DKI (4,6%), seperti di Jakarta Pusat (5,6%) dan Jakarta Utara (5,2%). Pada umumnya Kabupaten/Kota dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam 12 bulan terakhir di atas angka nasional, juga diikuti dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam satu bulan terakhir di atas angka nasional.

Tabel 3.7.3.1
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Konsumsi Alkohol 12 Bulan Terakhir	Konsumsi Alkohol 1 Bulan Terakhir
Kepulauan Seribu	3.3	0,0
Jakarta Selatan	4.1	2,7
Jakarta Timur	3.5	2,2
Jakarta Pusat	5.6	3,5
Jakarta Barat	2.9	2,3
Jakarta Utara	5.2	3,6
DKI Jakarta	4.0	2.6

Tabel 3.7.3.2
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut
Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Mengonsumsi Alkohol 12 Bulan Terakhir	Masih Mengonsumsi Alkohol 1 Bulan Terakhir
Kelompok Umur (tahun)		
10-14	2,1	2,1
15-24	4,6	2,9
25-34	5,1	3,3
35-44	4,4	2,9
45-54	0,4	2,7
55-64	1,8	1,3
65-74	1,1	0,6
75+	0,6	0,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	7,7	5,3
Perempuan	0,6	0,3
Pendidikan		
Tidak sekolah	2,0	1,2
Tidak tamat SD	3,0	2,8
Tamat SD	2,8	2,0
Tamat SMP	4,2	2,8
Tamat SMA	4,8	2,9
Tamat PT	4,7	3,3
Tingkat Pengeluaran Perkapita Per Bulan		
Kuintil-1	4,2	2,6
Kuintil-2	3,8	2,8
Kuintil-3	3,6	2,5
Kuintil-4	4,2	2,8
Kuintil-5	3,8	2,6

Pada tabel 3.7.3.2 dapat dilihat bahwa prevalensi peminum alkohol 12 bulan dan satu bulan terakhir mulai tinggi pada umur antara 15-24 tahun, yaitu sebesar 4,6% dan 2,9%, yang selanjutnya meningkat menjadi 5,1% dan 3,3% pada umur 25-34 tahun, namun kemudian turun dengan bertambahnya umur.

Menurut jenis kelamin, prevalensi peminum alkohol lebih besar laki-laki dibanding perempuan. Sedangkan menurut pendidikan, prevalensi minum alkohol tinggi tampak pada yang berpendidikan tamat SMA dan tamat PT. Tidak tampak perbedaan prevalensi peminum alkohol menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan.

3.7.4 Aktifitas Fisik

Aktivitas fisik secara teratur bermanfaat dalam mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Dikumpulkan data frekuensi beraktivitas fisik dalam seminggu terakhir untuk penduduk 10 tahun ke atas.

Kegiatan aktivitas fisik dikategorikan 'cukup' apabila kegiatan dilakukan terus-menerus sekurangnya 10 menit dalam satu kegiatan tanpa henti dan secara kumulatif 150 menit selama lima hari dalam satu minggu. Selain frekuensi, dilakukan pula pengumpulan data intensitas, yaitu jumlah hari melakukan aktivitas 'berat', 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit aktivitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktivitas yang dilakukan, di mana aktivitas diberi pembobotan, masing-masing untuk aktivitas 'berat' empat kali, aktivitas 'sedang' dua kali terhadap aktivitas 'ringan' atau jalan santai. Pembobotan ini yang dikenal dengan metabolik ekuivalen (MET). MET adalah perbandingan antara metabolik rate orang bekerja dibandingkan dengan metabolik rate orang dalam keadaan istirahat. MET biasa digunakan untuk menggambarkan intensitas aktifitas fisik, dan juga digunakan untuk analisis data GPAC (Global Physical activity Questionnaire). Sebagai batasan aktivitas fisik "cukup" apabila hasil perkalian frekuensi dan intensitas yang dilakukannya dalam satu minggu secara kumulatif sebesar 600 MET.

Pada tabel 3.7.4.1, tampak bahwa hampir setengah penduduk DKI Jakarta (45,8%) kurang melakukan aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat di Kabupaten/Kota Kepulauan Seribu dan Jakarta Timur (masing-masing 56,7%) dan Jakarta Pusat (50,8%). Prevalensi kurang aktivitas fisik di bawah rerata provinsi DKI terdapat di Jakarta Utara (44,0%), Jakarta Barat (39,9%), dan Jakarta Selatan (38,8%).

Pada tabel 3.7.4.2 terlihat bahwa menurut kelompok umur, kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat pada kelompok 75 tahun ke atas (83,4%) dan umur 65-74 tahun (77,0%), dan laki-laki (56,4%) lebih tinggi dibanding perempuan (52,2%). Berdasarkan tingkat pendidikan, semakin tinggi pendidikan semakin tinggi prevalensi kurang aktivitas fisik. Dan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan semakin meningkat prevalensi kurang aktivitas fisik.

Tabel 3.7.4.1
Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 tahun ke Atas menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang Aktivitas Fisik
Kepulauan Seribu	56,7
Jakarta Selatan	38,8
Jakarta Timur	56,7
Jakarta Pusat	50,8
Jakarta Barat	39,9
Jakarta Utara	44,0
DKI Jakarta	54,7

Tabel 3.7.4.2
Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 tahun ke Atas menurut
Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang Aktivitas Fisik
Kelompok Umur (Tahun)	
10-14	71,1
15-24	55,1
25-34	50,4
35-44	45,7
45-54	49,5
55-64	55,9
65-74	77,0
75+	83,4
Jenis Kelamin	
Laki-laki	56,4
Perempuan	52,2
Pendidikan	
Tidak sekolah	60,4
Tidak tamat SD	62,1
Tamat SD	52,4
Tamat SMP	47,6
Tamat SMA	53,3
Tamat PT	63,4
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan	
Kuintil-1	49,0
Kuintil-2	50,4
Kuintil-3	53,0
Kuintil-4	55,3
Kuintil-5	61,7

3.7.5 Pengetahuan dan Sikap Terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS

3.7.5.1 Flu Burung

Data mengenai pengetahuan dan sikap penduduk tentang flu burung dikumpulkan dengan didahului pertanyaan saringan : apakah pernah mendengar tentang flu burung. Untuk penduduk yang pernah mendengar, ditanyakan lebih lanjut pengetahuan tentang penularan dan sikapnya apabila ada unggas yang sakit atau mati mendadak. Penduduk dianggap memiliki pengetahuan tentang penularan flu burung yang benar apabila menjawab cara penularan melalui kontak dengan unggas sakit atau kontak dengan kotoran unggas/pupuk kandang. Penduduk dianggap bersikap benar bila menjawab salah satu : melaporkan kepada aparat terkait, atau membersihkan kandang unggas, atau mengubur/ membakar unggas sakit, apabila ada unggas yang sakit dan mati mendadak.

Tabel 3.7.5.1.1, menunjukkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung di provinsi DKI Jakarta. Secara umum, 80,9% penduduk pernah mendengar tentang flu burung. Di antara mereka, 83,6% memiliki pengetahuan yang benar dan 91,4% memiliki sikap yang benar. Dua Kabupaten/Kota yang penduduknya kurang mendengar tentang flu burung adalah Jakarta Utara (76,4%) dan Jakarta Barat (77,8%). Tetapi kabupaten/kota yang penduduknya mempunyai pengetahuan yang baik tentang flu burung tertinggi juga terdapat di Jakarta Barat (89,7%). Dan yang sikapnya terbaik terdapat di Jakarta Selatan (93,6%).

Tabel 3.7.5.1.1
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Kabupaten/kota di Provinsi DKI Jakarta,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah Mendengar	Berpengetahuan Benar*	Bersikap Benar**
Kepulauan Seribu	86.2	64,0	84,0
Jakarta Selatan	81.2	81,6	93,5
Jakarta Timur	84.4	81,9	89,7
Jakarta Pusat	85.9	78,4	88,9
Jakarta Barat	77.8	89,7	93,1
Jakarta Utara	76.4	83,7	90,3
DKI Jakarta	80.9	83,6	91,4

*) Berpengetahuan benar apabila menjawab "Ya" kontak dengan unggas sakit atau kontak dengan kotoran unggas/pupuk kandang

***) Bersikap benar apabila menjawab "Ya" melaporkan pada aparat terkait, membersihkan kandang unggas, atau mengubur/membakar unggas yang sakit dan mati mendadak.

Tabel 3.7.5.1.2
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI
Jakarta Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Mendengar	Berpengetahuan Benar*	Bersikap Benar**
Kelompok Umur (Tahun)			
10-14	62,3	79,7	85,2
15-24	87,7	86,7	92,7
25-34	89,0	86,1	92,8
35-44	84,3	83,2	92,5
45-54	79,0	81,9	90,2
55-64	72,2	76,6	90,0
65-74	59,4	74,9	88,2
75+	39,4	67,2	80,6
Jenis Kelamin			
Laki	83,2	85,8	93,0
Perempuan	78,9	81,4	89,8
Pendidikan			
Tidak sekolah	47,1	66,1	76,7
Tidak tamat SD	58,3	73,3	83,3
Tamat SD	70,4	79,2	88,9
Tamat SMP	85,4	84,1	91,6
Tamat SMA	91,4	86,6	93,9
Tamat PT	97,0	90,1	95,3
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	75,4	79,7	90,6
Kuintil-2	79,3	84,1	90,4
Kuintil-3	83,1	84,9	90,9
Kuintil-4	84,8	83,0	92,0
Kuintil-5	85,9	87,7	94,0

*) Berpengetahuan benar apabila menjawab "Ya" kontak dengan unggas sakit atau kontak dengan kotoran unggas/pupuk kandang

***) Bersikap benar apabila menjawab "Ya" melaporkan pada aparat terkait, membersihkan kandang unggas, atau mengubur/membakar unggas yang sakit dan mati mendadak.

Tabel 3.7.5.1.2, menunjukkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung dan karakteristik responden di DKI Jakarta. Kelompok umur 25-34 tahun merupakan kelompok tertinggi untuk kategori pernah mendengar, berpengetahuan benar dan bersikap benar. Persentase laki-laki yang pernah mendengar tentang flu burung lebih tinggi dari perempuan (83,2% dibanding 78,9%), demikian juga lebih banyak laki-laki memiliki pengetahuan dan sikap benar. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi presentase penduduk yang telah pernah mendengar tentang flu burung, dan yang mempunyai pengetahuan serta sikap yang benar tentangnya.

3.7.5.2 HIV/AIDS

Berkaitan dengan HIV/AIDS, penduduk ditanyakan apakah pernah mendengar tentang HIV/AIDS. Selanjutnya penduduk yang pernah mendengar ditanyakan lebih lanjut mengenai pengetahuan tentang penularan virus HIV ke manusia (tujuh pertanyaan), pencegahan HIV/AIDS (enam pertanyaan), dan sikap apabila ada anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS (lima pertanyaan). Penduduk dianggap berpengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS apabila menjawab benar masing-masing 60%. Untuk sikap ditanyakan: bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS apakah responden merahasiakan, membicarakan dengan ART lain, mengikuti konseling dan pengobatan, mencari pengobatan alternatif ataukah mengucilkan penderita.

Tabel 3.7.5.2.1, menggambarkan persentase penduduk berumur 10 tahun keatas menurut pengetahuan tentang HIV/AIDS di provinsi DKI Jakarta. Secara umum, 67,8% penduduk DKI Jakarta sudah pernah mendengar tentang HIV/AIDS; tetapi 9,2% di antaranya yang berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS dan 61,8% berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS. Kabupaten/Kota yang penduduknya paling sedikit mendengar tentang HIV/AIDS adalah Kepulauan Seribu (58,6%). Dari yang pernah mendengar, Kabupaten/Kota yang berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS paling rendah Jakarta Selatan (6,2%), sedangkan yang berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS terendah adalah Jakarta Utara (44,6%), disusul dengan Kepulauan Seribu (47,1%).

Tabel 3.7.5.2.1
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah Mendengar	Berpengetahuan* Benar Tentang Penularan	Berpengetahuan** Benar Tentang Pencegahan
Kepulauan Seribu	58,6	11,1	47,1
Jakarta Selatan	68,2	6,2	71,5
Jakarta Timur	70,2	8,1	57,5
Jakarta Pusat	72,5	12,6	57,0
Jakarta Barat	65,7	13,5	70,3
Jakarta Utara	63,5	6,9	44,6
DKI JAKARTA	67,8	9,2	61,8

*) Berpengetahuan benar tentang penularan adalah bila menjawab benar 4 dari 7 pertanyaan

**) Berpengetahuan benar tentang pencegahan adalah bila menjawab benar 4 dari 6 pertanyaan

Tabel 3.7.5.2.2 memperlihatkan persentase penduduk DKI Jakarta yang berusia 10 tahun ke atas menurut pengetahuan tentang HIV/AIDS dan karakteristik responden. Pada umumnya, penduduk usia produktif (15-45 tahun) paling banyak mendengar dan berpengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS. Penduduk berumur 10 tahun ke atas yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS dengan sebaran tertinggi yaitu berusia antara 25-34 tahun (83%) dan terendah pada usia 75 tahun ke atas (23,5%). Sementara penduduk yang berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS dengan sebaran tertinggi berusia 15-24 tahun (65.7%), dan sebaran terendah pada usia 10-14 tahun (43.7%).

Menurut jenis kelamin, laki-laki umumnya lebih banyak mendengar dan mengetahui tentang pencegahan HIV/AIDS dibandingkan perempuan. Tetapi tidak ada perbedaan pengetahuan yang benar tentang penularan HIV/AIDS pada laki-laki dan perempuan. Secara umum, tampak adanya peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS seiring dengan peningkatan umur. Selanjutnya semakin tinggi kuintilnya (kaya), semakin banyak penduduk DKI Jakarta yang berumur 10 tahun ke atas dan pernah mendengar tentang HIV/AIDS serta berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS.

Tabel 3.7.5.2.2
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Mendengar	Berpengetahuan Benar Tentang Penularan *	Berpengetahuan Benar Tentang Pencegahan **
Kelompok Umur (Tahun)			
10-14	30,3	5,7	43,7
15-24	79,5	9,0	65,7
25-34	82,5	10,4	64,0
35-44	72,3	8,6	63,0
45-54	62,9	8,1	57,9
55-64	54,4	8,2	56,5
65-74	42,1	14,6	56,6
75+	23,5	25,0	47,5
Jenis Kelamin			
Laki	71,3	8,8	61,7
Perempuan	64,7	9,6	62,0
Pendidikan			
Tidak sekolah	24,2	14,9	39,7
Tidak tamat SD	29,1	8,9	46,5
Tamat SD	49,6	6,8	52,3
Tamat SMP	72,6	6,7	58,3
Tamat SMA	86,3	8,9	65,3
Tamat PT	94,3	17,0	75,4
Tk. Pengeluaran per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	57,5	6,7	57,6
Kuintil-2	63,1	6,7	56,2
Kuintil-3	68,3	8,3	61,4
Kuintil-4	71,9	11,0	65,8
Kuintil-5	77,2	15,0	65,3

*) Berpengetahuan benar tentang penularan adalah bila menjawab benar 4 dari 7 pertanyaan

**) Berpengetahuan benar tentang pencegahan adalah bila menjawab benar 4 dari 6 pertanyaan

Tabel 3.7.5.2.3
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap, Bila Ada Anggota
Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi DKI
Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Merahasiakan	Bicarakan Dgn ART Lain	Konseling & Pengobatan	Cari Pengobatan Alternatif	Mengucilkan
Kepulauan Seribu	50,0	58,8	88,2	64,7	11,1
Jakarta Selatan	34,8	76,6	92,7	66,7	7,1
Jakarta Timur	28,3	74,6	86,2	49,7	6,0
Jakarta Pusat	31,7	78,8	95,5	55,4	10,4
Jakarta Barat	29,9	86,1	96,0	79,1	5,7
Jakarta Utara	27,9	63,9	89,5	49,4	6,7
DKI Jakarta	30,5	76,6	91,5	61,3	6,8

Tabel 3.7.5.2.4
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada
Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di
Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Merahasiakan	Bicarakan Dgn ART Lain	Konseling & Pengobatan	Cari Pengobatan Alternatif	Mengucilkan
Kelompok Umur (Tahun)					
10-14	41,7	67,2	82,8	54,3	6,7
15-24	34,8	76,3	92,8	65,1	6,9
25-34	29,7	78,6	92,2	63,9	6,5
35-44	27,9	77,8	92,2	59,9	6,1
45-54	28,2	76,7	90,3	57,1	7,7
55-64	22,8	75,2	90,3	54,7	7,6
65-74	28,8	67,8	89,9	54,0	8,6
75+	35,9	64,1	84,6	51,3	7,7
Jenis Kelamin					
Laki-laki	31,1	76,3	91,2	61,6	6,4
Perempuan	30,0	77,0	91,8	60,9	7,1
Pendidikan					
Tidak sekolah	31,4	66,1	84,7	53,4	11,9
Tidak tamat SD	33,7	68,5	84,1	50,3	8,2
Tamat SD	31,1	74,0	89,7	60,9	7,3
Tamat SMP	30,7	76,6	91,8	63,1	7,6
Tamat SMA	30,3	78,1	92,3	61,9	6,1
Tamat PT	29,1	79,0	93,9	61,4	5,9
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan					
Kuintil-1	33,5	74,9	90,5	60,4	7,8
Kuintil-2	32,9	77,3	90,8	62,1	7,3
Kuintil-3	30,9	77,1	90,2	62,0	6,7
Kuintil-4	28,0	75,1	93,0	61,9	5,9
Kuintil-5	29,4	77,2	92,2	59,1	5,7

Tabel 3.7.5.2.3, di atas memperlihatkan persentase penduduk di atas 10 tahun menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan provinsi. Di DKI Jakarta, penduduk yang bersikap merahasiakan dan mengucilkan apabila ada ART yang menderita HIV/AIDS sebesar 37,3% (masing-masing 30,5% dan 6,8%). Sedangkan melakukan konseling dan pengobatan merupakan persentase tertinggi, sebesar 91,5%. Kabupaten/Kota yang penduduknya bersikap baik (sedikit yang merahasiakan dan mengucilkan) adalah Jakarta Utara (27,9% dan 6,7%), Jakarta Timur (28,3% dan 6,0%) dan Jakarta Barat (29,9% dan 5,7%). Sedangkan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta yang penduduknya bersikap baik dalam hal akan melakukan konseling dan pengobatan dengan persentase di atas 90% adalah Jakarta Barat (96,0%), Jakarta Pusat (95,5%) dan Jakarta Selatan (92,7%).

Tabel 3.7.5.2.4, menggambarkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan karakteristik responden di

DKI Jakarta. Hampir tidak ada perbedaan menurut kelompok umur dan jenis kelamin tentang sikap merahasiakan dan mengucilkan yang akan diambil apabila ada anggota rumah tangga menderita HIV/AIDS. Menurut pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin sedikit sikap merahasiakan dan mengucilkan. Dari aspek pekerjaan, yang tidak memiliki pekerjaan relatif lebih banyak yang bersikap merahasiakan dan mengucilkan anggota keluarganya yang menderita HIV/AIDS. Menurut tingkat pengeluaran, semakin tinggi semakin kecil sikap merahasiakan dan mengucilkan ini.

3.7.6 Perilaku Higienis

Perilaku higienis yang dikumpulkan meliputi kebiasaan/perilaku buang air besar (BAB) dan perilaku mencuci tangan. Perilaku BAB yang dianggap benar adalah bila penduduk melakukannya di jamban. Mencuci tangan yang benar adalah bila penduduk mencuci tangan dengan sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar, setelah menceboki bayi/anak, dan setelah memegang unggas/binatang.

Tabel 3.7.6.1 memperlihatkan persentase penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan di provinsi DKI Jakarta. Menurut Kabupaten/Kota, sebesar 98,5% berperilaku benar dalam hal BAB, namun hanya 64,9% yang berperilaku cuci tangan benar. Kabupaten/Kota Jakarta Utara (86,2%), Jakarta Barat (96,8%) dan Jakarta Timur (97,9%) adalah Kabupaten/Kota yang perilaku BAB benarnya rendah di DKI Jakarta (kurang dari 99%). Sedangkan Kabupaten/Kota Jakarta Utara (47,8%), Kepulauan Seribu (62,1%) dan Jakarta Barat (65,6%) adalah Kabupaten/Kota yang perilaku cuci tangan benarnya rendah di DKI Jakarta (kurang dari 67%).

Tabel 3.7.6.1
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perilaku Benar dalam BAB*	Perilaku Benar Cuci Tangan dengan Sabun**
Kepulauan Seribu	99.2	62.1
Jakarta Selatan	99.1	67.5
Jakarta Timur	97.9	70.8
Jakarta Pusat	99.2	73.8
Jakarta Barat	96.8	65.6
Jakarta Utara	86.2	47.8
DKI Jakarta	98.5	44.7

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

***) Perilaku benar dalam cuci tangan bila cuci tangan pakai sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar, dan setelah menceboki bayi/anak, dan setelah memegang unggas/binatang.

Tabel 3.7.6.2
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam
Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden di
Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perilaku Benar Dalam BAB	Perilaku Benar Cuci Tangan Dengan Sabun
Kelompok Umur (Tahun)		
10-14	98.6	56.9
15-24	98.8	64.9
25-34	98.8	67.0
35-44	98.9	67.5
45-54	98.2	67.7
55-64	98.6	68.4
65-74	97.4	57.9
75+	97.6	55.3
Jenis Kelamin		
Laki	98.5	58.4
Perempuan	98.8	71.6
Pendidikan		
Tidak sekolah	96.4	57.9
Tidak tamat SD	97.7	61.4
Tamat SD	98.0	64.5
Tamat SMP	99.0	64.5
Tamat SMA	99.1	66.8
Tamat PT	99.6	72.3
Pekerjaan		
Tidak kerja	98.2	62.5
Sekolah	99.1	60.9
Ibu RT	98.4	73.5
Pegawai	99.1	64.9
Wiraswasta	98.9	64.0
Petani/nelayan/buruh	96.8	57.5
Lainnya	99.2	65.8
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	97.5	61.1
Kuintil-2	98.7	64.2
Kuintil-3	98.7	66.7
Kuintil-4	98.7	66.4
Kuintil-5	99.3	68.7

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

**) Perilaku benar dalam cuci tangan bila cuci tangan pakai sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar, dan setelah menceboki bayi/anak, dan setelah memegang unggas/binatang.

Tabel 3.7.6.2 memperlihatkan persentase penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut karakteristik di provinsi DKI Jakarta. Tidak tampak perbedaan menurut kelompok umur 10 – 64 tahun untuk berperilaku benar dalam BAB dan cuci tangan, tetapi tampak menurun pada umur 65

tahun ke atas. Persentase perempuan yang berperilaku benar dalam BAB dan cuci tangan lebih tinggi dari laki-laki (berturut-turut 98,8% dibanding 98,5%, dan 71,6% dibanding 58,4%). Semakin tinggi pendidikan, perilaku baik dalam BAB dan cuci tangan semakin tinggi. Dari segi pekerjaan, petani/buruh/ nelayan memiliki persentase perilaku baik BAB dan cuci tangan terendah (96,8% dan 57,5%). Sedangkan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi persentase perilaku baik dalam BAB dan cuci tangan.

3.7.7.Pola Konsumsi Makanan Beresiko

Penduduk yang “sering” makan makanan/minuman manis, makanan asin, makanan berlemak, jeroan, makanan dibakar/panggang, makanan yang diawetkan, minuman berkafein, dan bumbu penyedap dianggap sebagai berperilaku konsumsi makanan berisiko. Perilaku konsumsi makanan berisiko dikelompokkan “sering” apabila penduduk mengonsumsi makanan tersebut satu kali atau lebih setiap hari.

Tabel 3.7.7.1
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
Kepulauan Seribu	71,8	16,0	36,1	3,0	22,2	9,6	29,8	92,8
Jakarta Selatan	82,1	39,2	23,0	2,4	3,5	20,7	37,7	84,5
Jakarta Timur	71,3	25,9	21,2	9,8	7,3	18,1	35,9	80,4
Jakarta Pusat	68,1	23,3	17,9	2,9	4,0	12,5	35,1	82,7
Jakarta Barat	81,4	28,4	25,2	2,9	3,2	15,2	31,4	89,7
Jakarta Utara	60,8	16,6	15,7	3,4	3,4	10,5	28,5	78,0
DKI Jakarta	74,3	27,8	21,4	4,7	4,5	16,2	34,0	83,5

Sering mengonsumsi makanan manis, dilakukan oleh 74,3% penduduk DKI Jakarta yang berusia ≥ 10 tahun, dan menurut kabupaten/kota prevalensi sering mengonsumsi makanan manis paling tinggi ditemukan di Jakarta Selatan (82,1%), dan paling rendah di Jakarta Utara (60,8%). Sedangkan prevalensi sering mengonsumsi makanan asin ditemukan 27,8%, Jakarta Selatan juga mempunyai prevalensi paling tinggi (39,2%) dibanding wilayah lainnya, sementara Kepulauan Seribu (16%) mempunyai prevalensi sering mengonsumsi makanan asin paling rendah. Prevalensi sering mengonsumsi makanan berlemak, ditemukan 21,4%. Menurut kabupaten/kota, Kepulauan Seribu mempunyai prevalensi sering mengonsumsi makanan berlemak paling tinggi (36,1%), dan Jakarta Utara (15,7%). Sedangkan prevalensi sering mengonsumsi jeroan ditemukan 4,7% dari penduduk DKI Jakarta yang berusia ≥ 10 tahun, Jakarta Timur mempunyai prevalensi paling tinggi (9,8%) dibanding wilayah lainnya, dan Jakarta Selatan mempunyai prevalensi sering mengonsumsi jeroan paling rendah (2,4%). Penduduk usia ≥ 10 tahun yang sering mengonsumsi makanan dipanggang adalah 4,5%, dan menurut kabupaten/kota prevalensi tertinggi ditemukan di Kepulauan Seribu (22,2%), sebaliknya yang terendah ditemukan di Jakarta Barat (3,2%). Prevalensi sering mengonsumsi makanan yang diawetkan ditemukan 16,2%, menurut wilayah prevalensi tertinggi ditemukan di Jakarta Selatan (20,7%), sebaliknya yang terendah ditemukan di Kepulauan Seribu (9,6%). Sementara prevalensi sering mengonsumsi

minuman berkafein di DKI Jakarta ditemukan sebesar 34%, Jakarta Selatan mempunyai prevalensi paling tinggi (37,7%), dan Jakarta Utara mempunyai prevalensi sering minum minuman berkafein paling rendah (28,5%). Secara umum sering mengonsumsi penyedap makanan dilakukan 83,5% penduduk berusia \geq 10 tahun. Prevalensi di setiap wilayah umumnya juga tinggi berkisar antara 78% sampai dengan 98,2%, dan Kepulauan Seribu merupakan provinsi yang mempunyai prevalensi paling tinggi (Tabel 3.7.7.1).

Tabel 3.7.7.2
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Karakteristik di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
Kelompok Umur (tahun)								
10-14	79,8	24,5	24,5	7,1	7,8	27,9	12,0	77,6
15-24	73,9	28,6	23,1	5,5	5,0	19,0	24,6	83,9
25-34	73,9	28,6	23,4	4,5	3,4	15,5	35,1	85,0
35-44	74,5	27,8	20,3	3,2	4,6	14,8	42,2	86,5
45-54	74,8	28,1	20,1	4,3	4,0	12,9	46,0	84,9
55-64	69,4	25,5	15,4	4,2	3,3	8,8	40,1	77,8
65-74	71,8	28,9	15,1	3,9	4,4	10,7	37,9	78,3
75+	71,0	36,8	13,7	7,2	2,1	8,8	41,3	85,3
Jenis Kelamin								
Laki-Laki	75,6	27,4	21,5	5,1	4,3	16,5	46,3	82,5
Perempuan	73,1	28,3	21,4	4,3	4,7	16,0	23,0	84,5
Pendidikan								
Tidak Sekolah	70,8	29,8	20,4	4,5	2,9	15,4	39,0	84,2
Tidak Tamat SD	77,5	26,0	22,7	6,4	6,1	20,4	24,3	80,9
Tamat SD	74,2	28,5	21,8	4,2	3,8	17,8	33,3	87,0
Tamat SMP	74,2	28,3	20,5	3,8	4,0	15,5	35,4	85,1
Tamat SMA	73,7	28,0	22,4	5,2	5,0	16,0	36,9	83,5
Tamat PT	74,2	26,3	17,9	3,7	4,1	10,4	31,6	75,7
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan								
Kuintil-1	73,3	27,1	21,7	4,2	4,1	20,5	34,5	89,1
Kuintil-2	76,2	27,2	22,1	4,9	4,5	18,9	34,5	85,1
Kuintil-3	74,2	28,4	21,6	5,9	4,2	16,9	33,9	84,9
Kuintil-4	74,6	28,4	20,7	3,9	3,8	13,2	35,8	80,6
Kuintil-5	75,2	30,1	21,3	4,6	6,0	13,1	33,5	80,0

Di DKI Jakarta tidak nampak adanya perbedaan pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis, asin, dan penyedap makanan menurut umur. Sedangkan perilaku sering mengonsumsi makanan berlemak, jeroan, makan dipanggang dan diawetkan cenderung menurun dengan meningkatnya usia. Sementara perilaku sering minum minuman berkafein nampak meningkat sesuai peningkatan usia namun setelah usia 55 tahun prevalensi cenderung menurun,

meski tetap tinggi. Menurut jenis kelamin, laki-laki cenderung lebih sering mengonsumsi makanan yang manis-manis, dan minum minuman berkafein dibandingkan perempuan. Sementara untuk konsumsi jenis makanan berisiko lainnya pola prevalensi hampir sama. Menurut tingkat pendidikan, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis, makanan berlemak, dan jeroan tidak mempunyai pola yang khas. Sedangkan untuk makanan asin, minum minuman berkafein, makanan yang dipanggang, diawetkan dan penyedap makanan pola prevalensi cenderung berbanding terbalik, yaitu cenderung menurun sesuai dengan meningkatnya tingkat pendidikan. Sementara menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, prevalensi sering mengonsumsi makanan manis, makanan asin, makanan berlemak, jeroan dan makanan yang dipanggang tidak nampak berbeda dan tidak ada pola yang khas. Sementara pola prevalensi sering mengonsumsi makanan yang diawetkan, minum minuman berkafein, dan penyedap makanan nampak berbanding terbalik dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

3.7.8. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Riskesdas 2007 mengumpulkan 10 indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)¹ yang terdiri dari enam indikator individu dan empat indikator rumah tangga. Indikator individu meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif, kepemilikan/ketersediaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, penduduk tidak merokok, penduduk cukup beraktivitas fisik, dan penduduk cukup mengonsumsi sayur dan buah. Indikator Rumah Tangga meliputi rumah tangga memiliki akses terhadap air bersih, akses jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni ($\geq 8\text{m}^2$ / orang), dan rumah tangga dengan lantai rumah bukan tanah.

Dalam penilaian PHBS ada dua macam rumah tangga, yaitu rumah tangga dengan balita dan rumah tangga tanpa balita. Untuk rumah tangga dengan balita digunakan 10 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah 10; sedangkan untuk rumah tangga tanpa balita terdiri dari 8 indikator, sehingga nilai tertinggi delapan (8). PHBS diklasifikasikan “kurang” apabila mendapatkan nilai kurang dari enam (6) untuk rumah tangga mempunyai balita dan nilai kurang dari lima (5) untuk rumah tangga tanpa balita.

Tabel 3.7.8, memperlihatkan Persentase rumah tangga yang memenuhi kriteria PHBS baik menurut provinsi DKI Jakarta. Secara Kabupaten/Kota, penduduk yang telah memenuhi kriteria PHBS baik sebesar 42,4%. Terdapat dua Kabupaten/Kota dengan pencapaian di atas rerata provinsi DKI, yaitu Jakarta Selatan (51,6%) , dan Jakarta Timur (47,4). Sedangkan Kabupaten/Kota dengan pencapaian PHBS rendah berturut-turut adalah Kepulauan Seribu (26,5%), Jakarta Pusat (39,1%) dan Jakarta Barat (40,9%).

¹ Program PHBS adalah upaya untuk memberi pengalaman belajar atau menciptakan kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku hidup bersih dan sehat, melalui pendekatan pimpinan, bina suasana dan pemberdayaan masyarakat.

Tabel 3.7.8
Persentase Rumah Tangga yang Memenuhi Kriteria Perilaku Hidup
Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI
Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	PHBS Baik
Kepulauan Seribu	26,5
Jakarta Selatan	51,6
Jakarta Timur	47,4
Jakarta Pusat	39,1
Jakarta Barat	40,9
Jakarta Utara	42,9
DKI Jakarta	42,4

3.8 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

3.8.1 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu, antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosial-ekonomi dan budaya. Dalam analisis ini, sarana pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

Sarana pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktek dan bidan praktek

Upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yaitu pelayanan posyandu, poskesdes, pos obat desa, warung obat desa, dan polindes/bidan di desa.

Untuk masing-masing kelompok pelayanan kesehatan tersebut dikaji akses rumah tangga ke sarana pelayanan kesehatan tersebut. Selanjutnya untuk UKBM dikaji tentang pemanfaatan dan jenis pelayanan yang diberikan/diterima oleh rumah tangga/RT (masyarakat), termasuk alasan apabila responden tidak memanfaatkan UKBM dimaksud.

Tabel 3.8.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke
Sarana Pelayanan Kesehatan^{*)} Menurut Kabupaten/Kota DKI Jakarta,
Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Jarak Ke Yankes			Waktu Tempuh Ke Yankes			
	< 1 Km	1 - 5 Km	> 5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Kepulauan Seribu	79.1	20.9	-	60.1	27.5	11.1	1.3
Jakarta Selatan	57.4	42.6	-	63.9	29.1	6.1	0.9
Jakarta Timur	62.8	37.2	-	78.2	19.5	1.9	0.5
Jakarta Pusat	71.5	28.5	-	83.2	15.9	0.8	0.1
Jakarta Barat	44.7	55.3	-	58.7	35.5	5.5	0.3
Jakarta Utara	61.7	38.3	-	67.1	31.0	1.9	0.0
DKI JAKARTA	58.0	42.0	-	69.3	26.5	3.8	0.4

Catatan: ^{*)} Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Tabel 3.8.1.1 menunjukkan bahwa 58,0% RT di DKI Jakarta berada kurang dari 1 Km dari sarana pelayanan kesehatan, sedangkan masih 42,0% sarana pelayanan kesehatan berada pada jarak lebih dari 1 Km tetapi kurang dari 5 km, tidak ditemukan jarak >5 Km. Kabupaten/kota dengan Persentase RT bertempat tinggal lebih dari 1 km dan <5 Km ke sarana pelayanan kesehatan tertinggi ditemukan di Jakarta Barat dan yang terendah di Kepulauan Seribu.

Dari segi waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan nampak bahwa 69,3% penduduk dapat mencapai ke sarana pelayanan kesehatan kurang atau sama dengan 15 menit dan sebanyak 26,5% penduduk dapat mencapai sarana pelayanan kesehatan dimaksud antara 16-30 menit. Dengan demikian di DKI masih ada sekitar 4,2% RT yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan. Kabupaten/kota dengan Persentase tertinggi RT yang memerlukan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke sarana kesehatan adalah Kepulauan Seribu (12,4%), Jakarta Selatan (7,0%), dan Jakarta Barat (5,8%), sedangkan yang terendah adalah Jakarta Pusat (0,9%).

Tabel 3.8.1.2, menyajikan informasi tentang jarak dan waktu tempuh rumah tangga terhadap sarana pelayanan kesehatan menurut karakteristik rumah tangga. Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tidak terdapat pola kecenderungan dengan jarak atau waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan.

Tabel 3.8.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik RumahTangga Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak Ke Yankes			Waktu Tempuh Ke Yankes			
	< 1 Km	1 - 5 Km	> 5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe Daerah							
Perkotaan	58.0	42.0	-	69.3	26.5	3.8	0.4
Tingkat Pengeluaran rumahtangga per kapita							
Kuintil 1	62.0	38.0	-	70.3	25.1	4.3	0.3
Kuintil 2	59.7	40.3	-	66.7	28.2	4.5	0.6
Kuintil 3	58.3	41.7	-	69.7	27.5	2.4	0.3
Kuintil 4	59.0	41.0	-	71.3	24.8	3.5	0.4
Kuintil 5	50.7	49.3	-	68.3	27.0	4.3	0.4

Catatan: *) Sarana Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Tabel 3.8.1.3, menjelaskan akses rumah tangga ke UKBM, meliputi Posyandu, Poskesdes, dan Polindes.

Tabel 3.8.1.3
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke
Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* Menurut Kabupaten/Kota DKI
Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak Ke Yankes			Waktu Tempuh Ke Yankes			
	< 1 Km	1 - 5 Km	> 5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Kepulauan Seribu	97.1	2.9		90.8	6.5	2.6	
Jakarta Selatan	90.9	9.1		87.8	10.1	2.0	
Jakarta Timur	89.3	10.7		90.7	7.9	1.2	0.2
Jakarta Pusat	93.8	6.2		96.9	2.9		0.2
Jakarta Barat	73.6	26.4		83.7	14.4	2.0	
Jakarta Utara	91.7	8.3		88.1	10.9	1.0	
DKI JAKARTA	86.8	13.2		88.6	9.9	1.4	0.1

*) UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes

Dari segi jarak, nampak bahwa 86,8% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 13,2% berjarak 1-5 km dari UKBM. Kabupaten/Kota dengan Persentase rumah tangga tertinggi berjarak 1-5 km ke UKBM adalah Jakarta Barat (26,4%), dan yang terendah adalah Kepulauan Seribu (2,9%%).

Dari segi waktu tempuh ke UKBM nampak bahwa 88,6% rumah tangga di Indonesia dapat mencapai UKBM dalam waktu kurang dari atau sama dengan 15 menit. Sebanyak 9,9% rumah tangga memerlukan waktu antara 16-30 menit, dan 1,4% rumah tangga yang tersisa memerlukan waktu lebih dari 30 menit. Kabupaten/Kota dengan Persentase rumah tangga dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke UKBM tertinggi adalah Kepulauan Seribu (2,6%).

Pada tabel 3.8.1.4, tidak tampak pola antara jarak atau waktu tempuh ke UKBM berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Jarak ke UKBM kurang dari 1 km sebanyak 86,8% dan antar 1-5 km sebesar 13,2%. Mengenai waktu tempu banyak pada kurang sama dengan 15 menit (88,6%).

Tabel 3.8.1.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke
Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) dan Karakteristik Rumah
Tangga Riskedas 2007

Karakteristik	Jarak Ke UKBM			Waktu Tempuh Ke UKBM			
	< 1 Km	1 - 5 Km	> 5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe Daerah							
Perkotaan	86.8	13.2		88.6	9.9	1.4	0.1
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan							
Kuintil 1	88.6	11.4		89.9	8.8	1.1	0.2
Kuintil 2	88.1	11.9		87.6	11.0	1.4	
Kuintil 3	86.8	13.2		89.6	8.6	1.8	
Kuintil 4	87.0	13.0		87.9	10.8	1.2	0.1
Kuintil 5	83.5	16.5		87.9	10.3	1.5	0.2

*) UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes

Tabel 3.8.1.5 memberikan gambaran persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan posyandu atau poskesdes di tiap kabupaten/kota selama tiga bulan terakhir. Secara keseluruhan, di DKI Jakarta sebanyak 25,4% rumah tangga memanfaatkan pelayanan di posyandu atau poskesdes. Sebanyak 66,7% rumah tangga menyatakan tidak membutuhkan pelayanan di posyandu atau poskesdes karena berbagai alasan, seperti tidak ada anggota rumah tangga (ART) yang sakit, tidak ada yang hamil atau tidak mempunyai bayi/balita.

Tabel 3.8.1.5
Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
Menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta
Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lain
Kepulauan Seribu	44.1	40.5	15.4
Jakarta Selatan	29.2	63.5	7.3
Jakarta Timur	24.7	68.6	6.7
Jakarta Pusat	24.3	73.6	2.1
Jakarta Barat	21.0	65.0	13.9
Jakarta Utara	28.0	66.5	5.5
DKI JAKARTA	25.4	66.7	7.9

Kabupaten/kota dengan persentase rumah tangga memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes tertinggi adalah Kepulauan Seribu (44,1%) dan terendah adalah Jakarta Barat (21,0%). Kabupaten/kota dengan persentase rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/ poskesdes karena alasan lain tertinggi juga Kepulauan Seribu (15,4%), sedangkan terendah di Jakarta Pusat (2,1%). Tabel 3.8.1.6, menggambarkan pemanfaatan posyandu/poskesdes berdasarkan karakteristik rumah tangga. Ditinjau dari tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, nampak ada kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin kurang memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes.

Tabel 3.8.1.6
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan
Posyandu/Poskesdes dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	25.4	66.7	7.9
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita Per Bulan			
Kuintil 1	35.3	58.8	5.9
Kuintil 2	28.3	63.7	7.9
Kuintil 3	29.3	62.9	7.8
Kuintil 4	21.5	70.5	8.0
Kuintil 5	12.5	77.5	10.1

Tabel 3.8.1.7, menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir. Tampak secara keseluruhan di DKI Jakarta jenis pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga adalah penimbangan (85,1%) dan imunisasi (60,5%). Hanya sedikit rumah tangga yang memanfaatkan posyandu/poskesdes untuk konsultasi risiko penyakit (15,4%) dan pelayanan KIA (27,2%).

Tabel 3.8.1.7
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas
2007

Kabupaten/Kota	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Risiko Penyakit
Kepulauan Seribu	96.3	20.4	54.9	10.1	23.1	10.5	77.5	65.9	3.7
Jakarta Selatan	93.3	50.6	66.8	29.1	26.1	24.4	72.2	76.7	10.0
Jakarta Timur	78.0	40.5	53.8	23.2	22.8	39.7	50.5	55.0	21.0
Jakarta Pusat	95.9	42.6	69.4	29.8	36.1	25.0	70.2	69.7	14.0
Jakarta Barat	78.5	40.1	58.9	24.2	37.8	34.8	41.3	52.8	15.4
Jakarta Utara	84.4	38.2	58.0	32.2	30.5	41.6	41.4	53.1	16.1
DKI Jakarta	85.1	42.8	60.5	27.2	29.2	33.5	54.9	61.5	15.4

Tabel 3.8.1.8 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, jenis pelayanan yang dimanfaatkan bervariasi pada semua tingkat pengeluaran.

Tabel 3.8.1.8
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Tipe Daerah	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Risiko Penyakit
Tipe Daerah									
Perkotaan	85.1	42.8	60.5	27.2	29.2	33.5	54.9	61.5	15.4
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan									
Kuintil-1	85.4	48.0	66.4	25.4	29.6	35.4	62.9	63.9	14.9
Kuintil-2	85.1	44.8	59.9	26.5	30.2	34.6	54.6	63.6	15.7
Kuintil-3	89.4	37.6	60.2	30.1	29.9	28.3	53.7	64.2	14.4
Kuintil-4	82.2	37.1	58.0	23.6	29.5	34.1	46.4	56.1	15.7
Kuintil-5	78.4	45.0	49.5	33.9	23.5	35.4	49.3	51.7	17.2

Tabel 3.8.1.9, menggambarkan alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir (di luar yang tidak membutuhkan).

Pada rumah tangga yang sebetulnya membutuhkan pelayanan posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir tetapi tidak memanfaatkan diminta untuk menyebutkan alasannya. Alasan utama RT tidak memanfaatkan posyandu karena letaknya yang jauh sebesar 16,2%, tidak ada posyandu sebesar 22,8% dan layanan tidak lengkap sebesar 61,0%.

Persentase rumah tangga tertinggi menjawab 'layanan tidak lengkap' adalah Kepulauan Seribu (76,6%) dan terendah adalah Jakarta Selatan (23,5%). Untuk alasan 'tidak ada posyandu/poskesdes' tertinggi di Jakarta Selatan dan terendah Kepulauan Seribu. Sedangkan untuk alasan 'letak posyandu/poskesdes jauh' tertinggi di Jakarta Selatan (58,8%) dan terendah di Jakarta Timur (5,2%).

Tabel 3.8.1.9
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak
Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan
Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak Jauh	Tidak Ada Posyandu	Layanan Tidak Lengkap
Kepulauan Seribu	10.6	12.8	76.6
Jakarta Selatan	17.6	58.8	23.5
Jakarta Timur	13.8	5.2	81.0
Jakarta Pusat	15.8	42.1	42.1
Jakarta Barat	18.7	9.7	71.6
Jakarta Utara	9.8	35.3	54.9
DKI JAKARTA	16.2	22.8	61.0

Tabel 3.8.1.10, menggambarkan alasan utama (di luar tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menurut karakteristik rumah tangga. Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tampak bervariasi jawaban responden tentang alasan utama tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes.

Tabel 3.8.1.10
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak
Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan
Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah Tangga	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak Jauh	Tdk Ada Posyandu	Layanan Tdk Lengkap
Tipe Daerah			
Perkotaan	16.2	22.8	61.0
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	19.0	17.2	63.8
Kuintil-2	24.2	20.1	55.7
Kuintil-3	19.5	16.4	64.1
Kuintil-4	7.6	30.9	61.5
Kuintil-5	12.7	26.6	60.7

Tabel 3.8.1.11, di bawah ini menggambarkan pemanfaatan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir. Hampir separuh dari rumah tangga tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan di desa. Hanya 6,4% rumah tangga menyatakan memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa; 49,4% rumah tangga menyatakan tidak memanfaatkan dan 46,8% menyatakan tidak membutuhkan.

Kabupaten/kota dengan persentase rumah tangga tertinggi yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan desa adalah Jakarta Utara (9,5%) dan terendah Kepulauan Seribu (1,6%). Sedangkan kabupaten/kota dengan persentase rumah tangga tertinggi yang tidak memanfaatkan dengan alasan lain (diluar tidak membutuhkan) adalah Kepulauan Seribu (78,1%) dan terendah Jakarta Utara (22,8%).

Tabel 3.8.1.11
Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa Menurut Kabupaten/Kota di DKI Jakarta Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lain
Kepulauan Seribu	1.6	20.3	78.1
Jakarta Selatan	5.7	46.7	47.6
Jakarta Timur	7.9	57.2	34.9
Jakarta Pusat	4.3	34.4	61.2
Jakarta Barat	4.1	37.4	58.6
Jakarta Utara	9.5	67.7	22.8
DKI JAKARTA	6.4	49.4	44.2

Tabel 3.8.1.12, menggambarkan pemanfaatan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Secara keseluruhan hampir separuh rumah tangga, baik tingkat pengeluaran rumah tangga tinggi maupun rendah, tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan di desa. Pemanfaatan Polindes hampir sama pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga.

Tabel 3.8.1.12
Persentase Rumah Tangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa Menurut Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	6.4	49.4	44.2
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	7.1	49.4	43.5
Kuintil-2	7.7	48.3	44.0
Kuintil-3	8.0	47.8	44.3
Kuintil-4	4.5	49.3	46.2
Kuintil-5	4.6	52.5	42.9

Dari rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir, jenis pelayanan yang diterima dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu pelayanan KIA dan pengobatan. Pelayanan KIA meliputi pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus, dan pemeriksaan bayi/balita.

Dari tabel 3.8.1.13, dapat dilihat bahwa pelayanan di polindes terbanyak adalah pengobatan, menyusul kemudian pemeriksaan kehamilan dan bayi/balita. Sehingga dapat di lihat pertolongan bidan desa dalam melakukan pengobatan masih diharapkan oleh masyarakat, tidak hanya dalam kesehatan ibu dan anak.

Tabel 3.8.1.13
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Kepulauan Seribu	39.7				20.3	60.3
Jakarta Selatan	41.2	25.5	23.5	25.5	41.2	66.0
Jakarta Timur	42.2	6.6	10.0	6.7	25.0	53.0
Jakarta Pusat	27.3	9.7	12.5	9.7	30.3	74.4
Jakarta Barat	35.3	20.6	8.8	11.8	51.4	44.4
Jakarta Utara	34.8	12.4	14.6	10.1	33.7	55.1
DKI Jakarta	38.3	14.3	14.1	12.5	34.8	56.5

Tabel 3.8.1.14, menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan karakteristik rumah tangga.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita tidak menunjukkan pola yang spesifik dengan memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa.

Tabel 3.8.1.14
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa
menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas
2007

Karakteristik	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Tipe Daerah						
Perkotaan	38.3	14.3	14.1	12.5	34.8	56.5
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan						
Kuintil-1	34.2	23.5	16.6	15.9	36.3	63.2
Kuintil-2	34.8	13.4	15.6	11.6	30.9	58.5
Kuintil-3	35.4	13.6	14.8	14.3	46.1	53.0
Kuintil-4	42.6	11.6	11.6	12.6	30.3	47.9
Kuintil-5	50.5	5.6	9.0	5.8	25.3	57.0

Tabel 3.8.1.15, menggambarkan alasan utama rumah tangga (di luar yang tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut provinsi.

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir diminta untuk menyampaikan alasannya. Alasan utama yang mengemuka meliputi 'tidak ada polindes/bidan di desa' (81,9%), lainnya (10,9%), 'layanan tidak lengkap' (6,2,%) dan letaknya jauh (1,1%).

Tabel 3.8.1.15
Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di
Desa Menurut Alasan Lain dan Kabupaten/Kota di
DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Lain Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan			
	Letak Jauh	Tidak Ada Polindes/Bidan	Layanan Tidak Lengkap	Lainnya
Kepulauan Seribu	0.4	90.8	7.9	0.8
Jakarta Selatan	0.2	94.3	3.6	1.8
Jakarta Timur	3.0	72.8	5.3	18.9
Jakarta Pusat	0.7	94.9	0.2	4.2
Jakarta Barat	0.4	74.2	11.5	13.9
Jakarta Utara	1.9	74.6	6.1	17.4
DKI JAKARTA	1.1	81.9	6.2	10.9

Tabel 3.8.1.16, menggambarkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan utama (di luar yang tidak membutuhkan) menurut karakteristik rumah tangga. Alasan tidak memanfaatkan Polindes hampir sama untuk semua tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita dan alasan terbanyak adalah tidak adanya polindes.

Tabel 3.8.1.16
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/BDD			
	Letak Jauh	Tidak Ada Polindes/Bidan	Layanan Tidak Lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	1.1	81.9	6.2	10.9
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan				
Kuintil-1	0.7	85.3	3.8	10.2
Kuintil-2	1.1	84.6	5.6	8.7
Kuintil-3	1.5	87.0	3.8	7.7
Kuintil-4	0.5	76.0	8.9	14.6
Kuintil-5	1.6	76.3	8.9	13.2

Tabel 3.8.1.17 menyajikan informasi tentang pemanfaatan Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD) dalam tiga bulan terakhir, yang sebenarnya juga tidak ada di DKI Jakarta. Jawaban yang ada kemungkinan ditujukan pada Posyandu yang biasanya menyediakan obat-obatan simptomatik yang tidak berbahaya yang bersifat bebas. Sebagian besar masyarakat juga menjawab tidak memanfaatkan POD/WOD.

Tabel 3.8.1.17
Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lain
Kepulauan Seribu	10.8	2.9	86.3
Jakarta Selatan	0.1	16.1	83.8
Jakarta Timur	5.8	9.5	84.7
Jakarta Pusat	9.5	13.5	77.1
Jakarta Barat	10.7	11.3	77.9
Jakarta Utara	5.0	16.9	78.1
DKI JAKARTA	5.9	13.0	81.1

Pemanfaatan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga tersaji pada Tabel 3.8.1.18 menunjukkan tidak ada perbedaan pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD diminta untuk menyebutkan alasannya. Sebagai alasan utama tidak memanfaatkan POD/WOD, karena 'tidak ada POD/WOD' (Tabel 3.8.1.19).

Tabel 3.8.1.18
Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat
Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas
2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	5.9	13.0	81.1
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	5.2	14.6	80.1
Kuintil-2	6.8	11.4	81.8
Kuintil-3	5.2	13.7	81.1
Kuintil-4	6.4	12.3	81.2
Kuintil-5	5.9	13.2	81.0

Tabel 3.8.1.19
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota DKI Jakarta,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pod/Wod			
	Lokasi Jauh	Tidak Ada POD/WOD	Obat Tidak Lengkap	Lainnya
Kepulauan Seribu		94.3	5.7	
Jakarta Selatan	0.1	94.1	1.3	4.5
Jakarta Timur	0.5	85.2	1.0	13.3
Jakarta Pusat	0.3	83.4	0.3	16.0
Jakarta Barat	1.6	96.0	0.5	1.9
Jakarta Utara	0.4	94.9	0.1	4.5
DKI JAKARTA	0.6	91.1	0.8	7.5

Tabel 3.8.1.20, menyajikan informasi tentang alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga. Alasan di atas juga tidak berbeda untuk masing-masing tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.8.1.20
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi Jauh	Tidak Ada POD/WOD	Obat Tidak Lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	0.6	91.1	0.8	7.5
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan				
Kuintil-1	0.6	90.5	0.5	8.4
Kuintil-2	0.5	92.8	1.1	5.7
Kuintil-3	1.0	91.4	0.3	7.3
Kuintil-4	0.2	90.2	1.0	8.5
Kuintil-5	1.0	90.5	0.9	7.6

3.8.2 Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), di samping peningkatan derajat kesehatan (*health status*) dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*). Pada bagian ini dikumpulkan informasi tentang jenis sarana dan sumber pembiayaan yang paling sering dimanfaatkan oleh responden

Pembiayaan kesehatan meliputi untuk perawatan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sumber biaya dibedakan menjadi sumber biaya sendiri/keluarga, Asuransi (Askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes Swasta, dan JPK Pemerintah Daerah), Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Dana Sehat, dan lainnya. Dari data ini diperoleh gambaran tentang seberapa besar persentase rumah tangga yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan, termasuk penggunaan Askeskin/SKTM yang salah sasaran.

Seluruh penduduk diminta untuk memberikan informasi tentang apakah yang bersangkutan pernah menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Mereka yang pernah rawat jalan maupun rawat inap diminta untuk menjelaskan dimana terakhir menjalani perawatan kesehatan, serta dari mana sumber biaya perawatan kesehatan tersebut. Pihak-pihak yang menanggung biaya perawatan kesehatan tersebut bisa lebih dari satu.

Secara keseluruhan, pemanfaatan fasilitas rawat inap di DKI Jakarta paling tinggi RS Swasta (4,8%), diikuti RS pemerintah (3,3%). Tiga kabupaten/kota dengan RS swasta sebagai rawat inap di atas rerata DKI adalah Jakarta Barat (6,7%), Jakarta Timur (6,2%), dan Jakarta Selatan (5,1%). Sedangkan yang memanfaatkan RS Pemerintah untuk rawat inap tinggi pada Jakarta Selatan (5,3%) dan terendah pada Jakarta Pusat (1,7%). Persentase penduduk yang memanfaatkan RS Luar Negeri atau Batra sebagai tempat rawat inap.

Pemanfaatan RS swasta sebagai tempat rawat inap semakin tinggi dengan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan.

Tabel 3.8.2.1
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Provinsi,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Berobat Rawat Inap								
	Rs Pemerintah	Rs Swasta	Rs Ln	Rsb	Puskes-Mas	Nakes	Batra	Lain-Nya	Tidak Rawat Inap
Kepulauan Seribu	2,3	3,9	0,0	0,5	0,0	0,1	0,1	0,0	93,2
Jakarta Selatan	5,3	5,1	0,0	0,6	0,1	0,2	0,1	0,1	88,5
Jakarta Timur	3,5	6,2	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,1	88,7
Jakarta Pusat	1,7	3,8	0,0	0,9	0,0	0,2	0,1	0,1	93,1
Jakarta Barat	3,7	6,7	0,0	0,4	0,5	0,2	0,0	0,1	88,4
Jakarta Utara	2,3	3,9	0,0	0,5	0,0	0,1	0,1	0,0	93,2
DKI JAKARTA	3,3	4,8	0,0	0,6	0,1	0,2	0,1	0,1	90,7

Tabel 3.8.2.2
Persentase Penduduk Rawat Inap
Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Berobat Rawat Inap								
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Puskes-Mas	Nakes	Batra	Lain-Nya	Tidak Rawat Inap
Tipe Daerah									
Perkotaan	3.3	4.8	0	0.6	0.1	0.2	0.1	0.1	90.7
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan									
Kuintil-1	3.3	3	0	0.5	0.2	0.2	0.1	0.1	92.7
Kuintil-2	2.6	3.8	0	0.4	0.1	0.1	0.1	0.1	92.8
Kuintil-3	3.7	4	0	0.9	0.2	0.4	0	0	90.8
Kuintil-4	3.5	6.2	0	0.6	0.2	0.2	0.2	0.1	89.1
Kuintil-5	3.7	6.9	0.1	0.4	0.1	0.2	0.1	0.2	88.5

Tabel 3.8.2.3, memperlihatkan bahwa sumber pembiayaan rawat inap secara keseluruhan untuk DKI Jakarta masih didominasi (67,0%) pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri atau keluarga (*out of pocket*), kemudian berturut-turut disusul oleh pembiayaan oleh Askes/Jamsostek (23,9%), dan lain-lain (10,4%). Di kepulauan seribu seluruh responden tidak menggunakan biaya rawat inap pada askes/jamsostek dan dana sehat. Untuk daerah lain menggunakan pembiayaan dengan sendir, askes, jamsostek, askeskin, dana sehat dan lain-lain.

Tabel 3.8.2.3
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan
Kabupaten/Kota DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Kepulauan Seribu	85.4		18.8		2.1
Jakarta Selatan	70.7	23.4	3.2	1.4	12.2
Jakarta Timur	56.8	32.0	5.4	0.3	11.2
Jakarta Pusat	67.1	21.8	8.2	0.3	15.2
Jakarta Barat	72.3	21.3	3.4	0.9	7.7
Jakarta Utara	68.0	23.5	6.0	2.3	7.8
DKI JAKARTA	67.0	23.9	5.9	1.0	10.4

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Tabel 3.8.2.4, menunjukkan pada semua tingkat pengeluaran per kapita, sumber biaya terbesar adalah dari dana sendiri/keluarga. Penggunaan askeskin/ SKTM terbanyak pada tingkat pengeluaran rumah tangga paling kecil (kuintil 1). Tampak masih adanya pemanfaatan askeskin/SKTM pada penduduk dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita yang besar (kuintil 4 keatas) sebesar 3,2%. Hal ini menunjukkan adanya penggunaan askeskin yang kurang tepat sasaran. Juga masih ada penggunaan dana sehat di semua tingkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.8.2.4
Persentase Penduduk Rawat Inap
Menurut Sumber Pembiayaan dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	67.0	23.9	5.9	1.0	10.4
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan					
Kuintil-1	66.4	16.2	10.9	1.6	10.5
Kuintil-2	67.6	22.3	9.2	1.3	7.6
Kuintil-3	69.3	19.7	6.3	1.3	11.6
Kuintil-4	63.8	28.1	3.3	0.3	13.6
Kuintil-5	68.2	29.5	2.9	1.1	8.2

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Tabel 3.8.2.5, menunjukkan bahwa di DKI, fasilitas pelayanan kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan untuk rawat jalan adalah puskesmas di semua kabupaten/kota, terutama di Kepulauan Seribu. Fasilitas lain yang banyak dimanfaatkan untuk rawat jalan adalah praktek tenaga kesehatan (5,0%) dan poliklinik (4,9%).

Tabel 3.8.2.5
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota

Kabupaten/Kota	Tempat Berobat Rawat Jalan									
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Bersalin	Puskesmas	Poliklinik	NAKES	Batra	Lainnya	Di Rumah	Tidak rawat jalan
Kepulauan Seribu	1.8	0.8	0.3	40.0	6.1	8.9	0.3	0.3	0.2	41.3
Jakarta Selatan	1.6	2.6	0.1	5.6	3.5	4.4	0.3	0.2	0.0	81.7
Jakarta Timur	3.3	2.6	0.6	10.0	6.4	6.9	0.1	0.4	0.2	69.5
Jakarta Pusat	2.0	4.9	0.2	11.7	3.8	6.1	0.1	0.4	0.2	70.6
Jakarta Barat	1.1	1.8	0.1	5.4	4.6	2.5	0.2	0.2		84.2
Jakarta Utara	2.7	3.4	0.4	10.8	5.7	5.8	0.2	0.1	0.1	70.8
DKI JAKARTA	2.1	2.9	0.3	10.8	4.9	5.3	0.2	0.3	0.1	73.3

70.8

Tabel 3.8.2.6, memperlihatkan variasi dari fasilitas pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan responden menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Pemanfaatan Rumah Sakit Bersalin berbanding terbalik dengan tingkat pengeluaran rumah tangga responden. Artinya semakin besar tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin kecil yang berobat jalan ke Rumah Sakit Bersalin. Hal ini terjadi terbalik pada responden yang berobat jalan ke RS swasta. Semakin besar tingkat pengeluaran rumah tangga, maka semakin banyak yang berobat jalan ke RS swasta.

Tabel 3.8.2.6
Persentase Penduduk Rawat Jalan
Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Berobat Rawat Jalan								
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RS Bersalin	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Di rumah
Tipe Daerah									
Perkotaan	2.1	2.9	0.3	10.8	4.9	5.3	0.2	0.3	0.1
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan									
Kuintil-1	8.5	6.8	0.7	46.4	16.9	18.4	0.4	1.1	0.8
Kuintil-2	7.4	9.7	0.8	39.9	23.6	16.6	1.0	0.6	0.3
Kuintil-3	7.0	10.0	1.4	31.0	22.7	24.6	0.7	2.4	0.1
Kuintil-4	8.6	13.0	1.0	27.8	24.7	21.8	1.4	0.8	0.9
Kuintil-5	13.2	19.8	0.6	21.7	17.5	24.5	1.6	1.0	0.1

Pada tabel 3.8.2.7 menggambarkan tentang sumber pembiayaan rawat jalan dan rawat inap tampak tidak berbeda. Sumber biaya rawat jalan juga didominasi oleh pembiayaan sendiri/keluarga (86,1%). Persentase sumber biaya sendiri/keluarga tertinggi ditemukan di Kepulauan Seribu (92,1%). Sedangkan sumber biaya rawat jalan yang berasal dari Askes/ Jamsostek tertinggi di Jakarta Timur (12,6%) dan Jakarta Pusat (10,4%).

Tabel 3.8.2.7
Persentase Penduduk Rawat Jalan
Menurut Sumber Biaya dan Provinsi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Kepulauan Seribu	92.1	2.6	0.3	3.9	2.6
Jakarta Selatan	87.5	6.7	1.0	0.5	6.1
Jakarta Timur	81.7	12.6	2.3	0.6	4.7
Jakarta Pusat	81.6	10.4	4.2	0.4	6.9
Jakarta Barat	89.6	5.4	2.2	0.4	3.5
Jakarta Utara	86.5	9.2	1.5	0.9	2.4
DKI JAKARTA	86.1	8.3	2.0	1.1	4.3

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tampak adanya peningkatan penggunaan Askes/ Jamsostek untuk rawat jalan dengan meningkatnya pengeluaran rumah tangga.

Tabel 3.8.2.8
Persentase Responden Rawat Jalan
Menurut Sumber Biaya dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	86.1	8.3	2.0	1.1	4.3
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan					
Kuintil-1	89.1	3.6	4.0	0.4	2.5
Kuintil-2	84.8	7.8	2.6	0.9	4.4
Kuintil-3	85.1	8.6	2.1	0.1	4.9
Kuintil-4	78.5	14.0	0.7	1.0	5.6
Kuintil-5	82.2	14.0	1.0	0.4	6.1

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

3.8.3 Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Persepsi masyarakat pengguna pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan non-medis dapat digunakan sebagai salah satu indikator ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan. Ada 8 (delapan) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat inap dan 7 (tujuh) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan. Penilaian untuk masing-masing domain ditanyakan kepada responden, berdasarkan pengalamannya waktu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan untuk rawat inap dan rawat jalan.

Delapan domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari:

1. Lama waktu menunggu untuk mendapat pelayanan kesehatan
2. Keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara
3. Kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita
4. Kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan
5. Dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan terjamin kerahasiaan informasi tentang kondisi kesehatan klien
6. Kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya
7. Keberhasilan ruang rawat/pelayanan termasuk kamar mandi
8. Kemudahan dikunjungi keluarga atau teman.

Tujuh domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan sama dengan domain rawat inap, kecuali domain ke delapan (kemudahan dikunjungi keluarga/teman).

Penduduk diminta untuk menilai setiap aspek ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan di luar medis selama menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Masing-masing domain ketanggapan dinilai dalam 5 (lima) skala yaitu: sangat baik, baik, cukup, buruk, sangat buruk. Untuk memudahkan penilaian aspek ketanggapan rawat jalan dan rawat inap pada sistem pelayanan kesehatan tersebut, WHO membagi menjadi dua bagian besar yaitu 'baik' (sangat baik dan baik) dan 'kurang baik' (cukup, buruk dan sangat buruk). Penyajian hasil analisis/tabel selanjutnya hanya mencantumkan persentase yang 'baik' saja.

Tabel 3.8.3.1, menggambarkan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut kabupaten/kota di DKI Jakarta.

Secara umum, penduduk DKI yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek 'kemudahan dikunjungi' (87,0%) dan 'keramahan petugas' (85,1%). Persentase terendah adalah aspek 'waktu tunggu' (81,7%).

Seluruh responden di Kepulauan Seribu yang pernah menjalani rawat inap puas terhadap pelayanan dari segi keramahan, kerahasiaan, kebebasan memilih fasilitas, kebersihan ruangan, dan kemudahan untuk dikunjungi. Namun hanya separuh dari mereka yang puas terhadap waktu tunggu, kejelasan informasi, dan pengambilan keputusan. Di wilayah DKI yang lain kepuasan terhadap berbagai aspek pelayanan kesehatan untuk rawat inap mempunyai persentase yang hampir sama, tidak ada satu aspek yang lebih menonjol dari aspek yang lain. Berdasarkan tabel ini hampir seluruh responden (lebih dari 75%) puas terhadap pelayanan kesehatan rawat inap.

Tabel 3.8.3.1
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Sarana	Kebersihan Ruangan	Kemudahan Dikunjungi
Kepulauan Seribu	58.3	70.8	66.7	62.5	83.3	72.9	85.4	72.9
Jakarta Selatan	87.4	90.1	86.0	86.5	88.7	86.9	89.6	89.2
Jakarta Timur	83.1	86.4	85.2	84.9	86.1	83.1	84.0	87.3
Jakarta Pusat	83.5	87.7	80.1	85.4	87.0	83.5	86.4	91.1
Jakarta Barat	80.4	85.1	84.7	87.2	87.2	84.7	85.1	87.2
Jakarta Utara	79.5	81.0	79.8	80.3	78.5	78.5	79.8	84.0
DKI JAKARTA	81.7	85.1	82.2	83.7	84.8	82.5	84.4	87.0

Tingkat kepuasan terhadap berbagai aspek pelayanan kesehatan untuk rawat inap juga hampir sama pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, kecuali aspek "kejelasan informasi" terjadi sebaliknya pada tingkat pengeluaran rumah tangga.

Tabel 3.8.3.2, menjelaskan bahwa di seluruh wilayah DKI kepuasan terhadap berbagai aspek pelayanan kesehatan untuk rawat jalan mempunyai persentase yang hampir sama, tidak ada satu aspek yang lebih menonjol dari aspek yang lain.

Berdasarkan tabel ini hampir seluruh responden (lebih dari 70%) puas terhadap pelayanan kesehatan rawat jalan. Untuk Kepulauan Seribu angka kepuasan ini lebih baik jika dibandingkan dengan kepuasan terhadap pelayanan rawat inap, terutama dalam hal waktu tunggu, kejelasan informasi, dan kesertaan dalam pengambilan keputusan.

Tabel 3.8.3.2
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Sarana	Kebersihan Ruangan	Mudahan Dikunjungi
Tipe Daerah								
Perkotaan	82.8	85.9	83.6	84.8	85.4	83.3	84.7	87.5
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan								
Kuintil-1	88.3	88.7	86.2	86.6	86.2	83.8	87.4	89.5
Kuintil-2	78.6	85.7	84.0	83.2	84.0	80.7	83.6	85.7
Kuintil-3	78.4	84.0	80.6	80.9	83.1	79.0	82.1	85.9
Kuintil-4	80.9	82.8	80.9	83.9	85.3	83.9	85.3	85.8
Kuintil-5	83.2	85.8	81.3	84.5	85.5	84.5	84.2	88.7

Tabel 3.8.3.3
Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Sarana	Kebersihan Ruangan
Kepulauan Seribu	73.3	88.8	86.1	73.6	77.8	77.5	88.9
Jakarta Selatan	83.7	92.6	90.5	88.0	92.7	90.5	92.3
Jakarta Timur	80.4	85.9	84.2	81.7	82.6	82.7	85.5
Jakarta Pusat	80.1	89.5	88.5	86.9	89.3	84.0	85.1
Jakarta Barat	74.4	79.6	79.2	78.9	79.2	77.6	78.0
Jakarta Utara	70.1	80.5	76.5	75.8	78.9	77.6	81.2
DKI Jakarta	76.7	86.0	83.8	80.6	83.2	81.5	85.0

Tingkat kepuasan terhadap berbagai aspek pelayanan kesehatan untuk rawat jalan juga hampir sama pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga. Namun kepuasan terhadap waktu menunggu dan kebebasan memilih sarana pelayanan ada kecenderungan meningkat dengan bertambah tingginya tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.8.3.4
Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan
Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Sarana	Kebersihan Ruangan
Tipe daerah							
Perkotaan	77.9	85.5	83.6	81.8	84.0	82.4	84.7
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita							
Kuintil-1	75.3	86.9	82.8	79.7	83.1	80.1	84.5
Kuintil-2	75.5	85.5	83.6	77.8	81.0	80.9	85.9
Kuintil-3	75.6	87.0	84.0	81.6	84.4	82.3	83.0
Kuintil-4	78.2	85.4	84.3	81.5	83.2	82.1	85.5
Kuintil-5	79.6	86.3	85.4	83.8	85.9	84.6	87.1

3.9 Kesehatan Lingkungan

Data kesehatan lingkungan diambil dari dua sumber data, yaitu Riskesdas 2007 dan Kor Susenas 2007. Sesuai kesepakatan, data yang sudah ada di Kor Susenas tidak dikumpulkan lagi di Riskesdas, dan dalam Riskesdas ditanyakan pertanyaan-pertanyaan yang tidak ada di Kor Susenas. Dengan demikian penyajian beberapa variabel kesehatan lingkungan merupakan gabungan data Riskesdas dan Kor Susenas.

Data yang dikumpulkan dalam survei ini meliputi data air bersih keperluan rumah tangga, sarana pembuangan kotoran manusia, sarana pembuangan air limbah (SPAL), pembuangan sampah, dan perumahan. Data tersebut bersifat fisik dalam rumah tangga, sehingga pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara terhadap kepala rumah tangga dan pengamatan.

3.9.1. Air keperluan rumah tangga

Menurut WHO, jumlah pemakaian air bersih rumah tangga per kapita sangat terkait dengan risiko kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan higiene. Rerata pemakaian air bersih individu adalah rerata jumlah pemakaian air bersih rumah tangga dalam sehari dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga. Rerata pemakaian individu ini kemudian dikelompokkan menjadi '<5 liter/orang/hari', '5-19,9 liter/orang/hari', '20-49,9 liter/orang/hari', '50-99,9 liter/orang/hari' dan '≥100 liter/orang/hari'. Berdasarkan tingkat pelayanan, kategori tersebut dinyatakan sebagai 'tidak akses', 'akses kurang', 'akses dasar', 'akses menengah', dan 'akses optimal'. Risiko kesehatan masyarakat pada kelompok yang akses terhadap air bersih rendah ('tidak akses' dan 'akses kurang') dikategorikan sebagai mempunyai risiko tinggi.

Kepada kepala rumah tangga ditanyakan berapa rerata jumlah pemakaian air untuk seluruh kebutuhan rumah tangga dalam sehari semalam.

Tabel 3.9.1.1
Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jumlah Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari (Dalam Liter)				
	<5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	≥100
Kep. Seribu	0,0	0,0	11,1	33,3	55,6
Jakarta Selatan	0,4	2,4	3,9	11,1	82,2
Jakarta Timur	0,2	9,4	17,7	21,9	50,8
Jakarta Pusat	1,4	7,0	10,0	18,6	63,0
Jakarta Barat	1,1	12,1	6,4	11,1	69,4
Jakarta Utara	1,0	8,3	16,6	26,4	47,7
DKI Jakarta	0,7	8,0	10,9	17,3	63,1

Kabupaten/kota di DKI Jakarta dengan akses optimal (pemakaian air bersih ≥100 liter) tertinggi adalah Jakarta Selatan (82,2%), akses menengah (50-99,9 liter) tertinggi yaitu Kep. Seribu (33,3%), akses dasar (20-49,9 liter) tertinggi ialah Jakarta Timur (17,7%) dan Jakarta Utara (16,6%), akses kurang (5-19,9 liter) tertinggi terdapat di Jakarta Barat (12,1%), sedangkan yang tidak akses (<5 liter) tertinggi adalah Jakarta Pusat sebesar 1,4%.

Tabel 3.9.1.2
Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari (Dalam Liter)				
	<5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	≥100
Tipe Daerah					
Perkotaan	0,7	8,0	10,9	17,3	63,1
Tingkat pengeluaran RT perkapita					
Kuintil 1	1,5	8,1	11,7	17,1	61,6
Kuintil 2	1,0	10,7	11,2	17,9	59,3
Kuintil 3	0,4	6,9	12,1	17,5	63,1
Kuintil 4	0,5	9,2	11,1	17,5	61,7
Kuintil 5	0,2	5,0	8,5	16,8	69,6

Di DKI Jakarta, terdapat 8,7% rumah tangga yang pemakaian air bersihnya masih rendah (0,7% tidak akses dan 8,0% akses kurang), berarti mempunyai risiko tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan/penyakit. Sebesar 10,9% rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), 17,3% akses menengah, dan 63,1% akses optimal.

Dilihat dari status ekonomi masyarakat DKI pada masing-masing kuintil (1-5), ≥ 59,3% rumah tangga dengan pemakaian air bersihnya sebesar ≥100 ltr/or/hr.

Tabel 3.9.1.3
Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Lama Waktu Dan Jarak Untuk Menjangkau Sumber Air				Ketersediaan Air		
	Waktu (Menit)		Jarak (Kilometer)		Mudah Sepan Jang Tahun	Sulit Pada Musim Kema	Sulit Sepan Jang Tahun
	<30	≥30	≤1	>1			
Kepulauan Seribu	90,0	10,0	97,1	0,0	22,2	77,8	0,0
Jakarta Selatan	100,0	0,0	98,9	1,1	80,0	19,6	0,4
Jakarta Timur	99,1	0,9	96,2	3,8	82,6	17,2	0,2
Jakarta Pusat	99,8	0,2	97,0	3,1	76,7	21,6	1,6
Jakarta Barat	100,0	0,0	99,5	0,5	77,1	21,9	1,0
Jakarta Utara	99,7	0,3	97,0	3,0	79,6	18,4	2,1
DKI Jakarta	99,7	0,3	97,7	2,2	79,5	19,6	0,9

Di seluruh kabupaten/kota di DKI Jakarta dibutuhkan waktu <30 menit dan jarak ≤1 km untuk menjangkau sumber air. Di 5 wilayah kabupaten/kota ≥ 76,7% ketersediaan air mudah sepanjang tahun, kecuali Kep. Seribu yang sulit pada musim kemarau sebesar 77,8%.

Tabel 3.9.1.4
Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,
Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi
DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Lama Waktu Dan Jarak Untuk Menjangkau Sumber Air				Ketersediaan Air		
	Waktu (Menit)		Jarak (Kilometer)		Mudah Sepanjang Tahun	Sulit Pada Musim Kema-	Sulit Sepanjang Tahun
	<30	≥30	≤1	>1			
Tipe Daerah							
Perkotaan	99,7	0,3	97,7	2,3	79,5	19,6	0,9
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan							
Kuintil 1	99,4	0,6	97,1	2,9	75,6	22,9	1,4
Kuintil 2	100,0	0,0	97,6	2,4	78,0	21,0	1,0
Kuintil 3	99,8	0,2	98,4	1,6	79,1	20,3	0,6
Kuintil 4	99,4	0,6	98,5	1,5	80,3	18,6	1,1
Kuintil 5	99,8	0,2	97,4	2,6	85,1	14,8	0,1

Secara keseluruhan, di DKI Jakarta dibutuhkan waktu yang relatif singkat dan jarak yang cukup dekat untuk menjangkau sumber air yang ketersediaannya mudah sepanjang tahun.

Dari status ekonomi, waktu dan jarak yang diperlukan untuk menjangkau sumber air tidak ada perbedaan yang bermakna di antara kuintil 1-5. Begitu pula ketersediaan air pada semua kuintil adalah mudah sepanjang tahun.

Tabel 3.9.1.5
Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air
Dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)
Kepulauan Seribu	50,0	0,0	50,0	0,0
Jakarta Selatan	33,8	0,0	61,0	5,2
Jakarta Timur	33,5	2,2	59,5	4,8
Jakarta Pusat	34,1	2,4	61,0	2,4
Jakarta Barat	16,2	0,0	78,4	5,4
Jakarta Utara	18,4	1,0	76,8	3,9
DKI Jakarta	27.3	1,3	66.9	4.4

Dari 6 kabupaten/kota di DKI Jakarta, hanya Kep. Seribu yang pengambilan air bersih oleh perempuan dewasa tertinggi persentasenya (50,0%). Sementara pengambilan air oleh laki-laki dewasa yang persentasenya tinggi terdapat di Jakarta Barat (78,4%) dan Jakarta Utara (76,8).

Tabel 3.9.1.6
Persentase Rumah Tangga menurut Anggota Rumah Tangga yang Biasa Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perempuan		Laki-Laki	
	Dewasa	Anak(<12 Th)	Dewasa	Anak (<12 Th)
Tipe Daerah				
Perkotaan	27,3	1,2	67,1	4,4
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan				
Kuintil 1	26,2	1,3	66,4	6,0
Kuintil 2	35,3	1,5	57,9	5,3
Kuintil 3	25,8	0,8	71,7	1,7
Kuintil 4	24,5	0,0	71,4	4,1
Kuintil 5	22,8	2,2	69,6	5,4

DKI Jakarta yang merupakan daerah perkotaan, pada umumnya mempunyai sumber air di dalam pekarangan rumah dan pengambilan airnya oleh laki-laki atau perempuan dewasa.

Dari segi status ekonomi, semakin baik status ekonominya persentase pengambilan air baik oleh laki-laki ataupun perempuan dewasa juga semakin kecil. Hal ini dimungkinkan karena sumber air sebagian besar berada di dalam pekarangan / rumah.

Tabel 3.9.1.7
Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kualitas Fisik Air Minum					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik*)
Kepulauan Seribu	0,0	0,0	0,3	10,0	0,0	90,0
Jakarta Selatan	4,4	2,7	2,3	2,0	0,8	93,3
Jakarta Timur	5,7	10,3	3,9	8,1	0,7	82,6
Jakarta Pusat	10,2	13,9	7,8	12,0	2,7	73,9
Jakarta Barat	9,3	15,0	6,5	16,9	1,5	72,0
Jakarta Utara	9,3	17,1	5,7	11,7	2,7	74,0
DKI Jakarta	7,3	11,1	4,8	9,7	1,4	80,3

*baik = tidak keruh, tidak berbau, tidak berwarna, tidak berasa dan tidak berbusa

Kualitas fisik air minum dari 6 kabupaten/kota di DKI Jakarta pada umumnya baik. Persentase tertinggi rumah tangga yang mempunyai kualitas fisik air minum yang baik adalah Jakarta Selatan (93,3%).

Tabel 3.9.1.8
Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kualitas Fisik Air Minum					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik*)
Tipe Daerah						
Perkotaan	7,3	11,1	4,8	9,7	1,4	80,0
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan						
Kuintil 1	7,9	13,7	5,9	11,4	1,4	77,4
Kuintil 2	7,6	13,7	4,8	11,3	1,0	76,4
Kuintil 3	7,0	10,5	4,6	9,2	1,6	81,2
Kuintil 4	6,7	9,0	3,7	9,4	1,6	82,6
Kuintil 5	7,4	8,5	5,1	7,2	1,3	84,0

*baik = tidak keruh, tidak berbau, tidak berwarna, tidak berasa dan tidak berbusa

DKI Jakarta yang merupakan daerah perkotaan mempunyai kualitas fisik air minum yang baik dengan persentase 79,9%.

Dilihat dari status ekonomi (kuintil 1-5), lebih dari 76,0% rumah tangga di 6 kabupaten/kota mempunyai kualitas fisik air minum yang baik. Semakin baik (kaya) status ekonominya semakin tinggi pula persentase rumah tangga yang mempunyai kualitas air minum yang baik.

Persentase tertinggi sumber air minum dari air hujan yaitu Kep, Seribu (77,8%), dari sumur bor / pompa yaitu Jakarta Selatan (65,4%) dan Jakarta Timur (54,5%), dari leding eceran yaitu Jakarta Utara (45,8%), Jakarta Pusat (42,3%) dan Jakarta Barat (32,7%).

Tabel 3.9.1.9
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan
Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

Kabupaten /Kota	Jenis Sumber Air Minum										
	Air Kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlin-dung	Sumur tidak terlindung	Mata air terlin-dung	Mata air tdk terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Kepulauan	11,1	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	77,8	0,0
Jakarta Selatan	28,0	4,4	0,1	65,4	1,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4
Jakarta Timur	24,5	15,5	1,7	54,5	2,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,1	0,8
Jakarta Pusat	19,7	42,3	21,0	14,7	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Jakarta Barat	29,5	32,7	23,5	12,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,2
Jakarta Utara	34,0	45,8	19,9	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
DKI Jakarta	27,5	24,4	11,3	34,6	1,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,7

Tabel 3.9.1.10
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Sumber Air Minum										
	Air Kemasan	Leding Eceran	Leding Meteran	Sumur Bor /Pompa	Sumur Terlin-Dung	Sumur Tdk Ter-Lindung	Mata Air Terlin-Dung	Mata Air Tdk Ter-Lindung	Air Sungai	Air Hujan	Lainnya
Tipe daerah											
Perkotaan	27,5	24,4	11,3	34,5	1,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,7
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan											
Kuintil 1	14,1	29,1	17,0	36,4	2,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6
Kuintil 2	19,2	27,3	13,7	37,6	1,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,6
Kuintil 3	27,3	23,3	10,8	35,3	1,4	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	1,2
Kuintil 4	32,1	21,9	9,6	35,6	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
Kuintil 5	44,8	20,5	5,4	27,6	0,4	0,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,7

Persentase tertinggi rumah tangga di DKI secara keseluruhan menurut jenis sumber air yaitu sumur bor / pompa sebesar 27,6%.

Semakin baik (kaya) status ekonomi rumah tangga, persentase jenis sumber air minum yang berasal dari air kemasan juga semakin tinggi. Sebaliknya semakin buruk (miskin) status ekonomi, maka semakin tinggi persentase jenis sumber air minum yang berasal dari sumur bor / pompa dan leding eceran.

Tabel 3.9.1.11
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum
dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten /Kota	Tempat Penampungan			Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan				
	Wadah Terbuka	Wadah Tertutup	Tidak Ada Wadah	Langsung Diminum	Dimasak	Disaring	Bahan Kimia	Lainnya
Kep. Seribu	0,0	100,0	0,0	20,0	90,0	44,4	11,1	0,0
Jakarta Selatan	6,6	68,1	25,4	11,9	87,7	5,6	0,9	6,0
Jakarta Timur	6,5	72,6	20,9	18,6	79,7	5,1	1,6	11,4
Jakarta Pusat	8,0	62,0	30,0	14,1	85,7	4,1	1,8	10,0
Jakarta Barat	7,3	67,4	25,3	6,7	87,9	9,3	4,7	4,1
Jakarta Utara	9,7	77,7	12,6	11,5	83,7	2,7	1,3	11,0
DKI Jakarta	7,3	70,1	22,5	12,7	84,7	5,8	2,2	8,2

Ditinjau dari tempat penampungan air minum yang ada di 6 kabupaten/kota DKI Jakarta $\geq 62,0\%$ merupakan wadah tertutup. Pengolahan air minum sebelum digunakan di semua kabupaten/kota yaitu dengan di masak sebesar $>79,5\%$.

Tabel 3.9.1.12
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik
Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah Tangga	Tempat Penampungan			Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan				
	Wadah Terbuka	Wadah Tertutup	Tidak Ada Wadah	Langsung Diminum	Dimasak	Disaring	Bahan Kimia	Lainnya
Tipe Daerah								
Perkotaan	7,3	70,1	22,5	12,7	84,7	5,8	2,2	8,2
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan								
Kuintil 1	7,5	74,2	18,3	9,1	88,5	5,5	2,4	5,0
Kuintil 2	7,5	72,5	20,0	9,9	87,3	5,9	3,0	6,9
Kuintil 3	7,3	71,9	20,9	12,7	86,5	5,0	2,4	7,4
Kuintil 4	7,8	66,8	25,5	13,5	84,3	6,5	1,5	8,7
Kuintil 5	6,7	65,4	27,9	18,1	77,0	6,0	1,5	13,2

Jenis tempat penampungan air minum sebelum digunakan di DKI Jakarta pada umumnya merupakan wadah tertutup dengan persentase tertinggi sebesar 70,1%, sementara yang tanpa wadah sebesar 22,5%. Pengolahan air minum sebelum digunakan adalah dengan dimasak yaitu sebesar 84,7%.

Ditinjau dari status ekonomi di DKI Jakarta, semakin tinggi kuintilnya (kaya) semakin banyak yang tidak memakai wadah untuk menampung air minum sebelum digunakan dan semakin sedikit yang menggunakan wadah tertutup.

Tabel 3.9.1.13
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas dan Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Akses Air Bersih	
	Kurang	Baik *)
Kep. Seribu	20,0	80,0
Jakarta Selatan	30,9	69,1
Jakarta Timur	35,5	64,5
Jakarta Pusat	31,6	68,4
Jakarta Barat	44,0	56,0
Jakarta Utara	42,9	57,1
DKI Jakarta	37,2	62,8

*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Akses yang baik terhadap air bersih di DKI Jakarta tertinggi terdapat di Kep. Seribu (80,0%), terendah di Jakarta Barat (56,0%). Secara keseluruhan, akses yang baik terhadap air bersih sebesar 62,8%.

Tabel 3.9.1.14 Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas dan Riskesdas 2007

Karakteristik	Akses Air Bersih	
	Kurang	Baik *)
Tipe daerah		
Perkotaan	37,2	62,8
Tk. Pengeluaran per Kapita per Bulan		
Kuintil 1	26,2	73,8
Kuintil 2	32,0	68,0
Kuintil 3	36,0	64,0
Kuintil 4	41,1	58,9
Kuintil 5	50,1	49,9

*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Ditinjau dari status ekonomi di DKI Jakarta, semakin baik (kaya) status ekonomi, akses yang baik terhadap air bersih justru semakin rendah.

3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar (BAB)

Di 5 kabupaten/kota di DKI Jakarta, > 62,0% rumah tangga menggunakan fasilitas BAB sendiri dan yang tertinggi yaitu Jakarta Timur (80,6%). Di kep. Seribu, persentase tertinggi sebesar 59,5% adalah yang tidak memakai fasilitas BAB.

Pada umumnya, rumah tangga di DKI Jakarta menggunakan fasilitas BAB sendiri yaitu sebesar 72,5%. Sedangkan yang menggunakan fasilitas BAB bersama sebesar 20,1%.

Ditinjau dari status ekonomi di DKI Jakarta, semakin buruk (miskin) status ekonomi maka semakin sedikit rumah tangga yang mempunyai fasilitas BAB sendiri tetapi semakin banyak yang menggunakan fasilitas BAB bersama.

Tabel 3.9.2.1
Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai
Kepulauan Seribu	33,3	0,0	0,0	66,7
Jakarta Selatan	77,7	16,5	5,7	0,1
Jakarta Timur	80,6	16,8	2,5	0,1
Jakarta Pusat	62,2	22,8	14,7	0,2
Jakarta Barat	67,7	23,5	8,4	0,3
Jakarta Utara	65,1	24,3	8,2	2,5
DKI Jakarta	72,5	20,1	6,7	0,7

Tabel 3.9.2.2
Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai
Tipe Daerah				
Perkotaan	72,6	20,1	6,7	0,7
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan				
Kuintil 1	58,2	27,4	13,3	1,0
Kuintil 2	67,3	24,4	7,4	0,9
Kuintil 3	72,3	20,4	6,4	0,9
Kuintil 4	80,1	15,7	3,9	0,3
Kuintil 5	85,0	12,5	2,6	0,0

Tabel 3.9.2.3
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan
Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Pleng-Sengan	Cemplung /Cubluk	Tidak Pakai
Kepulauan Seribu	83,9	4,8	6,5	4,8
Jakarta Selatan	92,2	6,7	0,3	0,8
Jakarta Timur	75,8	22,8	1,3	0,1
Jakarta Pusat	70,2	22,8	6,0	1,0
Jakarta Barat	94,0	3,9	1,6	0,5
Jakarta Utara	93,8	1,5	2,5	2,2
DKI Jakarta	86,2	11,2	1,8	0,8

Di 6 kabupaten/kota di DKI Jakarta, 86,2% rumah tangga mempunyai tempat BAB berjenis leher angsa dengan persentase tertinggi terdapat di Jakarta Barat (94,0%). Di Jakarta Timur dan Pusat masing-masing sebesar 22,8% rumah tangganya mempunyai jenis tempat BAB berupa plengsengan.

Tabel 3.9.2.4
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Pleng-Sengan	Cemplung /Cubluk	Tidak Pakai
Tipe Daerah				
Perkotaan	86,2	11,2	1,8	0,8
Tk. Pengeluaran Per kapita Per Bulan				
Kuintil 1	79,7	13,1	5,0	2,2
Kuintil 2	83,4	13,0	2,5	1,1
Kuintil 3	84,7	12,1	2,3	0,9
Kuintil 4	87,6	10,4	1,2	0,7
Kuintil 5	91,7	6,8	1,3	0,3

DKI Jakarta yang merupakan daerah perkotaan, pada umumnya mempunyai tempat BAB berupa leher angsa yaitu sebesar 86,2%. Sedangkan yang mempunyai tempat BAB berupa plengsengan sebesar 11,2%.

Menurut status ekonomi di DKI Jakarta, semakin baik (kaya) status ekonomi semakin banyak yang menggunakan tempat BAB berjenis leher angsa. Sebaliknya semakin buruk (miskin) status ekonomi semakin banyak yang menggunakan tempat BAB berupa plengsengan.

Tabel 3.9.2.5
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan
Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Akses Sanitasi	
	Kurang	Baik *)
Kepulauan Seribu	70,0	30,0
Jakarta Selatan	27,2	72,8
Jakarta Timur	36,4	63,6
Jakarta Pusat	58,6	41,4
Jakarta Barat	33,4	66,6
Jakarta Utara	36,4	63,6
DKI Jakarta	35,9	64,1

*) menggunakan jamban sendiri, jenis latrin (Susenas, 2007).

Akses yang baik terhadap sanitasi di DKI Jakarta presentase tertinggi terdapat di Jakarta Selatan (72,8%), terendah di Kep. Seribu (30,0%).

Tabel 3.9.2.6
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta,
Susenas dan Riskesdas 2007

Karakteristik	Akses Sanitasi	
	Kurang	Baik *)
Tipe Daerah		
Perkotaan	40,1	59,9
Tingkat pengeluaran RT perkapita		
Kuintil 1	55,8	44,2
Kuintil 2	46,9	53,1
Kuintil 3	40,9	59,1
Kuintil 4	32,5	67,5
Kuintil 5	23,3	76,7

*) menggunakan jamban sendiri, jenis latrin (Susenas, 2007).

Secara keseluruhan, akses yang baik terhadap sanitasi di 6 kabupaten/kota yang termasuk DKI Jakarta sebesar 59,9%.

Ditinjau dari status ekonomi di DKI Jakarta, semakin baik (kaya) status ekonomi akses yang baik terhadap sanitasi juga semakin tinggi.

Tabel 3.9.2.7
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

Kabupaten /Kota	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tangki /SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai /Laut	Lobang Tanah	Pantai / Tanah	Lainnya
Kep. Seribu	33,3	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0
Jakarta Selatan	84,1	1,1	9,3	3,5	0,0	2,0
Jakarta Timur	86,3	0,2	2,5	10,6	0,0	0,4
Jakarta Pusat	82,0	1,7	7,5	5,4	0,0	3,5
Jakarta Barat	89,6	0,4	2,7	6,3	0,0	1,0
Jakarta Utara	86,4	0,6	11,7	0,3	0,0	1,0
DKI JAKARTA	86,0	0,7	6.2	5,8	0,0	1,3

Di 5 kabupaten/kota di DKI Jakarta, 86,0% rumah tangga mempunyai tempat pembuangan akhir tinja berupa tangki / SPAL. Di kep. Seribu, sebesar 66,7% rumah tangga membuang tinja di laut.

Tabel 3.9.2.8
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

Karakteristik	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai /Laut	Lobang Tanah	Pantai / Tanah	Lainnya
Tipe Daerah						
Perkotaan	86,1	0,7	6,2	5,8	0,0	1,3
Tingkat pengeluaran RT perkapita						
Kuintil 1	79,8	0,8	10,2	6,8	0,0	2,5
Kuintil 2	84,9	0,9	7,9	4,8	0,0	1,5
Kuintil 3	86,3	0,9	6,2	5,4	0,0	1,1
Kuintil 4	89,1	0,4	3,8	5,6	0,0	1,1
Kuintil 5	90,4	0,2	2,6	6,3	0,0	0,5

Di DKI Jakarta, 86,1% rumah tangganya mempunyai tempat pembuangan akhir tinja berupa tangki / SPAL dan hanya 6,2% rumah tangga yang membuang tinjanya di sungai / laut.

Menurut status ekonomi di DKI Jakarta, semakin baik (kaya) status ekonomi semakin banyak yang menggunakan tempat pembuangan tinja berupa tangki / SPAL. Sebaliknya semakin buruk (miskin) status ekonomi semakin banyak yang membuang tinjanya di sungai / laut.

3.9.3. Sanitasi dan Pembuangan Air Limbah

Di 5 kabupaten/kota yang ada di DKI Jakarta, 69,6% rumah tangga mempunyai saluran pembuangan air limbah tertutup. Persentase yang tertinggi di Jakarta Selatan (77,0%). Sementara 55,6% rumah tangga di kep. Seribu mempunyai saluran pembuangan air limbah terbuka.

Tabel 3.9.3.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Saluran Pembuangan Air Limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk Ada
Kepulauan Seribu	55,6	33,3	11,1
Jakarta Selatan	14,0	77,0	9,0
Jakarta Timur	32,1	64,3	3,6
Jakarta Pusat	27,6	67,8	4,7
Jakarta Barat	22,1	73,3	4,6
Jakarta Utara	34,7	63,8	1,6
DKI Jakarta	25,6	69,6	4,9

Tabel 3.9.3.2
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Saluran Pembuangan Air Limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk Ada
Tipe daerah			
Perkotaan	25,6	69,6	4,9
Tingkat pengeluaran RT perkapita			
Kuintil 1	30,5	64,6	4,9
Kuintil 2	27,8	67,4	4,8
Kuintil 3	23,8	69,5	6,6
Kuintil 4	25,0	70,1	4,9
Kuintil 5	21,0	76,0	3,0

Secara keseluruhan, 69,6% rumah tangga di DKI Jakarta mempunyai saluran pembuangan air limbah tertutup. Sisanya mempunyai saluran pembuangan air limbah terbuka dan tidak memiliki.

Ditinjau dari status ekonomi di DKI Jakarta, semakin baik (kaya) status ekonomi semakin banyak yang mempunyai saluran pembuangan air limbah tertutup. Sebaliknya semakin buruk (miskin) status ekonomi semakin banyak yang menggunakan saluran pembuangan air limbah terbuka.

3.9.4. Pembuangan Sampah

Pada umumnya rumah tangga di DKI Jakarta tidak mempunyai penampungan sampah di dalam rumah. Hanya Jakarta Selatan yang 28,6% rumah tangganya mempunyai penampungan sampah tertutup di dalam rumah. Di kep. Seribu, Jakarta Timur dan Jakarta Pusat sebagian rumah tangga mempunyai penampungan sampah terbuka di luar rumah. Sementara di Jakarta Selatan, Jakarta Barat dan Jakarta Utara sebagian rumah tangga tidak mempunyai tempat penampungan sampah di luar rumah.

Tabel 3.9.4.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten /Kota	Penampungan Sampah Dalam Rumah			Penampungan Sampah Di Luar Rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada
Kep. Seribu	0,0	11,1	88,9	10,0	50,0	40,0
Jakarta Selatan	28,6	26,4	44,9	33,4	27,1	39,5
Jakarta Timur	15,8	15,8	68,4	28,8	38,2	33,1
Jakarta Pusat	13,8	10,0	76,2	30,0	37,3	32,7
Jakarta Barat	10,8	10,8	78,4	29,2	31,9	38,8
Jakarta Utara	10,6	16,7	72,7	16,7	37,6	45,7
DKI Jakarta	16,5	16,6	66,8	28,1	34,0	37,9

Tabel 3.9.4.2
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penampungan Sampah Dalam Rumah			Penampungan Sampah Di Luar Rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada
Tipe Daerah						
Perkotaan	16,5	16,6	66,8	28,1	34,0	37,9
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan						
Kuintil 1	11,4	15,1	73,5	23,8	34,9	41,3
Kuintil 2	15,4	16,8	67,8	22,5	36,2	41,3
Kuintil 3	15,8	19,5	64,6	26,1	33,3	40,6
Kuintil 4	19,7	16,3	64,0	30,9	32,4	36,7
Kuintil 5	20,1	15,4	64,5	37,4	33,5	29,1

Tabel 3.9.4.2., tampak sebanyak 64,5% rumah tangga di DKI Jakarta tidak mempunyai penampungan sampah di dalam rumah. Sementara rumah tangga yang mempunyai penampungan sampah di luar rumah terbuka (34,0%), tertutup (28,1%) dan yang tidak ada (37,9%).

Secara umum dilihat dari status ekonomi di DKI Jakarta, semakin buruk (miskin) status ekonomi semakin banyak rumah tangga yang tidak mempunyai tempat penampungan sampah di dalam ataupun di luar rumah. Sedangkan semakin baik (kaya) status ekonomi semakin banyak rumah tangga yang mempunyai penampungan sampah tertutup di dalam dan di luar rumah.

3.9.5. Perumahan

Masing-masing di 6 kabupaten/kota yang termasuk DKI Jakarta, sebanyak 97,5% rumah tangganya mempunyai jenis lantai bukan tanah (yang tertinggi di Jakarta Utara sebesar 98,4%) dengan kepadatan hunian sebanyak 62,3% rumah tangganya adalah $>8\text{m}^2/\text{kapita}$ (yang tertinggi di Kep. Seribu sebesar 80,0%).

Tabel 3.9.5.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Lantai		Kepadatan Hunian	
	Bukan Tanah	Tanah	$> 8 \text{ M}^2/\text{Kapita}$	$< 8 \text{ M}^2/\text{Kapita}$
Kepulauan Seribu	95,8	4,2	80,0	20,0
Jakarta Selatan	97,6	2,4	69,6	30,4
Jakarta Timur	97,2	2,8	66,9	33,1
Jakarta Pusat	96,6	3,4	60,7	39,3
Jakarta Barat	97,6	2,4	57,1	42,9
Jakarta Utara	98,4	1,6	52,1	47,9
DKI Jakarta	97,5	2,5	62,3	37,7

Tabel 3.9.5.2
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Lantai		Kepadatan Hunian	
	Bukan Tanah	Tanah	$> 8 \text{ M}^2/\text{Kapita}$	$< 8 \text{ M}^2/\text{Kapita}$
Tipe Daerah				
Perkotaan	97,5	2,5	62,3	37,7
Tk. Pengeluaran RT per Kapita per Bulan				
Kuintil 1	96,1	3,9	40,0	60,0
Kuintil 2	96,8	3,2	49,4	50,6
Kuintil 3	98,1	1,9	62,4	37,6
Kuintil 4	97,8	2,2	73,6	26,4
Kuintil 5	99,0	1,0	86,1	13,9

Persentase rumah tangga di DKI dengan jenis lantai rumah bukan tanah sebesar 97,5%. Sedangkan kepadatan hunian sebanyak 62,3% rumah tangga di DKI adalah $>8\text{m}^2/\text{kapita}$.

Ditinjau dari status ekonomi di DKI Jakarta, semakin baik (kaya) status ekonomi semakin banyak rumah tangga yang lantai rumahnya berjenis bukan tanah dengan kepadatan hunian $>8\text{m}^2/\text{kapita}$. Sebaliknya semakin buruk (miskin) status ekonomi semakin banyak rumah tangga dengan kepadatan hunian $<8\text{m}^2/\text{kapita}$.

Di Kepulauan Seribu, Jakarta Pusat dan Jakarta Utara, 100% rumah tangganya tidak memelihara ternak sedang ataupun ternak besar. Di Jakarta Selatan, 100% rumah tangganya tidak memelihara ternak besar. Sementara $\geq 91,5\%$ rumah tangga di kabupaten/kota lainnya juga tidak memelihara hewan ternak ataupun hewan peliharaan (Tabel 3.9.5.3)

Di DKI Jakarta yang merupakan daerah perkotaan, $\geq 93,0\%$ rumah tangganya tidak memelihara hewan baik itu anjing/kucing/kelinci, ternak unggas, ternak sedang maupun besar.

Secara umum dilihat dari status ekonomi di DKI Jakarta, semakin baik (kaya) status ekonomi semakin sedikit rumah tangga yang mempunyai hewan ternak / hewan peliharaan. Kalaupun ada yang mempunyai hewan peliharaan, semakin baik (kaya) status ekonomi semakin banyak yang memelihara anjing/kucing/kelinci di dalam atau di luar rumah dan unggas di luar rumah (Tabel 3.9.5.4).

Tabel 3.9.5.3
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan
dan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten /Kota	Ternak Unggas			Ternak Sedang (Kambing/Domba/Babi DII)		Ternak Besar (Sapi/Kerbau/Kuda DII)		Anjing/Kucing/Kelinci		
	Dlm Ru Mah	Luar Ru Mah	Tidak Peli Hara	Luar Rumah	Tidak Peli Hara	Luar Rumah	Tidak Peli Hara	Dlm Ru Mah	Luar Ru Mah	Tidak Peli Hara
Kepulauan Seribu	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,3	0,3	99,3
Jakarta Selatan	1,6	5,6	92,8	0,2	99,8	0,0	100,0	1,6	1,0	97,4
Jakarta Timur	1,4	7,0	91,5	0,7	99,3	0,1	99,9	2,1	1,9	96,1
Jakarta Pusat	1,4	5,9	92,6	0,0	100,0	0,0	100,0	1,9	2,0	96,1
Jakarta Barat	0,4	2,6	97,0	0,4	99,6	0,2	99,8	2,2	1,9	95,9
Jakarta Utara	0,6	4,7	94,7	0,0	100,0	0,0	100,0	1,9	0,5	97,5
DKI Jakarta	1,1	5,2	93,7	0,3	99,7	0,1	99,9	1,9	1,5	96,6

Tabel 3.9.5.4
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan
dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah Tangga	Ternak Unggas			Ternak Sedang (Kambing/Domba /Babi DII)		Ternak Besar (Sapi/Kerbau/Kuda DII)		Anjing/Kucing/Kelinci		
	Dlm Ru Mah	Luar Ru Mah	Tidak Peli Hara	Luar Rumah	Tidak Peli Hara	Luar Rumah	Tidak Peli Hara	Dlm Ru Mah	Luar Ru Mah	Tidak Peli Hara
Tipe daerah										
Perkotaan	1,1	5,2	93,7	0,3	99,7	0,1	99,9	2,0	1,5	96,6
Tingkat pengeluaran RT perkapita										
Kuintil 1	0,1	3,8	96,1	0,2	99,8	0,0	100,0	0,9	0,8	98,3
Kuintil 2	0,8	4,8	94,4	0,1	99,9	0,0	100,0	1,5	1,3	97,1
Kuintil 3	1,1	6,4	92,5	0,4	99,6	0,2	99,8	1,7	1,1	97,1
Kuintil 4	1,1	5,8	93,0	0,3	99,7	0,1	99,9	1,7	1,3	96,9
Kuintil 5	2,0	4,7	93,3	0,2	99,8	0,0	100,0	3,3	2,3	94,5

DAFTAR PUSTAKA

1. ----- Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi. <http://www.klinik.pria.com/datatopik/hipertensi.htm>. 2005
2. ----- Hipertensi. <http://www.medicastore.com/penyakit/hiperten.htm>. 9/20/2002
3. Abas B. Jahari, Sandjaja, Herman Sudiman, Soekirman, Idrus Jus'at, Fasli Jalal, Dini Latief, Atmarita. Status gizi balita di Indonesia sebelum dan selama krisis (Analisis data antropometri Susenas 1989 - 1999). Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII. Jakarta 29 Februari - 2 Maret 2000.
4. AMA (American Medical Association), 2001, Depression Linked With Increased Risk of Heart Failure Among Elderly With Hypertension, http://www.medem.com/MedLB/article_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub_cat=73 8/24/2002.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular, Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Kesehatan Ibu dan Anak*.
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil*.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan Data Susenas 2001: *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*. Tahun 2002
10. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003*. ORC Macro 2002-2003.
11. Balitbangkes. Depkes RI. Operational Study an Integrated Community-Based Intervention Program on Common Risk Factors of Major Non-communicable Diseases in Depok Indonesia, 2006.
12. Basuki, B & Setianto, B. Age, Body Posture, Daily Working Load, Past Antihypertensive drugs and Risk of Hypertension : A Rural Indonesia Study. 2000.
13. Bedirhan Ustun. The International Classification Of Functioning, Disability And Health – A Common Framework For Describing Health States. p.344-348, 2000
14. Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary. Geneva World Health Organization, 2001
15. Bonita R, de Courten M, Dwyer T et al, 2001, *The WHO Stepwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*, Geneva: World Health Organization
16. Bonita, R., de Courten, M., Dwyer, T., Jamrozik, K., Winkelmann, R. *Surveillance Noncommunicable Diseases and Mental Health. The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Factors*. Geneva: World Health Organization, 2002.

17. Brotoprawiro, S dkk. Prevalensi Hipertensi pada Karyawan Salah Satu BUMN yang menjalani pemeriksaan kesehatan, 1999. Kelompok Kerja Serebro Vaskular FK UNPAD/RSHS “ . Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI, 2002.
18. CDC Growth Charts for the United State : Methods and Development. Vital and Health Statistics. Department of Health and Human Services. Series 11, Number 246, May 2002
19. CDC. State – Specific Trend in Self Report 3d Blood Pressure Screening and High Blood Pressure – United States, 1991 – 1999. 2002. *MMWR*, 51 (21) : 456.
20. CDC. State-Specific Mortality from Stroke and Distribution of Place of Death United States, 2002. *MMWR*, 51 (20), : 429 .
21. Darmojo, B. Mengamati Penelitian Epidemiologi Hipertensi di Indonesia. Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI , 2000.
22. Departemen Kesehatan R.I, 1999, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta: Depkes RI
23. Departemen Kesehatan R.I, 2003, *Pemantauan Pertumbuhan Balita*, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat, Depkes RI
24. Departemen Kesehatan R.I. 2003. Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat. Jakarta: Departemen Kesehatan.
25. Departemen Kesehatan R.I. *Panduan Pengembangan Sistem Surveilans Perilaku Berisiko Terpadu*. Tahun 2002
26. Departemen Kesehatan R.I. Pusat Promosi Kesehatan. *Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat*. Tahun 2002
27. Departemen Kesehatan RI. SKRT 1995. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 1997
28. Departemen Kesehatan, Direktorat Epim-Kesma. Program Imunisasi di Indonesia, Bagian I, Jakarta, Depkes, 2003.
29. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan.Depkes RI Jakarta. 2001.
30. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan.Depkes RI Jakarta 2004.
31. Djaja, S. et al. Statistik Penyakit Penyebab Kematian, SKRT 1995
32. George Alberty. Non Communicable Disease. Tomorrow's pandemic. Bulletin WHO 2001; 79/10: 907.
33. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. 1995
34. Hashimoto K, Ikewaki K, Yagi H, Nagasawa H, Imamoto S, Shibata T, Mochizuki S. Glucose Intolerance is Common in Japanese Patients With Acute CoronarySyndrome Who Were Not Previously Diagnosed With Diabetes. *Diabetes Care* 28: 1182 -1186, 2005.
35. International Classification Of Functioning, Disability And Health (ICF).World Health Organization, Geneva, 2001

36. Jadoon, Mohammad Z., Dineen B., Bourne R,R,A., Shah S,P., Khan, Mohammad A., Johnson G,J., et al, Prevalence of Blindness and Visual Impairment in Pakistan: The Pakistan National Blindness and Visual Impairment Survey, *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 2006;47:4749-55,
37. Janet. AS. Diet Obesitas dan hipertensi. <http://www.surya.co.id /31072002 /10a.phtml>. 2002
38. Kaplan NM. Clinical Hipertension, 8th Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.
39. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : Clinical Hypertention, 7th Ed. Baltimore : Williams and Wilkins Inc. 1998 : 41-132
40. Kristanti CM, Dwi Hapsari, Pradono J dan Soemantri S, 2002. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Analisis Data . Survei Kesehatan Rumah Tangga
41. Kristanti CM, Suhardi, dan Soemantri S, 1997. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga.
42. Leonard G Gomella, Steven A Haist. Clinicians Pocket Reference, Mc. Grawhill Medical Publishing division, International edition, NY, 2004
43. Mansjoer, A, dkk. Hipertensi di Indonesia .Kapita Selekta Kedokteran 1999 :518 – 521.
44. Muchtar & Fenida. Faktor-faktor yang berhubungan Dengan Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Hipertensi Ringan dan Sedang yang berobat di poli Ginjal Hipertensi, 1998.
45. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge
46. Parvez Hossain, M.D., Bisher Kawar, M.D., and Meguid El Nahas, M.D., Ph.D. The New England Journal of Medicine. Vol 356: 213 – 215, Jan 18, 2007
47. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
48. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
49. Petunjuk Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI., 2004
50. *Policy Paper for Directorate General of Public Health, June 2002*
51. PTM, Hipertensi
52. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2005
53. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
54. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
55. Resolution WHA56.1.WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: Fifty-sixth World Health Assembly. 19-28 May 2003.Geneva, World Health Organization, 2003
56. Resolution WHA57.17.Global Strategy on diet,physical activity, and health. In:Fifty-seventh World Health Assembly. 17-12 May 2004.Geneva, World Health Organization, 2004

57. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2007
58. Rose Men's. How To Keep Your Blood Pressure Under Control. News Health Recourse, 1999
59. S.Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001
60. Sandjaja, Titi Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan. Jakarta, 7-8 Desember 2005.
61. Sandjaja, Titi Setyowati, Sudikno. Cakupan vitamin A untuk bayi dan balita di Indonesia. Prosiding temu Ilmiah dan Kongres XIII Persagi, Denpasar, 20-22 November 2005.
62. Sarimawar Djaja dan S. Soemantri. Perjalanan Transisi Epidemiologi di Indonesia dan Implikasi Penanganannya, Studi Mortalitas Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001. *Bulletin of Health Studies, Volume 31, Nomor 3 – 2003, ISSN: 0125 – 9695 .ISN = 724*
63. Sarimawar Djaja, Joko Irianto, Lisa Mulyono. Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, SKRT 2001. *The Journal of the Indonesian Medical Association, Volume 53, No 8, ISSN 0377-1121*
64. Saw S-M,, Husain R,, Gazzard G,M,, Koh D,, Widjaja D,, Tan D,T,H, Causes of low vision and blindness in rural Indonesia, *British Journal of Ophthalmology* 2003;87:1075-8,
65. *Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999*
66. Sinaga, S. dkk. Pola Sikap Penderita Hipertensi Terhadap Pengobatan Jangka Panjang, dalam Naskah Lengkap KOPAPDI VI, 1984, Penerbit UI-PRESS : 1439.
67. SK Menkes RI Nomor : 736a/Menkes/XI/1989 tentang Definisi Anemia dan batasan Normal Anemia
68. Sobel, BJ. & Bakris GL. Hipertensi, Pedoman Klinik Diagnosis & Terapy. 1999 : 13
69. Sonny P.W., Agustina Lubis. *Gambaran Rumah Sehat di Berbagai Provinsi Indonesia Berdasarkan Data SUSENAS 2001*. Analisis lanjut Data Susenas – Surkesnas 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes R.I.
70. Sri Hartini KS Kariadi. Laju Konversi Toleransi Glukosa Terganggu menjadi Diabetes di Singaparna, Jawa Barat. Disampaikan pada Konggres Nasional ke 5. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, Bandung 9 – 13 April 2000 (SX111-1)
71. Sunyer FX. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med.* 1993 : 119.
72. Suradi & Sya'bani, M, et al. Hipertensi Borderline "White Coat" dan sustained " : Suatu Studi Komperatif terhadap Normotensi para karyawan usia 18 – 42 tahun di RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta. *Berkala Ilmu Kedokteran Vol. 29 (4), 1997.*
73. Syah, B. Non-communicable Disease Surveillance and Prevention in South-East Asia Region, 2002.
74. The Australian Institute of Health and Welfare 2003. *Indicators of Health Risk Factors: The AIHW view.* AIHW Cat. No. PHE 47. Canberra: AIHW. P.2,3,8.

75. The WHO STEPwise approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases 2003. *STEPS Instrument for NCD Risk Factors (Core and expanded Version 1.3.)*
76. Tim survei Depkes RI, Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996, Depkes RI, Jakarta;1997,
77. U. Laasar. The Risk of Hypertension : Genesis and Detection. *Dalam: Julian Rosenthal, Arterial Hypertension, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapy*, Springer-Verlag, New York Heidelberg Berlin, 1984 : 44.
78. Univ. Cape town, Department of Haematology. *Haematology: An Approach to Diagnosis and Management*. Cape town, 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, 2001, *Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) 2001*, Jakarta: Badan Litbangkes.
79. WHO, 1995. *Oral Health Care, Needs of the Community. A Public Health Report*.
80. WHO. Assessing the iron status of populations: Report of a joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention technical consultation on the assessment of iron status at the population level , Geneva, Switzerland, April 2004
81. WHO. Auser's guide to the self reporting questionnaire. Geneva.1994.
82. WHO/SEARO. Surveillance of Major Non-communicable Diseases in South – East Asia Region, Report of an Inter-country Consultation, 2005.
83. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension *Journal of Hypertension*, 1999
84. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension *Journal of Hypertension*, 2003
85. World Health Organization, 2003, *The World Health Survey Programme*, Geneva.
86. World Health Organization. 2003. The Surf Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current of global data. Geneva: WHO. p.15.
87. World Health Organization: International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Based on The Recommendation of The Ninth Revision Conference 1975 and Adopted by The Twenty Ninth WHA, 1997, volume 1.

LAMPIRAN