

**LAPORAN HASIL  
RISET KESEHATAN DASAR  
(RISKESDAS)  
PROVINSI DI YOGYAKARTA  
TAHUN 2007**

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

Buku Laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007 yang dicetak pada tahun 2009 merupakan cetakan kedua dari Laporan Riskesdas 2007 yang lalu. Pada cetakan kedua ini telah dilakukan perbaikan terutama pada keseragaman dalam penggunaan istilah dan penataan ulang sesuai alur yang benar.

# 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 jajarannya 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

Untuk mencapai visi “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat”, Departemen Kesehatan mengembangkan misi: “membuat rakyat sehat”. Sebagai penjabarannya telah dirumuskan 4 strategi utama dan 17 sasaran. Balitbangkes mempunyai fungsi menunjang sasaran 14, yaitu berfungsinya sistem informasi kesehatan yang “evidence based” di seluruh Indonesia. Untuk itu diperlukan data status dan upaya kesehatan yang berbasis komunitas yang meliputi seluruh wilayah.

Di era reformasi ini, termasuk bidang kesehatan, yang telah didesentralisasikan ke tingkat kabupaten / kota. Sejalan dengan Undang-Undang nomer 32 tahun 2004, perencanaan bidang kesehatan berada di tingkat kabupaten / kota. Untuk menunjang proses perencanaan pembangunan kesehatan yang akurat, diperlukan data yang “evidence based” berupa status dan upaya kesehatan berbasis komunitas di tiap kabupaten / kota.

Sampai saat ini belum tersedia peta status kesehatan (termasuk data biomedis) dan upaya kesehatan tingkat kabupaten / kota, sehingga belum ada dasar yang kuat untuk menentukan alokasi anggaran dari pusat yang berbasis status kesehatan antar kabupaten / kota. Sehingga atas dasar berbagai pertimbangan di atas, maka sangat diperlukan adanya riset kesehatan dasar (Riskesdas), yang bisa menyediakan informasi tentang status (termasuk data biomedis) dan upaya kesehatan yang berbasis komunitas dengan representasi sampai tingkat kabupaten/kota.

Riskesdas adalah riset berbasis masyarakat menggunakan desain potong lintang dengan cara survey ke masyarakat. Data yang diharapkan akan dapat menggambarkan informasi kesehatan dasar termasuk biomedis, dengan menggunakan sampel susenas kor. Populasi sampel adalah seluruh rumah tangga. Sampel adalah rumah tangga yang mewakili kabupaten/kota, tiap kabupaten/kota ditarik sampel 12-88 Blok Sensus (BS), tergantung besarnya penduduk di kabupaten tersebut. Tiap BS diambil 16 rumah tangga.

Adapun keterbatasan Riskesdas adalah Meski Riskesdas dirancang dengan keterwakilan sampai tingkat kabupaten / kota, tetapi tentu saja tidak semua informasi bisa mewakili kabupaten / kota. Hanya angka kejadian dengan prevalensi yang relatif besar yang bisa mewakili kabupaten / kota. Beberapa angka kejadian yang kecil prevalensinya mungkin hanya bisa mewakili tingkat propinsi atau bahkan tingkat nasional.

Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DI Yogyakarta) merupakan salah satu dari 33 Provinsi di Wilayah Indonesia yang terletak di Pulau Jawa bagian tengah. Provinsi DI Yogyakarta terdiri dari 5 kabupaten/kota dan jumlah BS yang tersebar di lima kabupaten/kota adalah sebagai berikut: kabupaten Kulon progo 40 BS, kabupaten Bantul 44 BS, kabupaten Gunung kidul 44 BS, kabupaten Sleman 46 BS dan Kota Yogyakarta 42 BS. Jumlah BS di provinsi DI Yogyakarta 216 BS dan 3456 rumah tangga.

Adapun Indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan dan faktor2 yang mempengaruhinya pada Riskesdas 2007 adalah sebagai berikut: 1. Status kesehatan diukur dengan : Morbiditas yang meliputi prevalensi penyakit menular dan penyakit tidak menular, disabilitas, Status gizi baik untuk balita, ibu hamil WUS maupun semua umur dengan menggunakan IMT, Kesehatan jiwa, (mortalitas deskripsi kematian dan pola penyebab kematian untuk semua umur). 2. Faktor lingkungan diukur dengan: Konsumsi gizi meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral, Lingkungan fisik meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah, Lingkungan sosial (tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, perbandingan kota – desa dan perbandingan antar propinsi / kabupaten / kota.

3. Faktor perilaku diukur dengan : Perilaku merokok / konsumsi tembakau dan alkohol, Perilaku mengkonsumsi 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. 4. Faktor pelayanan kesehatan diukur dengan: Akses terhadap pelayanan kesehatan termasuk upaya kesehatan berbasis masyarakat, utilisasi pelayanan kesehatan, ketanggapan pelayanan kesehatan, Cakupan program KIA (pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi dan imunisasi).

Hasil survey terhadap masyarakat di provinsi DI Yogyakarta menunjukkan bahwa

1. Status gizi balita berdasarkan 3 indikator BB/U, TB/U(kronis) dan BB/TB(Akut) ada 1 kabupaten/kota masalah gizi akut yaitu Kota Yogyakarta di Provinsi DI Yogyakarta , tidak ada masalah gizi kronis karena masalah gizi kronis yang ditemui masih lebih kecil dari angka nasional. Prevalensi Kekurusan pada anak umur 6-14 tahun di 3 kabupaten memiliki angka prevalensi di atas angka kekurusan nasional untuk laki-laki(13,3%) dan 2 kabupaten memiliki angka kekurusan di atas angka nasional untuk perempuan (10,9%) ,sedangkan untuk BB lebih laki-laki 1 kabupaten memiliki angka prevalensi tinggi di atas angka prevalensi nasional untuk laki-laki (9,5%) dan 1 kabupaten mempunyai angka BB lebih untuk perempuan (6,4%) . Status gizi dewasa kurus angka provinsi 27,6% di atas angka nasional (14,8%) dan kegemukan dewasa sudah terlihat tinggi dan mencapai angka 15,5 %,sedangkan angka provinsi obesitas sentral 18,3%. Untuk kurang energi dan protein prevalensi provinsi masih di atas angka nasional .Sedangkan prevalensi kurang energi kronis (KEK) dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi pada WUS masih di atas angka nasional.
2. Sebanyak 82,7 % garam dikonsumsi rumah tangga di provinsi DI Yogyakarta memenuhi SNI (30-80 ppm KIO<sub>3</sub>) dan sebanyak 24,5% anak usia 6-12 tahun dengan EIU > 300 ug/L (kategori risiko tirotoksikosis), tetapi 23,3% dengan EIU anak usia sekolah < 100 ug/L (kategori defisiensi iodium) di kab. Bantul.
3. Cakupan imunisasi balita di Provinsi DI Yogyakarta di atas 85 %,kecuali cakupan imunisasi hepatitis masih sekitar 75,9%.Untuk cakupan imunisasi lengkap pada balita masih sekitar 67,3%. Perentase balita yang ditimbang  $\geq 4$  kali dalam 6 bulan terakhir mencapai 78,5% dan cakupan balita yang mendapat vitamin A mencapai 84,7% adalah angka cakupan yang tertinggi di Indonesia. Cakupan kepemilikan KMS 34,4% dan cakupan kepemilikan KIA 43,0%. Rendahnya cakupan kepemilikan kedua kartu tersebut karena sebagian ada yang disimpan oleh kader posyandu. Persentase ibu terhadap ukuran bayi 75,0% mempunyai persepsi bahwa bayinya dalam ukuran normal, 14,0% kecil dan 11,0% besar. Ukuran bayi yang kecil relatif lebih banyak ditemukan di daerah perdesaan. Cakupan pemeriksaan kehamilan sudah diatas 95%, bahkan di 3 daerah yaitu Kulon Progo, Gunung Kidul dan Kota Yogyakarta mencapai 100%. Jenis pemeriksaan kehamilan yang paling banyak diterima ibu hamil adalah pengukuran tekanan darah dan penimbangan berat badan. Cakupan pemeriksaan neonatus 0 – 7 hari dan 8 – 28 hari masing-masing adalah 81,8% dan 66,9%, cakupan pemeriksaan neonatus di DI Yogyakarta adalah yang tertinggi di Indonesia.
4. Prevalensi penyakit bersumber binatang seperti : malaria di Provinsi DI Yogyakarta dijumpai sebesar 0,3%, dan persentase orang yang minum obat program masih di bawah 50%, kecuali kota Yogyakarta persentase orang minum obat 60 %. Prevalensi DBD di Provinsi DI Yogyakarta 0,4 %, dan prevalensi filariasis 0,03 %, sedangkan penyakit yang berhubungan dengan pernafasan : Prevalensi ISPA 22,6%; pneumonia 1,8 %, TB terdeteksi dengan prevalensi 1,6



%, dan campak sebesar 0,6%. Adapun penyakit lain seperti : Tifoid terdeteksi dengan prevalensi sekitar 0,8%, hepatitis terdeteksi dengan prevalensi 0,2% dan Diare terdeteksi dengan prevalensi 4,2 %.

5. Prevalensi penyakit tidak menular yang cukup tinggi yaitu penyakit persendian 27,1%, dan hipertensi menurut pengukuran 28,4%, diagnosis dan observasi 8,6%, ternyata hipertensi banyak yang tidak disadari oleh masyarakat karena awal penyakit tanpa gejala/keluhan. Stroke 0,8%. Prevalensi low vision 6,3%, kebutaan 0,9%.Prevalensi penyakit katarak 10,2%,dan yang dioperasi baru sekitar 21,4% menjalani operasi katarak. Prevalensi menderita jantung 7,6 % dan diabetes 1,6%.
5. Prevalensi penyakit tidak menular yang cukup tinggi yaitu penyakit persendian 27,1%, dan hipertensi menurut pengukuran 28,4%, diagnosis dan observasi 8,6%, ternyata hipertensi banyak yang tidak disadari oleh masyarakat karena awal penyakit tanpa gejala/keluhan. Stroke 0,8%. Proporsi low vision 6,3%, kebutaan 0,9%.Proporsi penyakit katarak 10,2%,dan yang dioperasi baru sekitar 21,4% menjalani operasi katarak. Prevalensi menderita jantung 7,6 % dan diabetes 1,6%.  
Proporsi penduduk bermasalah gigi mulut 23,6%, menerima perawatan gigi 37,1%, kehilangan seluruh gigi asli 2,3% dan yang menderita karies aktif sebesar 52,3%.
6. Prevalensi merokok penduduk DI Yogyakarta pada saat ini sekitar 29,8% dengan rerata 7,8 batang perhari dan jenis yang banyak digunakan rokok kretek dengan filter (55,6%). Sepertiga penduduk DI Yogyakarta mulai merokok pada umur 15-19 tahun dan sebagian besar (80,7%) juga merokok di dalam rumah ketika bersama anggota keluarga lain. Sebagian besar penduduk (86,1%) kurang mengkonsumsi sayur dan buah dan kurang dari separuh penduduk Provinsi DI Yogyakarta (45,3%) kurang melakukan aktivitas fisik. Proporsi penduduk di provinsi DI Yogyakarta dengan PHBS baik hanya 58,2%
7. Akses masyarakat menuju fasilitas Pelayanan kesehatan (Rumah sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter praktek dan bidan praktek.) maupun (Posyandu/poskesdes/polindes) sebagian besar dapat ditempuh dengan mudah baik berdasarkan jarak maupun waktu. Sedangkan Jenis layanan yang banyak dikunjungi : Penimbangan, PMT, Suplemen Gizi. menggunakan tempat berobat rawat inap di RS swasta dengan menggunakan biaya sendiri.Untuk rawat jalan banyak memanfaatkan tenaga nakes dan terbanyak menggunakan biaya sendiri.
8. Setengah lebih penduduk di Provinsi DI Yogyakarta (55,5%) mengonsumsi air per orang perhari pada umumnya lebih dari 100 liter. Tingkat akses masyarakat terhadap air bersih sudah cukup tinggi (77,2%). Sedangkan cakupan rumah tangga yang mempunyai akses terhadap sanitasi baru sekitar setengahnya. Laki-laki dewasa dalam Rumah tangga merupakan individu yang biasa mengambil air di dalam dan di luar pekarangan.

Dari hasil tersebut di atas, maka yang perlu mendapat perhatian/perlu diwaspadai dari pemerintah baik pusat terutama Dinkes adalah : masalah kegemukan pada penduduk dewasa dan kurang konsumsi energi dan protein yang hampir mencapai setengah penduduk. Baru sekitar seperempat penduduk yang menderita katarak menjalani operasi katarak.Penyakit dengan prevalensi tinggi seperti : ISPA, Persendian dan hipertensi,. Jumlah perokok cukup tinggi dan sebagian besar merokok di dalam rumah, sehingga menambah perokok pasif. Masih rendahnya penduduk yang ber PHBS.

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar	ii
Sambutan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia	iv
Ringkasan Eksekutif	vi
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xxii
Daftar Singkatan	xxiii
Daftar Lampiran	xxvi
<b>BAB 1</b> Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2. Ruang Lingkup Riskesdas	1
1.3. Pertanyaan Penelitian	2
1.4. Tujuan Riskesdas	2
1.5. Kerangka Pikir	2
1.6. Alur Pikir Riskesdas 2007	4
1.7. Pengorganisasian Riskesdas	6
1.8. Manfaat Riskesdas	6
1.9. Persetujuan Etik Riskesdas	6
1.10 Keterbatasan Riskesdas	6
<b>BAB 2</b> Metodologi Riskesdas	8
2.1. Desain	8
2.2. Lokasi	8
2.3. Populasi Sampel	8
2.3.1. Penarikan Sampel Blok Sensus	9
2.3.2. Penarikan Sampel Rumah Tangga	9
2.3.3. Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga	9
2.3.4. Penarikan Sampel Biomedis	9
2.3.5. Penarikan Sampel Yodium	9
2.4. Variabel	9
2.4.1. Kuesioner Rumah Tangga (RKD07.RT)	9
2.4.2. Kuesioner Gizi (RKD07.GIZI)	10
2.4.3. Kuesioner Individu (RKD07.IND)	10
2.4.4. Kuesioner Autopsi Verbal untuk umur < 29 hari (RKD07.AV1)	10
2.4.5. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari -< 5 tahun (RKD07.AV2)	10
2.4.6. Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3)	11
2.5. Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpul Data	11
2.6. Manajemen Data	13
2.6.1. Editing	13
2.6.2. Entry	14
2.6.3. Cleaning	14
2.7. Keterbatasan Riskesdas	14
2.8. Pengolahan dan Analisis Data	15
<b>BAB 3</b> 3. Hasil Riskesdas	16
3.1. Profil Provinsi DI Yogyakarta	16

3.1.1. Keadaan Geografis	16
3.1.2 Keadaan Penduduk	17
3.1.3 Keadaan Ekonomi	22
3.1.4 Keadaan Pendidikan	23
3.2. Gizi	25
3.2.1. Status Gizi Balita	25
3.2.2. Indek Massa tubuh	36
3.2.3. Status gizi wanita usia subur (WUS) 15 – 45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA	40
3.2.4. Konsumsi Energi dan Protein	42
3.2.5. Konsumsi Garam beriodium	44
3.3. Kesehatan Ibu dan Anak	37
3.3.1. Status Imunisasi	37
3.3.2. Pemantauan Perumbuhan Balita	52
3.3.3. Distribusi Kapsul Vitamin A	56
3.3.4. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	62
3.4. Penyakit Menular	71
3.4.1. Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	71
3.4.2. Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), Campak	74
3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare	77
3.5. Penyakit Tidak Menular	80
3.5.1. Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan	80
3.5.2. Gangguan Mental Emosional	87
3.5.3. Penyakit Mata	89
3.5.4. Kesehatan Gigi	95
3.5.5 Disabilitas	109
3.5.6. Cedera	113
3.6. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	138
3.6.1. Perilaku Merokok	138
3.6.2. Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur	148
3.6.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol	150
3.6.4. Perilaku Aktivitas Fisik	151
3.6.5. Pengetahuan Sikap terhadap Flu Burung	154
3.6.6. Pengetahuan Sikap terhadap HIV/AIDS	156
3.6.6. Perilaku Higienis	160
3.6.7. Pola Konsumsi Makanan Berisiko	162
3.6.8. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	164
3.7. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	167
3.8 Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	180
3.8.1. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	185
3.9. Kesehatan Lingkungan	188
3.9.1. Air Keperluan Rumah Tangga	188
3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar	198
3.9.3. Sarana Pembuangan Air Limbah	202
3.9.4. Pembuangan Sampah	203
3.9.5. Perumahan	204
Daftar Pustaka	208
Lampiran	213

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.2	Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Informasi	2
Tabel 3.2.1.1	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U) dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	26
Tabel 3.2.1.2	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	26
Tabel 3.2.1.3	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	27
Tabel 3.2.1.4	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	28
Tabel 3.2.1.5	Prevalensi Status Gizi Balita Berdasar TB/U Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	30
Tabel 3.2.1.6	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi BB/TB Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	32
Tabel 3.2.1.7	Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	33
Tabel 3.2.1.8	Nilai Rata-rata IMT, batas -2SD dan +2SD menurut umur dan jenis kelamin Anak Umur 6-14 Tahun, Menurut Standar WHO, 2007	34
Tabel 3.2.1.9	Prevalensi Kekurusan dan BB lebih Anak Umur 6-14 Tahun Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	34
Tabel 3.2.1.10	Prevalensi Kekurusan dan BB lebih Anak Umur 6-14 Tahun menurut Karakteristik Responden, Privinsi DI Yogyakarta,Riskesdas 2007	35
Tabel 3.2.2.1	Prevalensi Status Gizi Penduduk Dewasa Umur (15 Tahun ke Atas) menurut Indeks Massa Tubuh dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	36
Tabel 3.2.2.2	Prevalensi Status Gizi Dewasa (Umur 15 Tahun ke Atas) menurut Indeks MassaTubuh dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	37
Tabel 3.2.2.3	Prevalensi obesitas Sentral Pada penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	38
Tabel 3.2.2.4	Prevalensi obesitas Sentral Pada penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	39
Tabel 3.2.3.1	Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 tahun, Riskesdas 2007	40
Tabel 3.2.3.2	Prevalensi Risiko Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta,Riskesdas 2007	41
Tabel 3.2.3.3	Prevalensi Risiko Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	41
Tabel 3.2.4.1	Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta,Riskesdas 2007	42
Tabel 0.2.4.2	Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Angka Rerata Nasional menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskedas 2007	43
Tabel 3.2.4.3	Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta , Riskedas 2007	44
Tabel 3.2.5.1	Persentase Kandungan Iodium Garam Yang Dikonsumsi Rumah Tangga Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta,Riskesdas 2007	44

Tabel 3.2.5.2	Sebaran Rumah Tangga Yang Mengonsumsi Garam Menurut Kandungan Iodium Menurut Karakteristik di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	45
Tabel 3.2.5.3	Persentase Kandungan Kuantitatif Iodium dalam Garam Yang Dikonsumsi Rumah Tangga Di Kabupaten Bantul Provinsi DI Yogyakarta,Risesdas 2007	46
Tabel 3.2.5.4	Persentase Ekskresi Iodium Dalam Urine Anak 6-12 Tahun Di Kabupaten Bantul Propinsi DI Yogyakarta,Risesdas 2007	46
Tabel 3.2.5.5	Nilai Median Iodium Urine Anak Sekolah 6-12 Tahun di Kabupaten Bantul, Provinsi DI Yogyakarta,Risesdas 2007	46
Tabel 3.3.1.1	Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	48
Tabel 3.3.1.2	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Karakteristik responden Risesdas Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	49
Tabel 3.3.1.3	Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	50
Tabel 3.3.1.4	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Karakteristik responden Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	51
Tabel 3.3.2.1	Sebaran Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta Risesdas 2007	52
Tabel 3.3.2.2	Sebaran Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik responden di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	53
Tabel 3.3.2.3	Sebaran Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	54
Tabel 3.3.2.4	Sebaran Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	55
Tabel 3.3.3.1	Sebaran Anak Umur 6-59 bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	56
Tabel 3.3.3.2	Sebaran Cakupan Kapsul Vitamin A Pada Anak 6-59 Bulan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	57
Tabel 3.3.3.3	Sebaran Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/ Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	58
Tabel 3.3.3.4	Sebaran Anak 6-59 Bulan Yang Mempunyai KMS Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta	59
Tabel 03.3.3.5	Sebaran Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	60
Tabel 3.3.3.6	Sebaran Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik responden di Provinsi DI YOGYAKARTA, Risesdas 2007	61
Tabel 3.3.4.1	Sebaran Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	62
Tabel 3.3.4.2	Sebaran Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu dan Karakteristik di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	63
Tabel 3.3.4.3	Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Menurut Kabupaten Propinsi Di Yogyakarta, Risesdas 2007	64
Tabel 3.3.4.4	Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Menurut Karakteristik responden, Di Kabupaten Propinsi Di Yogyakarta, Risesdas 2007	64
Tabel 3.3.4.5	Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007	65

Tabel 3.3.4.6	Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan Menurut Karakteristik responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	66
Tabel 3.3.4.7	Persentase Skor Pemeriksaan Kehamilan Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	67
Tabel 3.3.4.8	Persentase Cakupan Skor Pemeriksaan Kehamilan Layanan Neonatal Menurut Kabupaten	68
Tabel 3.3.4.9	Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	69
Tabel 3.3.4.10	Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal Menurut Karakteristik responden	70
Tabel 3.4.1.1	Prevalensi Malaria dan Pemakaian obat program, Demam Berdarah Dengue, Filariasis menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	72
Tabel 3.4.1.2	Prevalensi Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria, DBD, Filariasis menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	73
Tabel 3.4.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	75
Tabel 3.4.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	76
Tabel 3.4.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	78
Tabel 3.4.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Karakteristik di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	79
Tabel 3.5.1.1	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	81
Tabel 3.5.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	83
Tabel 3.5.1.3	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* Dan Tumor** Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	84
Tabel 3.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes*, dan Tumor Berdasarkan Diagnosis Nakes atau Gejala Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi di DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	85
Tabel 3.5.1.5	Prevalensi Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofilia) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	86
Tabel 0.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan Self Reporting Questionnaire-20)* Menurut Kabupaten/Kota, Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007.	87
Tabel 0.5.2.2	Prevalensi Gangguan Mental Dan Emosional Pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan Self Reporting Questionnaire-20)* menurut Karakteristik Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	88
Tabel 3.5.3.1	Prevalensi Penduduk Umur 6 Tahun ke Atas Menurut Low Vision, Kebutaan (Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	89
Tabel 3.5.3.2	Prevalensi Penduduk Umur 6 ke Atas Menurut Low Vision, Kebutaan Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	90

Tabel 3.5.3.3	Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	91
Tabel 3.5.3.4	Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas Dengan Katarak Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	92
Tabel 3.5.3.5*	Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun ke atas Dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak atau Mamakai Kacamata Setelah Operasi Katarak Menurut Kabupaten Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	93
Tabel 3.5.3.6*	Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas Dengan Katarak Yang Pernah Menjalani Operasi Katarak Atau Memakai Kacamata Setelah Operasi Katarak Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	94
Tabel 3.5.4.1	Persentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten Di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007	96
Tabel 3.5.4.2	Proporsi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	97
Tabel 3.5.4.3	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/pengobatan Untuk Masalah Gigi-Mulut Menurut Jenis Perawatan dan Kabupaten Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	98
Tabel 3.5.4.4	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/pengobatan Untuk Masalah Gigi-Mulut Menurut Jenis Perawatan dan Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	99
Tabel 3.5.4.5	Persentase Penduduk Umur 10 Th ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi Menurut Kabupaten, Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	100
Tabel 3.5.4.6	Persentase Waktu Menggosok Gigi Pada Penduduk Umur 10 Th ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	101
Tabel 3.5.4.7	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	102
Tabel 3.5.4.8	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	103
Tabel 3.5.4.9	Komponen D. M. F dan Index Dmf-T Menurut Kabupaten Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	104
Tabel 3.5.4.10	Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Karakteristik Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	104
Tabel 3.5.4.11	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies Menurut Kabupaten Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	105
Tabel 3.5.4.12	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies Menurut Karakteristik Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	106
Tabel 3.5.4.13	Required Treatment Index (RTI dan Perform Tretment Index (PTI) Menurut Di Provinsi DI Yogyakarta Riskesdas 2007	107
Tabel 3.5.4.14	Required Treatment Index (RTI Dan Perform Tretment Index (PTI) Menurut Karakteristik Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	107
Tabel 3.5.4.15	Proporsi Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protosa dan Kabupaten, Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	108
Tabel 3.5.4.16	Proporsi Penduduk Umur 12 tahun ke Atas Menurut Fungsi Normal Gigi Dan Penduduk Edentulous dan Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	109

Tabel 3.5.5.1	Persentase Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas Dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	110
Tabel 3.5.5.2	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Dalam Menurut Status dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	111
Tabel 3.5.5.3	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Status dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	112
Tabel 3.5.6.1	Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	117
Tabel 3.5.6.2	Prevalensi Penduduk Berdasarkan Penyebab Cedera Menurut Pendidikan di Provinsi DI Yogyakarta ,Riskesdas 2007	118
Tabel 3.5.6.3	Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera Mmnrut Pekerjaan di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	119
Tabel 3.5.6.4	Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera menurut Jenis Kelamin di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	120
Tabel 3.5.6.5	Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera menurut Tipe Daerah di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	121
Tabel 3.5.6.6	Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	122
Tabel 3.5.6.7	Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007	123
Tabel 3.5.6.8	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kelompok Umur di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007	124
Tabel 3.5.6.9	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pendidikan di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	125
Tabel 3.5.6.10	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pekerjaan di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	126
Tabel 3.5.6.11	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Jenis Kelamin di Provinsi DI Yogyakarta,Riskesdas 2007	127
Tabel 3.5.6.12	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Tipe Daerah di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	128
Tabel 3.5.6.13	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	129
Tabel 3.5.6.14	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007	130
Tabel 3.5.6.15	Prevalensi Jenis Cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	131
Tabel 3.5.6.16	Prevalensi Cedera menurut Pendidikan di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	132
Tabel 3.5.6.17	Prevalensi Cedera menurut Pekerjaan di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	133
Tabel 3.5.6.18	Prevalensi Jenis Cedera menurut Jenis Kelamin di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	134
Tabel 3.5.6.19	Prevalensi Jenis Cedera menurut Tipe Daerah di Provinsi DI Yogyakarta,Riskesdas 2007	135
Tabel 3.5.6.20	Prevalensi Jenis Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	136
Tabel 3.5.6.21	Prevalensi Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	137



Tabel 3.6.1.1	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	138
Tabel 3.6.1.2	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	139
Tabel 3.6.1.3	Prevalensi Perokok Saat Ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	140
Tabel 3.6.1.4	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok Yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	141
Tabel 3.6.1.5	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Pertama Kali Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	142
Tabel 3.6.1.6	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007	143
Tabel 3.6.1.7	Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas yang Merokok Berdasarkan Umur Pertama Kali Merokok, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	144
Tabel 3.6.1.8	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Pertama Kali Merokok, Menurut Karakteristik di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	145
Tabel 3.6.1.9	Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	146
Tabel 3.6.1.10	Sebaran Penduduk Umur 10 tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis Rokok yang Dihisap Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007	146
Tabel 3.6.1.11	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis Rokok yang Dihisap, dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007	147
Tabel 3.6.2.1	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	148
Tabel 3.6.2.2	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	149
Tabel 3.6.3.1	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	150
Tabel 3.6.3.2	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	151
Tabel 3.6.4.1	Prevalensi penduduk 10 tahun ke atas yang Melakukan Kegiatan Aktif dan tidak Aktif, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	152
Tabel 3.6.4.2	Prevalensi penduduk 10 tahun ke atas yang Melakukan Kegiatan Aktif dan tidak Aktif, Menurut Karakteristik di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	153
Tabel 3.6.5.1	Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung, dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	154

Tabel 3.6.5.2	Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung, dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	155
Tabel 3.6.6.1	Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas, Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS, Menurut Kabupaten/Kotadi Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	156
Tabel 3.6.6.2	Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas, Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS, Menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	157
Tabel 3.6.6.3	Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas Menurut Sikap Bila Ada Anggota Rumah Tangga Menderita HIV/AIDS dalam Rumah Tangga, dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	158
Tabel 3.6.6.4	Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke atas Menurut Sikap Bila Ada Anggota Rumah Tangga Menderita HIV/AIDS dalam dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	159
Tabel 3.6.7.1	Perentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tgn dengan Sabun, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	160
Tabel 3.6.7.2	Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan dengan Sabun, Menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	161
Tabel 3.6.8.1	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun Ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	162
Tabel 3.6.8.2	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun Ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko Menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	163
Tabel 3.6.9.1	Sebaran Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat, Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi DI Yogyakarta Riskesdas 2007	164
Tabel 3.6.9.2	Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk Umur 10 tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta	165
Tabel 3.6.9.3	Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk Umur 10 tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta	166
Tabel 3.7.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	167
Tabel 3.7.2	Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jarak dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	168
Tabel 3.7.3	Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	168
Tabel 3.7.4	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* Menurut Karakteristik Rumah Tangga di provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	169

Tabel 3.7.5	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	170
Tabel 3.7.6	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes, Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	170
Tabel 3.7.7	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pelayanan Posyandu/Poskesdes , Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	171
Tabel 3.7.8	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pelayanan Posyandu/Poskesdes , Menurut Karakteristik RT di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	172
Tabel 3.7.9	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes , Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	173
Tabel 3.7.10	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (di Luar Tidak Membutuhkan) , dan Karakterisasi Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	173
Tabel 3.7.11	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa , Menurut Kabupaten Di Provinsi DI Yogyakarta	174
Tabel 3.7.12	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa , Menurut Tempat Tinggal di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	174
Tabel 3.7.13	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	175
Tabel 3.7.14	Persentase Rumah Tangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	176
Tabel 3.7.15	Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa, Menurut Alasan Lain dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	177
Tabel 3.7.16	Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa, Menurut Alasan Lain dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	177
Tabel 3.7.17	Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	178
Tabel 3.7.18	Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa (POD)/ Warung Obat Desa (WOD) menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	178
Tabel 3.7.19	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta	179
Tabel 3.7.20	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	180
Tabel 3.8.1	Persentase Renduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	181
Tabel 3.8.2	Persentase Tempat Berobat Rawat Inap Menurut Tempat Tinggal di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	181

Tabel 3.8.3	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan Dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta,Riskesdas 2007	182
Tabel 3.8.4	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan Dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	182
Tabel 3.8.5	Persentase Penduduk yang Memanfaatkan Tempat Berobat Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	183
Tabel 3.8.6	Persentase Penduduk yang Memanfaatkan Tempat Berobat Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	184
Tabel 3.8.7	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Sumber Pembiayaan Dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	184
Tabel 3.8.8	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Sumber Pembiayaan Dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta,Riskesdas 2007	185
Tabel 3.8.1.1	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	186
Tabel 3.8.1.2	Persentase penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	187
Tabel 3.8.1.3	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	187
Tabel 3.8.1.4	Persentase penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	188
Tabel 3.9.1.1	Persentase Rumah Tangga berdasarkan Rata-Rata Pemakaian Air Per Orang Per Hari menurut Kabupaten di Propinsi DI Yogyakarta,Riskesdas 2007	189
Tabel 3.9.1.2	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Rata-Rata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran per Kapita di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	189
Tabel 3.9.1.3	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Waktu, Jarak, Ketersediaan Air Bersih menurut Kabupaten Di Propinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	190
Tabel 3.9.1.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Waktu, Jarak dan Ketersediaan Air Bersih, dan Tempat Tinggal Serta Tingkat Pengeluaran Per kapita,di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	191
Tabel 3.9.1.5	Persentase Rumah Tangga Menurut Anggota Rumah Tangga (ART) yang Biasa Mengambil Air Bersih yang Bersumber di Dalam Pekarangan, dan Kabupaten/Kota, Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	192
Tabel 3.9.1.6	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Anggota Rumah Tangga (ART) yang Biasa Mengambil Air Bersih yang Bersumber di Dalam Pekarangan, menurut Tempat Tinggal Desa/Kota, di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	192
Tabel 3.9.1.7	Persentase Rumah Tangga berdasarkan Kualitas Fisik Air Minum, Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	193
Tabel 3.9.1.8	Persentase Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum, dan Tempat Tinggal serta Tingkat Pengeluaran Per Kapita,di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	193
Tabel 3.9.1.9	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten,Di Propinsi DI Yogyakarta,Susenas 2007	194

Tabel 3.9.1.10	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Tempat Tinggal Desa/Kota, Serta Tingkat Pengeluaran Per Kapita Di Provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007	195
Tabel 3.9.1.11	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum, dan Kabupaten, Riskesdas 2007	195
Tabel 3.9.1.12	Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita, di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	196
Tabel 3.9.1.13	Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Kabupaten, Susenas 2007	197
Tabel 3.9.1.14	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Indonesia, Susenas dan Riskesdas 2007	197
Tabel 3.9.2.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007	198
Tabel 3.9.2.2	Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jenis Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran per Kapita Di Provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007	198
Tabel 3.9.2.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten di provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007	199
Tabel 3.9.2.4	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Buang Air Besar Menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007	199
Tabel 3.9.2.5	Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Kabupaten, Susenas 2007	200
Tabel 3.9.2.6	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga di Indonesia, Susenas dan Riskesdas 2007	200
Tabel 3.9.2.7	Persentase Rumah Tangga berdasarkan Tempat Pembuangan Akhir Tinja menurut Kabupaten, Di Provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007	201
Tabel 3.9.2.8	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pembuangan Akhir Tinja menurut Tempat Tinggal dan Tingkat pengeluaran Per perkapita, Susenas 2007	201
Tabel 3.9.3.1	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	202
Tabel 3.9.3.2	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita, di Propinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	202
Tabel 3.9.4.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Di Luar Rumah dan Kabupaten di Propinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	203
Tabel 3.9.4.2	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Di Luar Rumah Menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran per Kapita, di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	203

Tabel 3.9.5.1	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Lantai Rumah menurut Kepadatan Hunian, dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007	204
Tabel 3.9.5.2	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian, Menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007	205
Tabel 3.9.5.3	Persentase Rumah Tangga Yang Memelihara Ternak/Hewan Menurut Jenis, Tempat dan Kabupaten di Provinsi, DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	206
Tabel 3.9.5.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan Dan Tempat Tinggal desa/Kota, Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007	207

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1. Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974) .....	3
Gambar 2. Alur Pikir Riskesdas 2007 .....	5
Gambar 3. Provinsi DI Yogyakarta.....	16

## 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 Periodontal 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 Nasional
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 DI Yogyakarta

# **BAB 1. PENDAHULUAN**

## **1.1 Latar Belakang**

Untuk mewujudkan visi “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat”, Departemen Kesehatan RI mengembangkan misi: “membuat rakyat sehat”. Sebagai penjabarannya telah dirumuskan empat strategi utama dan 17 sasaran. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes), sebagai salah satu unit utama Depkes, mempunyai fungsi menunjang sasaran 14, yaitu berfungsinya sistem informasi kesehatan yang berbasis bukti (*evidence-based*) di seluruh Indonesia. Untuk itu diperlukan data berbasis komunitas tentang status kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya.

Sejalan dengan Undang-Undang nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, kewenangan perencanaan bidang kesehatan berada di tingkat kabupaten/kota. Proses perencanaan pembangunan kesehatan yang akurat membutuhkan data berbasis bukti di tiap kabupaten/kota.

Keterwakilan hasil survei yang berbasis komunitas seperti Survei Kesehatan Nasional (SDKI, Susenas Modul, SKRT) yang selama ini dilakukan hanya sampai tingkat kawasan atau provinsi, sehingga belum memadai untuk perencanaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota, termasuk perencanaan pembiayaan. 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, Balitbangkes melaksanakan riset kesehatan dasar (Riskesdas) untuk menyediakan informasi berbasis komunitas tentang status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya dengan keterwakilan sampai tingkat kabupaten/kota.

## **1.2 Ruang Lingkup Riskesdas**

Riskesdas adalah riset berbasis komunitas dengan tingkat keterwakilan kabupaten/kota, yang menyediakan informasi kesehatan dasar termasuk biomedis, dengan menggunakan sampel Susenas Kor.

Riskesdas 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.**  
**Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Informasi**

<b>Indikator</b>	<b>SDKI</b>	<b>SKRT</b>	<b>KOR Susenas</b>	<b>Riskesdas</b>
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 perkotaan

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

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Sesuai dengan latarbelakang dan kebutuhan perencanaan, maka pertanyaan penelitian yang harus dijawab dengan Riskesdas adalah :

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

### **1.4 Tujuan Riskesdas**

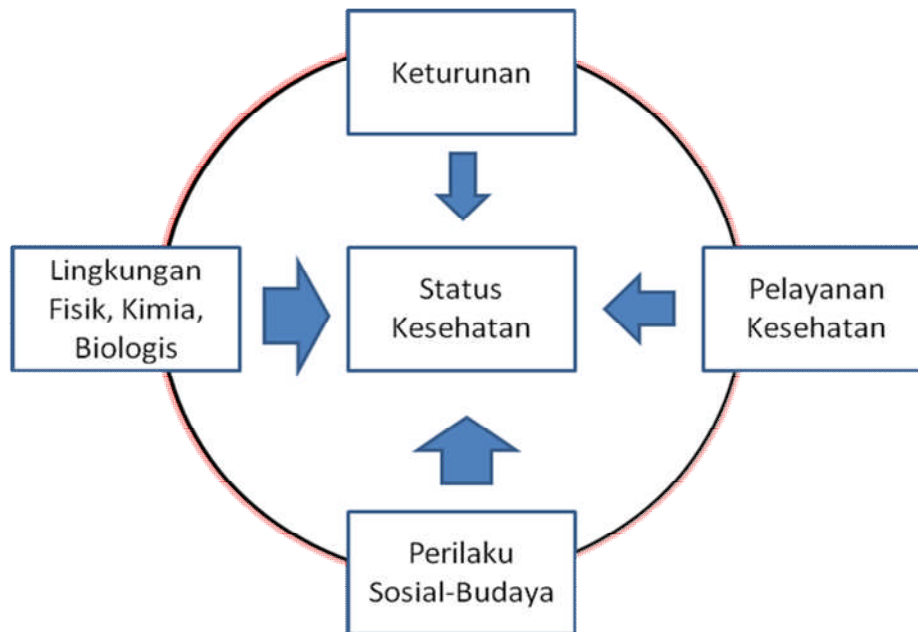
Tujuan Riskesdas adalah sebagai berikut :

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

### **1.5 Kerangka Pikir**

Kerangka pikir Riskesdas didasari oleh kerangka pikir Blum (1974, 1981) yang menyatakan bahwa status kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yang saling berinteraksi yaitu: faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Bagan kerangka pikir Blum adalah sebagai berikut :

**Gambar 1**  
**Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)**



Pada Riskesdas tahun 2007 ini tidak semua indikator status kesehatan dan faktor-faktor yang berhubungan dengan status kesehatan tersebut dikumpulkan. Indikator yang diukur adalah sebagai berikut :

- a. Status kesehatan, diukur dengan :
  - 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.
- b. Faktor lingkungan, diukur dengan :
  - 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/kota.

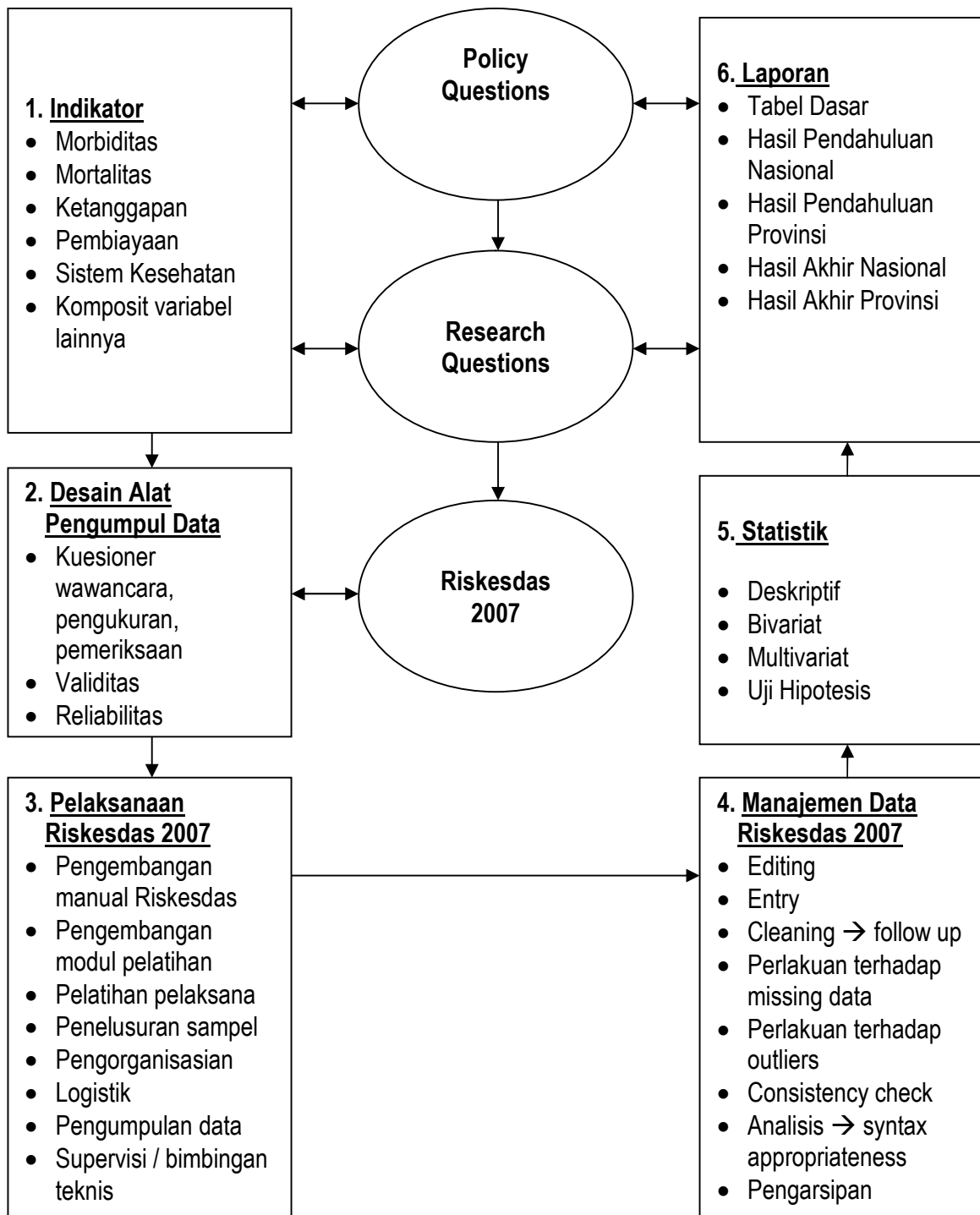
- c. Faktor perilaku, diukur dengan :
- Perilaku merokok/konsumsi tembakau dan alkohol.
  - Perilaku konsumsi sayur dan buah.
  - Perilaku aktivitas fisik.
  - Perilaku gosok gigi.
  - Perilaku higienis (cuci tangan, buang air besar).
  - Pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap flu burung, HIV/AIDS.
- d. Faktor pelayanan kesehatan, diukur dengan :
- 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 2007

Alur pikir (Gambar 2) ini secara skematis menggambarkan enam tahapan penting dalam Riskesdas 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 2007 bukan saja harus mampu menjawab pertanyaan kebijakan, namun harus memberikan arah bagi pengembangan pertanyaan kebijakan berikutnya.

Untuk menjamin *appropriateness* dan *adequacy* dalam konteks penyediaan data kesehatan yang *valid, reliable* dan *comparable*, maka pada setiap tahapan Riskesdas 2007 dilakukan upaya penjaminan mutu yang ketat. Substansi pertanyaan, pengukuran dan pemeriksaan Riskesdas 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 2007 mengacu pada berbagai instrumen yang telah ada dan banyak digunakan 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 2**  
**Mekanisme Kerja Riskesdas 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 KepMenKes nomor 877 tahun 2006, pengorganisasian Riskesdas dibagi menjadi berbagai tingkat sebagai berikut (rincian lihat Lampiran 1.1.) :

1. Organisasi tingkat pusat
2. Organisasi tingkat wilayah (4 wilayah)
3. Organisasi tingkat provinsi
4. Organisasi tingkat kabupaten
5. Tim pengumpul data

Pengumpulan data Riskesdas 2007 direncanakan untuk dilakukan segera setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007. Daftar provinsi dalam koordinasi wilayah empat adalah sebagai berikut: Koordinator Wilayah 4 dengan penanggung-jawab Puslitbang Gizi dan Makanan untuk: Provinsi Bengkulu, Lampung, Jawa Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Selatan, Gorontalo, dan Sulawesi Barat.

## **1.8. Manfaat Riskesdas**

Riskesdas memberikan manfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan berupa :

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

## **1.9. Persetujuan Etik Riskesdas**

Riset kesehatan dasar ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Balitbangkes Depkes pada tanggal (terlampir).

## **1.10. Keterbatasan Riskesdas**

Riskesdas merupakan riset berbasis komunitas dengan skala besar dan dilaksanakan secara swakelola. Sebagai pengalaman pertama tentu ada beberapa kelemahan atau kekurangan yang masih terjadi meski sudah diupayakan sebaik mungkin.

Beberapa keterbatasan Riskesdas adalah sebagai berikut :

1. Meski Riskesdas dirancang untuk keterwakilan sampai tingkat kabupaten/kota, tetapi tidak semua informasi bisa mewakili kabupaten/kota, terutama kejadian-kejadian yang jarang hanya bisa mewakili tingkat provinsi atau bahkan hanya tingkat nasional.
2. Khusus untuk data biomedis, keterwakilan hanya di tingkat perkotaan nasional.
3. Terbatasnya dana dan waktu realisasi pencairan anggaran yang tidak lancar, menyebabkan pelaksanaan Riskesdas tidak serentak; ada yang dimulai pada bulan Juli 2007, tetapi ada pula yang dilakukan pada bulan Februari tahun 2008, bahkan lima provinsi (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan NTT) baru melaksanakan pada bulan Agustus-September 2008.
4. Pengumpulan data yang tidak serentak, membuat perbandingan antar provinsi harus dilakukan dengan hati-hati, khususnya untuk penyakit yang bersifat musiman (*seasonal*).

## **BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS**

### **2.1. Desain**

Riskesdas adalah sebuah survei cross sectional yang bersifat deskriptif. Desain Riskesdas terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Indonesia, secara menyeluruh, akurat dan berorientasi pada kepentingan para pengambil keputusan di berbagai tingkat administratif. 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 desain ini, maka setiap pengguna informasi Riskesdas dapat memperoleh gambaran yang utuh dan rinci mengenai berbagai masalah kesehatan yang ditanyakan, diukur atau diperiksa. Di tingkat nasional, Laporan Hasil Riskesdas 2007 akan menggambarkan berbagai masalah kesehatan di tingkat nasional dan variabilitas antar provinsi. Sedangkan di tingkat provinsi, Laporan Hasil Riskesdas 2007 akan menggambarkan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan variabilitas antar kabupaten/kota.

Secara singkat dapat dikatakan bahwa Riskesdas 2007 didesain untuk mendukung pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti ilmiah. Desain Riskesdas 2007 dikembangkan dengan sungguh-sungguh memperhatikan teori dasar tentang saling hubungan antara berbagai penentu yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Riskesdas 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, desain Riskesdas 2007 menghasilkan data yang siap dikorelasikan dengan data Susenas 2007. Dengan sedikit pengolahan lanjut, data Riskesdas 2007 dapat dengan mudah dikorelasikan dengan data survei lainnya seperti data kemiskinan. Dengan demikian, para pembentuk kebijakan dan pengambil keputusan di bidang pembangunan kesehatan dapat menarik manfaat yang optimal dari ketersediaan data Riskesdas 2007.

### **2.2 Lokasi**

Sampel Riskesdas 2007 di Provinsi DI Yogyakarta berasal dari seluruh kabupaten/kota, yaitu sebanyak 5 kabupaten/kota.

### **2.3 Populasi Sampel**

Populasi dalam Riskesdas 2007 adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok Republik Indonesia. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas 2007 identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas 2007. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas 2007 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**

Dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus yang prevalensial terhadap jumlah rumah tangga di kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah blok sensus masuk ke dalam sampel blok sensus pada sebuah kabupaten/kota bersifat prevalensial terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability proportional 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, maka dalam Riskesdas 2007 akan terdapat 17.357 (tujuh belas ribu tiga ratus lima puluh tujuh) sampel blok sensus. 17.150.

### **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.

### **2.3.3 Penarikan Sampel anggota Rumah Tangga**

Selanjutnya, seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut di atas maka diambil sebagai sampel individu.

### **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.

### **2.3.5 Penarikan sampel yodium**

Ada 2 (dua) pengukuran yodium. Pertama, adalah pengukuran kadar yodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran yodium dalam urin. Pengukuran kadar yodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beryodium. Sedangkan pengukuran yodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam yodium pada penduduk. Pengukuran kadar yodium dalam garam dilakukan dengan test cepat menggunakan "*iodina*" dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga.

## **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 2007 terdapat kurang lebih 600 variabel yang tersebar di dalam 6 (enam) jenis kuesioner, dengan rincian variabel pokok sebagai berikut:

### **2.4.1 Kuesioner rumah tangga (RKD07.RT)**

Terdiri dari:

- Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
- Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
- Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
- Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);
- Blok V tentang Mortalitas (10 variabel);

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

#### **2.4.2 Kuesioner gizi (RKD07.GIZI)**

Terdiri dari:

- Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu;

#### **2.4.3 Kuesioner individu (RKD07.IND)**

Terdiri dari:

- Blok IX tentang keterangan wawancara individu (4 variabel);
- Blok X tentang keterangan individu, dikelompokkan menjadi:
  - i. Blok X-A tentang identifikasi responden (4 variabel);
  - ii. Blok X-B tentang penyakit menular, tidak menular, dan riwayat penyakit turunan (50 variabel);
  - iii. Blok X-C tentang ketanggapan
    - ✓Pelayanan rawat inap (11 variabel)
    - ✓Pelayanan berobat jalan (10 variabel);
  - iv. Blok X-D tentang pengetahuan, sikap dan perilaku untuk semua anggota rumah tangga umur  $\geq 10$  tahun (35 variabel);
  - v. Blok X-E tentang disabilitas/ketidakmampuan untuk semua anggota rumah tangga  $\geq 15$  tahun (23 variabel);
  - vi. Blok X-F tentang kesehatan mental untuk semua anggota rumah tangga  $\geq 15$  tahun (20 variabel);
  - vii. Blok X-G tentang imunisasi dan pemantauan perumah tanggaumbuhan untuk semua anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan (11 variabel);
  - viii. Blok X-H tentang kesehatan bayi (khusus untuk bayi berumur  $< 12$  bulan (7 variabel);
  - ix. Blok X-I tentang kesehatan reproduksi – pertanyaan tambahan untuk 5 provinsi: NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua (6 variabel);
- Blok XI tentang pengukuran dan (7 variabel);

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

Terdiri dari:

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

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

Terdiri dari:

- Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
- Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);

- Blok III tentang autopsi verbal riwayat sakit bayi/balita berumur 29 hari - <5 tahun (35 variabel);
- Blok IV tentang resume riwayat sakit bayi/balita (6 variabel)

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

Terdiri dari:

- Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
- Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
- Blok IIIA tentang autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (44 variabel);
- Blok IIIB tentang autopsi verbal untuk perempuan umur 10 tahun keatas (4 variabel);
- Blok IIIC tentang autopsi verbal untuk perempuan pernah kawin umur 10-54 tahun (19 variabel);
- Blok IIID tentang autopsi verbal untuk laki-laki atau perempuan yang berumur 15 tahun keatas (1 variabel);
- Blok IV tentang resume riwayat sakit untuk umur 5 tahun keatas (5 variabel).

#### Catatan

Selain keenam kuesioner tersebut diatas, terdapat 1 formulir yang digunakan untuk pengumpulan data tes cepat yodium garam (Form Garam).

## 2.5 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data

Pelaksanaan Riskesdas 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  $\geq 15$  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  $\geq 30$  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 perumah tanggaumbuhan;
  - **Anggota rumah tangga berumur  $\geq 10$  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  $\geq 12$  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;

Model kuesioner Riskesdas-mortalitas 2007 (RKD07.AV1 – AV3) dirancang untuk mengumpulkan tanda, gejala sakit sebelum seorang individu meninggal dengan teknik autopsi verbal (AV) melalui wawancara kepada keluarga almarhum/ah yang merawatnya ketika sakit. Ada tiga (3) macam kuesioner AV yang dipakai yaitu: kuesioner AV1 untuk neonatal berumur 0-<28 hari (RKD.AV1), kuesioner AV2 untuk balita berumur 28 hari-<5 tahun (RKD.AV2), kuesioner untuk usia lima (5) tahun ke atas (RKD.AV3). Pembagian ini dimaksudkan untuk memenuhi kepraktisan ketika dilakukan wawancara agar tetap terarah pada penyebab kematian secara spesifik pada setiap kelompok usia.

Kuesioner dilengkapi dengan lembar khusus untuk pembuatan resume riwayat patofisiologi perjalanan penyakit sampai terjadi kematian dan penegakan diagnosis penyebab kematian, yang keduanya akan dikerjakan oleh dokter *reviewer* dengan mengacu pada ketentuan *The Tenth Revision of the International Statitistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* dari WHO.

- d. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) dari rumah tangga terpilih di blok sensus perkotaan terpilih sesuai Susenas 2007. Pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut: Blok sensus perkotaan yang terpilih pada Susenas 2007, dipilih sejumlah 15% dari total blok sensus perkotaan

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  $\geq 15$  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)  $\geq$  200 mg/dl.
- e. Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas 2007 dilakukan dengan tes cepat yodium menggunakan "iodina test".

### **Catatan**

Pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 2007 tidak dapat dilakukan serentak pada perumahan tanggaengahan 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:

- a. Perubahan kebijakan anggaran internal Departemen Kesehatan pada tahun anggaran 2007 menyebabkan gangguan ketersediaan dana operasional untuk pengumpulan data. Koordinator Wilayah I dan II bisa mencairkan anggaran sebelum terjadinya perubahan kebijakan anggaran dimaksud, sehingga bisa melaksanakan pengumpulan data lebih awal (akhir Juli 2007). Sedangkan Koordinator Wilayah III dan IV lebih lambat, sehingga waktu pengumpulan data pada provinsi di wilayah III dan IV sangat bervariasi (akhir Juli 2007 - January 2008). Bahkan 5 provinsi daerah sulit (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan Nusa Tenggara Timur), pengumpulan data baru dapat dilaksanakan pada Agustus-September 2008.
- b. Kesiapan daerah untuk berperanserta dalam pelaksanaan Riskesdas 2007 amat bervariasi, sehingga pelaksanaan dari satu lokasi pengumpulan data ke lokasi lainnya memerlukan koordinasi dan manajemen logistik yang rumit;
- c. Kondisi geografis dari sampel blok sensus terpilih amat bervariasi. Di daerah kepulauan dan daerah terpencil di seluruh wilayah Indonesia, pelaksanaan pengumpulan data dalam berbagai situasi amat tergantung pada ketersediaan alat transpor, ketersediaan tenaga pendamping dan ketersediaan biaya operasional yang memadai tepat pada waktunya.
- d. Untuk pengumpulan data biomedis, perlu dilakukan pelatihan yang intensif untuk petugas pengambil spesimen dan manajemen spesimen. Petugas dimaksud adalah para analis atau petugas laboratorium dari rumah sakit atau laboratorium daerah. Pelatihan dilakukan oleh peneliti dari Puslitbang Biomedis dan petugas Labkesda setempat. Pelatihan dilaksanakan di tiap provinsi.

## **2.6 Manajemen Data**

Manajemen data Riskesdas 2007 di Provinsi DI Yogyakarta dilaksanakan oleh tim manajemen data dari Korwil IV (Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan, Bogor). Urutan kegiatan yang dilakukan adalah 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. Ketua tim Pewawancara sangat kritikal 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 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 Entry**

Tim manajemen data yang berumah tanggaanggungjawab untuk *entry data* harus memiliki 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 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 2007 merupakan bagian dari tim manajemen data yang harus memahami kuesioner Riskesdas 2007 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 berumah tanggaanggungjawab untuk melakukan *cleaning* dan analisis data.

### **2.6.3 Cleaning**

Tahapan *cleaning* dalam manajemen data merupakan proses yang amat menentukan kualitas hasil Riskesdas 2007. Tim Manajemen Data menyediakan pedoman khusus untuk melakukan *cleaning* data Riskesdas 2007. 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 2007 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 2007. Bila pada suatu saat data Riskesdas 2007 dapat diakses oleh publik, maka informasi mengenai imputasi (proses data *cleaning*) dapat meredam munculnya perumah tanggaanyaan-pertanyaan mengenai kualitas data.

## **2.7 Keterbatasan Riskesdas**

Riskesdas merupakan riset berbasis komunitas dengan skala besar dan dilaksanakan secara swakelola. Sebagai pengalaman pertama tentu ada beberapa kelemahan atau kekurangan yang masih terjadi meski sudah diupayakan sebaik mungkin.

Beberapa keterbatasan Riskesdas adalah sebagai berikut :

5. Meski Riskesdas dirancang untuk keterwakilan sampai tingkat kabupaten/kota, tetapi tidak semua informasi bisa mewakili kabupaten/kota, terutama kejadian-kejadian yang jarang hanya bisa mewakili tingkat provinsi atau bahkan hanya tingkat nasional.
6. Khusus untuk data biomedis, keterwakilan hanya di tingkat perkotaan nasional.
7. Terbatasnya dana dan waktu realisasi pencairan anggaran yang tidak lancar, menyebabkan pelaksanaan Riskesdas tidak serentak; ada yang dimulai pada bulan Juli 2007, tetapi ada pula yang dilakukan pada bulan Februari tahun 2008, bahkan lima provinsi (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan NTT) baru melaksanakan pada bulan Agustus-September 2008.
8. Pengumpulan data yang tidak serentak, membuat perbandingan antar provinsi harus dilakukan dengan hati-hati, khususnya untuk penyakit yang bersifat musiman (*seasonal*).

## 2.8 Pengolahan dan Analisis Data

Isu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas 2007 adalah sampel Riskesdas 2007 yang identik dengan sampel Susenas 2007. Desain 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. Penggunaan SPSS Complex Sample dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas 2007, maka validitas hasil analisis data dapat dioptimalkan.

Pengolahan dan analisis data dipresentasikan pada Bab Hasil Riskesdas yang terdiri dari 6 Kuesioner dan 11 Blok, topik analisis akan tergantung dari jawaban responden.

## BAB 3. HASIL RISKESDAS

### 3.1. Profil Provinsi DI Yogyakarta

Gambar 3  
Provinsi DI Yogyakarta



#### 3.1.1 Keadaan Geografis

##### a. Keadaan Alam

Daerah Istimewa Yogyakarta adalah salah satu provinsi dari 33 Propinsi di wilayah Indonesia yang terletak di pulau Jawa bagian Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta dibagian selatan dibatasi Lautan Indonesia, sedangkan dibagian timur laut, tenggara, barat, dan barat laut dibatasi oleh wilayah Propinsi Jawa Tengah., dengan batasannya sebagai berikut :

- Disebelah Timur Laut dibatasi oleh Kabupaten Klaten
- Disebelah Tenggara dibatasi oleh Kabupaten Wonogiri
- Disebelah Barat dibatasi oleh Kabupaten Purworejo
- Disebelah Barat Laut dibatasi oleh Kabupaten Magelang

Berdasarkan satuan fisiografis, D.I. Yogyakarta terdiri dari :  
Pegunungan Selatan

- Luas : kurang lebih 1.656,25 km<sup>2</sup>
- Ketinggian : 150 – 700 m

Gunung Berapi Merapi

- Luas : kurang lebih 582,81 km<sup>2</sup>
- Ketinggian : 80 – 2.911 m

Dataran Rendah antara Pegunungan Selatan dan Pegunungan Kulon Progo

- Luas : kurang lebih 215,62 km<sup>2</sup>
- Ketinggian : 0 – 80 m

Pegunungan Kulon Progo dan Dataran Rendah Selatan

- Luas : kurang lebih 706,25 km<sup>2</sup>
- Ketinggian : 0 – 572 m

Posisi Daerah Istimewa Yogyakarta yang terletak antara 7<sup>o</sup>.33' – 8<sup>o</sup>.12' Lintang Selatan dan 110<sup>o</sup>.00' – 110<sup>o</sup>.50' , tercatat memiliki luas 3.185,80 km<sup>2</sup> atau 0,17 persen dari luas Indonesia (1.890.754 km<sup>2</sup>), merupakan propinsi terkecil setelah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta, yang terdiri dari :

- Kabupaten Kulon Progo dengan luas 586,27 km<sup>2</sup> (18,4 %)
- Kabupaten Bantul dengan luas 506,85 km<sup>2</sup> (15,91 %)
- Kabupaten Gunung Kidul dengan luas 1.485,36 km<sup>2</sup> (46,63 %)
- Kabupaten Sleman dengan luas 574,82 km<sup>2</sup> (18,04 %)
- Kota Yogyakarta dengan luas 32,50 km<sup>2</sup> (1,02 %)

Berdasarkan informasi dan Badan Pertanahan Nasional, dari 3.185,80 km<sup>2</sup> luas D.I. Yogyakarta, 35,94 persen merupakan jenis tanah Lithosol, 27,42 persen Regosol, 11,94 persen Lathosol, 10,45 persen Grumusol, 10,30 persen Mediteran , 2,23 persen Alluvial, dan 1,74 persen adalah tanah jenis Rensina

#### **b. Iklim**

Daerah Istimewa Yogyakarta beriklim tropis dengan curah hujan berkisar antara 1,88 mm – 39,85 mm yang dipengaruhi oleh musim kemarau dan musim hujan.

Menurut catatan Stasiun Meteorologi Bandara Adisucipto, suhu udara rata-rata di Yogyakarta tahun 2004 menunjukkan angka 26,26,34<sup>o</sup>.C, dengan suhu maksimum 33,8<sup>o</sup>.C dan suhu minimum 21,5<sup>o</sup>.C sedangkan kelembabam udara tercatat 49,2 – 95,1 persen, tekanan udara antara 1.008,5 mb – 1.013,4 mb dengan arah angin antara 180 derajat – 240 derajat dan kecepatan angin antara 1,3 knot sampai 5,92 knot

### **3.1.2 Keadaan Penduduk**

#### **a. Penduduk**

Berdasarkan data Profil Kesehatan Kab/Kota tahun 2007, jumlah penduduk D.I. Yogyakarta tercatat 3.433.127 jiwa. Sedang untuk prosentase penduduk per Kab/kota ternyata penduduk yang terkecil adalah kabupaten Kulonprogo dengan persentase penduduk 458.674 jiwa (13,35%), kemudian Kota Yogyakarta 522.847 jiwa (15,22%), Bantul 820.555 jiwa (23,90%), Gunungkidul 720.465 jiwa (20,98%) sedangkan prosentase penduduk terbesar adalah Kabupaten Sleman 910.586 jiwa (26,52%). Jumlah penduduk per kabupaten tahun 2006 terdapat pada Tabel 3.1.2.1.

**Tabel 3.1.2.1**  
**Jumlah Penduduk per Kabupaten/Kota**  
**di Propinsi D.I. Yogyakarta, Tahun 2006**

<b>Kab/Kota</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persen (%)</b>
Kota Yogyakarta	522.847	13,35
Kab. Bantul	820.555	23,90
Kab. Kulon Progo	458.674	13,35
Kab. Gunung kidul	720.465	20,98
Kab. Sleman	910.586	2652
<b>D.I. Yogyakarta</b>	<b>3.433.127</b>	<b>100,00</b>

*Sumber : Profil Kesehatan Dinkes Kab/Kota Tahun 2007*

**b. Persebaran Penduduk**

Persebaran penduduk Provinsi D.I. Yogyakarta di lima kabupaten/kota menunjukkan bahwa pada tahun 2000, 2002, 2003, 2004, 2005 dan 2006 Kabupaten Sleman masih menunjukkan jumlah penduduk terbanyak setelah Kabupaten Bantul. Jumlah penduduk terkecil pada tahun 2000, 2002, 2004, 2005 dan 2006 adalah kabupaten Kulonprogo. Jumlah penduduk Kabupaten Gunungkidul tahun 2007 mengalami penurunan sebesar 35.467 jiwa (4,92%). Jumlah penduduk per kabupaten/kota pada tahun 2001 s/d 2006 terdapat pada Tabel 3.1.2.2. di bawah ini.

**Tabel 3.1.2.2**  
**Jumlah Penduduk Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Propinsi D.I Yogyakarta tahun 2001 - 2006**  
**(ribuan jiwa)**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Kota Yogyakarta	505,4	390,9	513.2	517.0	522.847
Kab. Bantul	786,6	815,7	799.2	799.2	820.555
Kab. K. Progo	446,8	446,8	375.9	455.7	458.647
Kab. Gn. Kidul	670,4	685,6	755.9	755.9	720.465
Kab. Sleman	874,8	940,0	889.6	900.4	910.586
<b>D.I. Yogyakarta</b>	<b>3.209,6</b>	<b>3.207,4</b>	<b>3.333.9</b>	<b>3.428.2</b>	<b>3.433.127</b>

*Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota th 2007*

### **c. Kepadatan Penduduk**

Kepadatan penduduk di Provinsi D.I. Yogyakarta tidak merata. Peningkatan kepadatan penduduk setiap tahunnya meningkat, dimana dari 990 jiwa per Km<sup>2</sup> pada tahun 2002 meningkat menjadi 1007 jiwa per Km<sup>2</sup> pada tahun 2003, meningkat lagi menjadi 1.072 jiwa per Km<sup>2</sup> pada tahun 2004. Peningkatan juga terjadi 1.076 jiwa per Km<sup>2</sup> pada tahun 2005 menjadi 1,081 per km<sup>2</sup> pada tahun 2007

Dibanding dengan luas wilayahnya 32,50 km<sup>2</sup>, kepadatan penduduk tertinggi adalah Kota Yogyakarta pada tahun 2006 sebesar 15.906 jiwa per Km<sup>2</sup>, sedangkan kepadatan penduduk terendah adalah Kabupaten Gunung Kidul yang memiliki luas wilayah mencapai 1.510,82% dihuni rata-rata 406,85 jiwa per Km<sup>2</sup>.

**Tabel 3.1.2.3**  
**Kepadatan Penduduk Per Km2 Menurut Kab/Kota**  
**di Propinsi D.I.Y, Tahun 2003, 2004, 2005 dan 2006**

Kab/Kota	Luas (Km2)	2003	2004	2005	2006
Kota Yogyakarta	32,50	12.029	15.792	15.906	16.088,00
Kab. Bantul	506,85	1.609	1.577	1.577	1.1618,93
Kab. Kulon Progo	586,28	640	772	777	782,35
Kab. Gn. Kidul	1.510,88	462	509	509	476,85
Kab. Sleman	571,82	1.635	1.556	1566	1.592
<b>D.I. Yogyakarta</b>	<b>3.175,83</b>	<b>1007</b>	<b>1.072</b>	<b>1.076</b>	<b>1.081</b>

*Sumber : Profil Kesehatan Kab/kota tahun 2007*

#### **d. Persentase Penduduk Kota**

Jumlah dan persentase penduduk kota di provinsi D.I. Yogyakarta pada tahun 2002 sebesar 59,50%, namun pada tahun 2003 penduduk Kota mulai berkurang menjadi 57,52%.

Prosentase Penduduk Kota-Desa menurut Kabupaten/Kota pada tahun 2003 s/d 2004 terdapat pada tabel 3.1.2.4.

**Tabel 3.1.2.4**  
**Prosentase Penduduk Kota-Desa Menurut Kabupaten/Kota di**  
**Propinsi D.I. Yogyakarta Tahun 2003 dan 2004**

Kabupaten/Kota	Kota	Desa
Kota Yogyakarta	100,00	-
Kab. Bantul	72,95	27,05
Kab. Kulon Progo	18,98	81,02
Kab. Gn. Kidul	5,32	94,68
Kab. Sleman	83,53	16,47
<b>D.I. Yogyakarta</b>	<b>58,67</b>	<b>41,33</b>
<b>Tahun 2003</b>	<b>57,52</b>	<b>42,48</b>

*Sumber : BPS Prov DIY, DIY Dalam Angka 2004*

**e. Sex Ratio**

Jumlah penduduk perempuan di Provinsi D.I. Yogyakarta sejak tahun 1980 s/d 2000 pada umumnya lebih banyak dari pada penduduk laki-laki, dengan perbandingan rata-rata terdapat 98,3 orang laki-laki untuk setiap 100 orang perempuan pada tahun 2000. bila dilihat dari perkembangannya dari sensus ke sensus, angka sex ratio terus menaik yaitu dari 96,3 pada tahun 1980 menjadi 96,7 pada tahun 1990 kemudian pada sensus berikutnya yaitu tahun 2000 angka sex ratio menjadi 98,3, sedangkan untuk tahun 2003 meningkat menjadi 99,0, namun angka sex ratio tahun 2004 menurun menjadi 97,9, begitu pula untuk sex ratio tahun 2005 terus menurun menjadi 96,9, bila dibandingkan tahun 2002 dan 2003. Pada tahun 2006 jumlah penduduk perempuan dibanding laki-laki adalah 2:2

Walaupun jumlah penduduk perempuan di Provinsi D.I. Yogyakarta pada umumnya lebih besar dari laki-laki akan tetapi dari 5 Kab/Kota di Provinsi D.I.Yogyakarta pada tahun 2006 masih ada Kabupaten yang memiliki angka sex ratio diatas 100. Sex Ratio Penduduk Kabupaten/Kota di Provinsi D.I.Yogyakarta pada tahun 1990 s/d 2006 terdapat pada tabel 3.1.2.5 di bawah ini.



**Tabel.3.1.2.5**  
**Sex Ratio Penduduk Kab/Kota di Provinsi D.I. Yogyakarta**  
**Tahun 1990, 2000,2003, 2004, 2005,2006**

<b>Kab/Kota</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Kota Yogyakarta	96,2	95,9	98,0	105,7	88,6	106,07
Kab.Bantul	96,8	99,0	101,0	95,9	94,9	96,53
Kab.Kulon Progo	96,0	97,0	96,0	95,9	99,6	96,37
Kab.Gn Kidul	94,5	95,2	93,0	95,7	96,0	97,43
Kab.Sleman	99,0	101,8	104,0	98,1	102,7	165,85
<b>D.I. Yogyakarta</b>	<b>96,7</b>	<b>98,3</b>	<b>99,0</b>	<b>97,9</b>	<b>96,9</b>	<b>117,07</b>

*Sumber: BPS, Hasil sensus Penduduk Tahun 2000  
 BPS, D.I.Y dalam Angka Tahun 2003  
 BPS. Provinsi D.I. Yogyakarta*

### 3.1.3 Keadaan Ekonomi

#### a. Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) adalah nilai tambah yang terbentuk dari keseluruhan kegiatan ekonomi dalam suatu wilayah dengan rentang waktu tertentu. PDRB dapat disajikan menurut harga konstan dan harga yang berlaku. Dari PDRB atas dasar harga konstan dapat dihitung pertumbuhan riil size ekonomi suatu wilayah.

Angka PDRB Perkapita Propinsi D.I. Yogyakarta berdasarkan data dari Buku Daerah Istimewa Yogya Dalam Angka tahun 2004 yang diterbitkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Propinsi D.I. Yogyakarta menunjukkan bahwa PDRB Perkapita Provinsi D.I. Yogyakarta tahun 2004 atas dasar harga konstan tahun 2000 Rp 5.027.492,- bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya yaitu tahun 2003 sebesar Rp 4.816.287,- ini menunjukkan adanya peningkatan pertumbuhan ekonomi dimana besarnya pertumbuhan adalah 4,39%. Bila kita bandingkan antar Kabupaten/Kota ternyata Kota Yogyakarta mempunyai peningkatan pertumbuhan ekonomi yang lebih tinggi yaitu 5,49% dan angka ini diatas angka pertumbuhan ekonomi Provinsi D.I. Yogyakarta. Pada tahun 2003 nilai nominal PDRB atas dasar yang berlaku tercatat Rp 6.148.379,- naik menjadi Rp 6.801.464. Produk Domestik Regional Bruto Atas Dasar Tahun 2003 – 2004 terdapat pada tabel 3.1.2.6.

**Tabel 3.1.2.6**  
**Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per Kapita**  
**Atas Dasar Harga Konstan dan Harga Yang Berlaku (Rupiah)**  
**Tahun 2003– 2004**

Kab/Kota	Atas Dasar Harga Konstan (tahun dasar 2000)			Atas Dasar Harga Yang Berlaku		
	Tahun 2003	Tahun 2004	Pertum- buan (%)	Tahun 2003	Tahun 2004	Pertum- buan (%)
Kota Yogya	10.175.589	10.734.367	5,49	13.418.755	15.034.273	12,04
Bantul	3.627.281	3.767.150	3,86	4.625.559	5.101.507	10,29
Kulon Progo	3.616.134	3.782.637	4,60	4.446.154	4.962.861	11,62
Gunung Kidul	3.736.926	3.854.997	3,16	4.569.892	4.982.415	9,03
Sleman	4.878.095	5.059.883	3,73	6.213.300	6.892.528	10,93
<b>D.I. Yogyakarta</b>	<b>4.816.287</b>	<b>5.027.492</b>	<b>4,39</b>	<b>6.148.379</b>	<b>6.801.464</b>	<b>10,62</b>

Sumber : BPS, D.I. Yogyakarta Dalam Angka , 2004

### 3.1.4 Keadaan Pendidikan

#### a. Partisipasi Sekolah

Uraian tentang keadaan pendidikan berikut ini adalah diambil dari buku Statistik Kesejahteraan Rakyat 2004 terbitan Badan Pusat Statistik (BPS) Propinsi D.I. Yogyakarta, yang kemudian diolah kembali menjadi Tabel 3.1.2.7.

**Tabel 3.1.2.7**  
**Prosentase Penduduk 15 Tahun keatas menurut Kab/Kota**  
**dan Partisipasi Bersekolah di Provinsi D.I. Yogyakarta Tahun 2004**

Kab/Kota	Partisipasi Bersekolah		
	Tidak/Blm Pernah Sekolah	Jumlah Masih Sekolah	Tidak Sekolah Lagi
Kota Yogya	3,05	25,19	71,76
Bantul	13,22	11,53	75,25
Kulon Progo	12,05	10,46	77,49
Gunung Kidul	25,85	6,69	67,46
Sleman	9,54	22,12	68,34
<b>D.I Yogyakarta</b>	<b>13,37</b>	<b>15,26</b>	<b>71,37</b>

Sumber : BPS :Statistik Kesejahteraan Rakyat,2004

Dari tabel tersebut dapat diuraikan bahwa persentase penduduk berusia 15 tahun ke atas yang Tidak/Belum pernah sekolah di Provinsi D.I.Yogyakarta sebesar 13,37%. Angka persentase terendah adalah Kota Yogyakarta yaitu hanya 3,05% sedangkan yang tertinggi di Kabupaten Gunung kidul, yaitu sebesar 25,85%. Sementara di Provinsi D.I. Yogyakarta penduduk usia 15 tahun keatas yang masih bersekolah adalah 15,26.

**b. Pendidikan yang ditamatkan.**

Berdasarkan buku Statistik Kesejahteraan Rakyat 2004 terbitan Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi D.I. Yogyakarta, tingkat pendidikan yang ditamatkan oleh rata-rata penduduk menggambarkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang dimiliki oleh suatu wilayah. Di Provinsi D.I. Yogyakarta, pendidikan tertinggi yang ditamatkan penduduk umur 10 tahun keatas terbanyak adalah tamat SD (23,81%), sedang penduduk yang tamat SMU ke atas 31,04%.

Bila dilihat menurut Kab/Kota, jenjang pendidikan tertinggi yang ditamatkan terbanyak adalah SD, kecuali di Kabupaten Sleman dan Kota Yogyakarta pendidikan tertinggi yang ditamatkan terbanyak adalah SMU masing-masing sebanyak 23,92% dan 32,96%.

**Tabel. 3.1.2.8**  
**Persentase Penduduk 15 Tahun ke Atas menurut Kab/kota dan Jenjang Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan di Provinsi D.I.Yogyakarta , 2006**

Kab/Kota	Tidak/ Blm Pernah Sekolah	Tidak/ Blm Tamat SD	Jenjang Pendidikan tertinggi yang ditamatkan			
			SD	SMTp	SMTA	D1 <sup>+</sup>
Kota Yogya	-	-	-	-	-	-
Bantul	-	-	-	-	-	-
Kulon Progo	-	220.979	265.526	167.141	219.017	-
Gn Kidul	124.921	155.569	171.025	101.909	71.288	-
Sleman	32.486	219.846	182.868	139.582	284.562	-
<b>D.I Yogyakarta</b>	<b>157.407</b>	<b>596.394</b>	<b>619.419</b>	<b>408.632</b>	<b>574.867</b>	

Sumber : BPS, Statistik Kesra, 2006

## 3.2. 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 antropometri, 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 antropometri 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 atau gizi buruk dan kurang (buruk+kurang) mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut.

**Tabel 3.2.1.1**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U) dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Kulon Progo	2,3	12,3	82,6	2,8
Bantul	2,1	5,3	85,0	7,5
Gunung Kidul	1,9	11,5	85,4	1,2
Sleman	1,9	8,2	87,8	2,1
Kota Yogyakarta	4,5	8,4	81,3	5,8
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>2,4</b>	<b>8,5</b>	<b>85,0</b>	<b>4,0</b>

Secara umum, prevalensi ***gizi kurang+buruk*** di propinsi Di Yogyakarta dengan nilai rentang terendah di kabupaten Bantul (7,4%) dan tertinggi di kabupaten Kulon Progo (14,6%), semua kabupaten sudah mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18,5%). Di provinsi DI Yogyakarta masalah gizi lebih sudah perlu mendapat perhatian, terutama untuk prevalensi balita gizi lebih sebesar 4%. Ada 2 kabupaten/kota yang harus diwaspadai karena memiliki prevalensi gizi lebih yang melebihi prevalensi nasional, yaitu kabupaten Bantul (7, 5%) dan kota Yogyakarta (5,8%).

**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 hygiene dan sanitasi yang kurang baik. Status ***pendek+sangat pendek*** dalam diskusi selanjutnya digabung menjadi satu kategori dan disebut ***masalah pendek***.

**Tabel 3.2.1.2**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)\* dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Kategori status gizi TB/U		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
Kulon Progo	8,8	18,4	72,8
Bantul	15,3	14,8	69,9
Gunung Kidul	10,5	22,1	67,3
Sleman	10,6	14,5	74,8
Kota Yogyakarta	9,7	12,4	77,9
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>11,5</b>	<b>16,1</b>	<b>72,4</b>

Prevalensi balita dengan ***masalah pendek*** di propinsi DI Yogyakarta adalah 27,6% . Angka tersebut berada di bawah angka nasional (36,8%). Dari 5 kabupaten/kota tidak ada kabupaten/kota yang mempunyai prevalensi balita dengan ***masalah pendek*** di atas angka

nasional. Namun Kabupaten Bantul perlu diwaspadai karena mempunyai angka prevalensi cukup tinggi yaitu 30,1%.

### 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 prevalensial lagi dengan tinggi badannya dan anak menjadi kurus.

Disamping mengindikasikan masalah gizi yang bersifat akut, indikator BB/TB juga dapat digunakan sebagai indikator kegemukan. Dalam hal ini berat badan anak melebihi prevalensi normal terhadap tinggi badannya. Kegemukan ini dapat terjadi sebagai akibat dari pola makan yang kurang baik (berlebihan) atau juga karena keturunan. Masalah kekurusan dan kegemukan pada usia dini dapat berakibat pada rentannya terhadap berbagai penyakit degenerative pada usia dewasa (*Teori Barker*).

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.

Dalam diskusi selanjutnya akan digunakan **masalah kurus** 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).

**Tabel 3.2.1.3**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)\* dan Kabupaten/Kota di**  
**Provinsi DI Yogyakarta, Riskedas 2007**

Kabupaten	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kulon Progo	3,5	4,7	82,7	9,2
Bantul	4,1	5,2	70,9	19,8
Gunung Kidul	1,8	5,6	83,4	9,2
Sleman	3,0	3,0	82,8	11,2
Kota Yogyakarta	7,5	8,8	74,1	9,5
<b>Di Yogyakarta</b>	<b>3,8</b>	<b>5,2</b>	<b>78,5</b>	<b>12,5</b>

Secara umum, prevalensi balita dengan **masalah kurus** di propinsi DI Yogyakarta adalah 9%, dan berada di bawah batas kondisi yang dianggap serius (10%). Walaupun demikian ada 1 kabupaten/kota berada pada keadaan serius menurut indikator status gizi BB/TB, yaitu: Kota Yogyakarta 16,3%.

Berdasarkan indikator BB/TB juga dapat dilihat prevalensi kegemukan dikalangan balita. Secara provinsi prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB adalah sebesar 12,5%. Satu kabupaten yaitu Bantul memiliki masalah kegemukan pada balita di atas angka provinsi.

**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 variable dependen) dengan karakteristik responden meliputi kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan KK, pekerjaan KK, tempat tinggal dan pendapatan per kapita (sebagai variable independen), telah dilakukan krostabulasi antar variable independen dan dependen tersebut.

**Tabel 3.2.1.4**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)\* dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
<b>Kelompok umur (bulan)</b>				
0-5	7,0	10,7	74,5	7,7
6-11	1,5	11,0	81,6	5,9
12-23	0,9	6,1	88,6	4,4
24-35	2,7	5,7	87,3	4,3
36-47	3,0	13,0	81,0	3,0
48-60	1,9	8,0	87,3	2,8
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	2,1	8,9	86,4	2,6
Perempuan	2,7	8,1	83,5	5,6
<b>Pendidikan</b>				
Tdk tamat SD	0,0	5,8	91,4	2,8
Tamat SD	3,1	8,7	87,1	1,2
Tamat SLTP	4,3	9,7	82,4	3,6
Tamat SLTA	2,6	8,0	84,2	5,2
Tamat PT	0,8	10,0	79,7	9,5
<b>Pekerjaan utama KK</b>				
Tdk kerja/sekolah/	3,7	8,8	79,1	8,4
TNI/Polri/PNS/BUMN	,8	9,2	80,2	9,8
Pegawai swasta	1,8	6,8	84,6	6,8
Wiraswasta/dagng	2,2	7,8	86,2	3,7
Petani/nelayan	1,2	9,8	87,2	1,8
Buruh&lainnya	3,8	8,2	86,0	2,1
<b>Tipe daerah</b>				
Kota	2,4	7,1	85,3	5,1
Desa	2,4	11,2	84,5	1,9
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil-1	2,0	12,7	83,2	2,1
Kuintil-2	2,6	9,3	85,5	2,7
Kuintil-3	4,2	7,9	84,3	3,6
Kuintil-4	1,7	5,6	90,9	1,8
Kuintil-5	1,4	5,4	80,4	12,8

Status gizi BB/U balita menurut karakteristik responden:

1. Ditinjau dari kelompok umur, maka terlihat bahwa prevalensi balita ***gizi buruk dan kurang*** di provinsi DI Yogyakarta paling tinggi pada kelompok umur 0 sampai 11 bulan dan untuk gizi lebih ada kecenderungan menurun dengan semakin meningkatnya umur.
2. Menurut jenis kelamin tidak terlihat perbedaan berarti antara masalah ***gizi buruk dan kurang*** pada balita laki-laki dan balita perempuan. Namun dengan masalah balita yang memiliki status gizi lebih balita perempuan cenderung lebih tinggi.
3. Berdasarkan pendidikan kepala keluarga (KK) tidak terlihat bahwa semakin rendah pendidikan KK maka semakin besar prevalensi balita ***gizi buruk dan kurang***. Namun sebaliknya, semakin tinggi pendidikan KK maka semakin tinggi prevalensi balita gizi lebih.
4. Pada keluarga dengan KK yang memiliki pekerjaan tetap (ABRI/Polri/PNS/BUMN/Swasta) dan pekerjaan tidak tetap seperti wiraswasta/pedagang,petani/nelayan serta buruh, tidak ditemukan perbedaan yang berarti pada balita yang memiliki status ***gizi buruk dan kurang***.
5. Menurut Tipe daerah, di Desa jumlah balita yang ***gizi buruk dan kurang*** lebih banyak daripada di Kota, sebaliknya di Kota jumlah balita yang gizi lebih lebih banyak daripada di pedesaan.
6. Dilihat dari pendapatan keluarga per kapita per bulan, maka jumlah balita dengan ***gizi buruk dan kurang*** ada kecenderungan meningkat seiring dengan menurunnya pendapatan. Sebaliknya semakin tinggi kuintil pendapatan keluarga semakin banyak jumlah balita yang berstatus gizi lebih.



**Tabel 3.2.1.5**  
**Prevalensi Status Gizi Balita Berdasar TB/U Menurut Karakteristik Responden**  
**Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
<b>Kelompok umur</b>			
0-5	11,1	22,1	66,8
6-11	22,9	10,6	66,5
12-23	13,9	15,9	70,2
24-35	11,2	23,5	65,3
36-47	14,1	19,6	66,3
48-60	6,5	11,3	82,2
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	9,8	17,2	72,9
Perempuan	13,4	14,8	71,8
<b>Pendidikan</b>			
Tdk tamat SD	12,9	19,4	67,7
Tamat SD	9,6	19,6	70,8
Tamat SLTP	10,4	15,3	74,3
Tamat SLTA	11,8	12,7	75,5
Tamat PT	12,7	12,0	75,3
<b>Pekerjaan utama KK</b>			
Tdk kerja/sekolah/	22,3	16,4	61,3
Tni/polri/pns/bumn	11,2	9,4	79,4
Pegawai swasta	12,9	10,4	76,7
Wiraswasta/dagng	9,2	14,6	76,2
Petani/nelayan	10,3	20,9	68,8
Buruh&lainnya	10,7	17,2	72,1
<b>Tipe daerah</b>			
Kota	11,5	14,3	74,2
Desa	11,3	19,6	69,1
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	15,1	14,3	70,6
Kuintil-2	7,5	22,7	69,9
Kuintil-3	15,6	15,9	68,5
Kuintil-4	6,0	15,5	78,5
Kuintil-5	12,8	10,5	76,7

Status gizi TB/U balita menurut karakteristik responden:

1. Prevalensi **masalah pendek** pada balita tidak terlihat kecenderungan meningkat seiring bertambahnya umur balita. Namun demikian prevalensi **masalah pendek** pada balita menunjukkan tinggi pada umur di bawah 24-35 bulan yaitu 34,7 %, diikuti kelompok umur 36-47 bulan (33,7%) dan kelompok umur 6-11 bulan (33,5%).
2. Berdasarkan jenis kelamin, tidak ada perbedaan prevalensi **masalah pendek** pada balita laki-laki dengan balita perempuan.
3. Ditinjau dari segi pendidikan KK, terlihat kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan KK semakin rendah prevalensi **masalah pendek** pada balita.
4. Menurut pekerjaan utama KK jelas terlihat bahwa pada keluarga yang kepala keluarganya memiliki pekerjaan berpenghasilan tetap (PNS/ABRI/POLRI/ BUMN/Swasta) prevalensi **masalah pendek** pada balita lebih rendah dibandingkan dengan keluarga yang KK nya memiliki pekerjaan lainnya yang umumnya berpenghasilan tidak tetap.
5. Berdasarkan Tipe daerah, prevalensi **masalah pendek** pada balita yang tinggal di perkotaan tidak ada perbedaan dengan balita yang tinggal di Perdesaan.
6. Kaitan antara tingkat pendapatan keluarga per kapita per bulan dengan **masalah pendek** pada balita tidak terlihat memiliki kecenderungan positif ataupun negatif.

**Tabel 3.2.1.6**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi BB/TB Menurut Karakteristik Responden**  
**Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
<b>Kelompok Umur</b>				
0-5 bulan	5,1	2,9	71,3	20,7
6-11 bulan	0,0	5,8	71,7	22,5
12-23 bulan	3,3	3,4	80,8	12,5
24-35 bulan	3,9	5,2	78,5	12,4
36-47 bulan	4,6	8,1	68,0	19,3
48-60 bulan	4,5	5,0	85,3	5,2
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	2,7	6,4	78,1	12,7
perempuan	5,1	3,7	78,9	12,3
<b>Pendidikan</b>				
Tdk tamat SD	1,6	4,4	83,8	10,2
Tamat SD	3,8	4,7	78,7	12,8
Tamat SLTP	5,1	4,7	78,9	11,3
Tamat SLTA	5,0	5,7	75,4	13,9
Tamat PT	3,8	7,8	72,8	15,6
<b>Pekerjaan utama KK</b>				
Tdk kerja/sekolah/	4,5	1,6	81,8	12,1
Tni/polri/pns/bumn	1,7	9,2	76,2	12,9
Pegawai swasta	3,6	2,4	78,9	15,1
Wiraswasta/dagng	6,9	5,3	75,0	12,8
Petani/nelayan	0,8	7,6	77,2	14,4
Buruh&lainnya	4,4	5,0	79,6	10,9
<b>Tipe daerah</b>				
Kota	4,4	5,4	77,3	12,9
Desa	2,7	4,8	80,7	11,8
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil-1	5,4	6,6	76,6	11,4
Kuintil-2	2,0	4,5	86,2	7,3
Kuintil-3	5,1	5,1	73,0	16,8
Kuintil-4	3,4	5,4	80,5	10,7
Kuintil-5	2,6	3,7	74,8	18,9

Status gizi BB/TB balita menurut karakteristik responden:

1. Prevalensi **masalah kurus** pada balita tidak ada kecenderungan meningkat bersamaan dengan bertambahnya umur anak. Prevalensi tinggi **masalah kurus** pada balita ada pada kelompok umur 36-47 bulan (12,7%). Demikian pula kenaikan prevalensi balita gemuk tidak ada kecenderungan dengan semakin tinggi atau kurangnya umur. Prevalensi tertinggi balita gemuk ada pada kelompok umur 6-11 bulan (22,5%), diikuti kelompok umur 0-5 bulan (20,7%).
2. Tidak terlihat adanya perbedaan prevalensi **masalah kurus** pada balita laki-laki dan balita perempuan. Begitu pula Balita laki-laki yang gemuk, tidak berbeda dengan balita perempuan.
3. Tidak ditemukan pola hubungan antara tingkat pendidikan KK dengan prevalensi **masalah kurus** pada balita. Sebaliknya, tidak ada hubungan yang jelas antara pekerjaan utama KK dengan balita gemuk.
4. Menurut pekerjaan utama KK tidak terlihat perbedaan prevalensi **masalah kurus** pada balita dengan keluarga yang kepala keluarganya memiliki pekerjaan berpenghasilan tetap (PNS/ABRI/POLRI/ BUMN/Swasta) dan keluarga yang KK nya memiliki pekerjaan lainnya yang umumnya berpenghasilan tidak tetap.
5. Ditemukan perbedaan prevalensi **masalah kurus** yang berarti berdasarkan karakteristik tipe daerah, tetapi dalam hal masalah balita gemuk di daerah Perkotaan cenderung lebih tinggi dari pada daerah Perdesaan.
6. Dalam kaitan dengan tingkat pendapatan keluarga per kapita per bulan tidak terlihat hubungan yang jelas dengan prevalensi **masalah kurus** pada balita maupun dengan prevalensi balita gemuk.

**Tabel 3.2.1.7**  
**Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota**  
**Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007.**

Kabupaten/Kota	BB/U	TB/U: Kronis	BB/TB: Akut	Akut*	Kronis**
Kulon Progo	14,6	27,2	8,2	-	-
Bantul	7,4	30,1	9,3	-	-
Gunung Kidul	13,4	22,6	7,4	-	-
Sleman	10,1	25,1	6,0	-	-
Kota Yogyakarta	12,9	22,1	16,3	√	-
<b>Di Yogyakarta</b>	<b>11,6</b>	<b>27,6</b>	<b>9,0</b>	<b>1</b>	<b>-</b>

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

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

Dari Tabel di atas diketahui bahwa seluruh kabupaten/kota di Provinsi DI Yogyakarta, tidak ada masalah gizi kronis karena masalah gizi kronis yang ditemui masih lebih kecil dari angka nasional dan terdapat masalah gizi akut kritis yaitu kota Yogyakarta (16,3%).

#### e. Status Gizi Penduduk Umur 6-14 Tahun (Usia Sekolah)

Status gizi penduduk umur 6-14 tahun dapat dinilai berdasarkan IMT yang dibedakan menurut umur dan jenis kelamin. Nilai rata-rata IMT ini kemudian dibandingkan dengan standard WHO 2007

**Tabel 3.2.1.8**  
**Nilai Rata-rata IMT, batas -2SD dan +2SD menurut umur dan jenis kelamin Anak Umur 6-14 Tahun, Menurut Standar WHO, 2007**

Umur (Tahun)	Laki-laki			Perempuan		
	Rata-Rata IMT	-2SD	+2SD	Rata-Rata IMT	-2SD	+2SD
6	15.31	13.04	18.52	15.27	12.70	19.22
7	15.48	13.15	19.02	15.40	12.74	19.79
8	15.74	13.30	19.68	15.68	12.88	20.56
9	16.05	13.49	20.47	16.10	13.14	21.51
10	16.44	13.74	21.40	16.61	13.47	22.57
11	16.94	14.06	22.45	17.25	13.89	23.73
12	17.53	14.45	23.58	18.00	14.39	24.97
13	18.23	14.94	24.76	18.80	14.94	26.21
14	19.01	15.48	25.92	19.57	15.45	27.32

Berdasarkan standar WHO di atas, secara nasional prevalensi kekurusan adalah 13,3 % pada laki-laki dan 10,9 % pada perempuan. Sedangkan prevalensi BB lebih pada laki-laki 9,5 % dan perempuan 6,4%.

**Tabel 3.2.1.9**  
**Prevalensi Kekurusan dan BB lebih Anak Umur 6-14 Tahun Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Kulon Progo	15,0	3,2	8,7	2,9
Bantul	14,0	10,7	12,9	7,0
Gunung kidul	12,8	3,8	15,3	2,0
Sleman	5,3	8,3	3,9	4,7
Kota Yogyakarta	22,6	8,3	8,0	6,7
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>12,3</b>	<b>7,6</b>	<b>9,7</b>	<b>4,8</b>

Pada anak laki-laki, tiga kabupaten/kota di Provinsi DI Yogyakarta dengan angka prevalensi kekurusan pada anak umur 6-14 tahun di atas angka kekurusan Nasional (13,3%). Pada anak perempuan, dua kabupaten memiliki angka prevalensi kekurusan di atas angka nasional (10,9%). Untuk status gizi BB lebih, pada anak laki-laki, dijumpai tiga kabupaten/kota dengan angka prevalensi di atas angka prevalensi nasional (7,6 %), dan pada anak perempuan ditemui dua kabupaten dengan status BB lebih di atas angka prevalensi nasional.

**Tabel 3.2.1.10**  
**Prevalensi Kekurusan dan BB lebih Anak Umur 6-14 Tahun menurut Karakteristik Responden, Privinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
<b>Tipe Daerah</b>				
Perkotaan	11,9	10,1	8,2	5,4
Perdesaan	12,8	3,8	11,9	3,9
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>				
Kuintil 1	15,4	7,6	13,6	5,1
Kuintil 2	10,9	6,0	5,1	3,0
Kuintil3	10,8	6,8	9,7	3,2
Kuintil 4	12,7	9,7	12,7	9,7
Kuintil 5	10,2	8,6	8,6	5,9

Tabel di atas menggambarkan prevalensi kekurusan dan BB lebih menurut karakteristik responden. Menurut tipe daerah kekurusan untuk anak laki-laki tidak berbeda antara daerah perkotaan dan perdesaan sedangkan BB lebih untuk laki-laki lebih tinggi di daerah perkotaan. Untuk perempuan prevalensi kekurusan lebih tinggi di daerah perdesaan sedangkan untuk BB lebih daerah perkotaan lebih tinggi dari perdesaan.

**f. 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 >=18,5 - <24,9
Kategori BB lebih	IMT >=25,0 - <27,0
Kategori obese	IMT >=27,0

Indikator status gizi penduduk umur 15 tahun ke atas yang lain adalah ukuran lingkar perut (LP) untuk mengetahui adanya obesitas sentral. Lingkar perut diukur dengan alat ukur yang terbuat dari fiberglass dengan presisi 0,1 cm. Batasan untuk menyatakan status obesitas sentral berbeda antara laki-laki dan perempuan.

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.

### 3.2.2. Indek Massa Tubuh

#### a. Status Gizi Dewasa berdasarkan Indikator indeks Massa Tubuh

Tabel 3.2.2.1 menyajikan prevalensi penduduk menurut status IMT di masing-masing Kabupaten. Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori berat badan lebih (BB lebih) dan Obese.

**Tabel 3.2.2.1**  
**Prevalensi Status Gizi Penduduk Dewasa Umur (15 Tahun ke Atas) menurut Indeks Massa Tubuh dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Status Gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Kulon Progo	29,7	58,3	5,8	6,3
Bantul	25,4	60,7	6,8	7,1
Gunung Kidul	32,3	56,5	5,2	6,0
Sleman	26,9	55,8	8,2	9,1
Kota Yogyakarta	24,3	51,7	9,6	14,4
<b>Di Yogyakarta</b>	<b>27,6</b>	<b>57,0</b>	<b>7,2</b>	<b>8,3</b>

Kurus : IMT <18,5; Normal: 18,5-24,9; BB lebih: IMT : 25-27; Obese: IMT >=27

Masalah kegemukan (berat badan lebih+obese) pada orang dewasa di Provinsi DI Yogyakarta sudah terlihat tinggi dengan prevalensi 15,5%. Semua kabupaten/kota di provinsi DI Yogyakarta memiliki prevalensi kegemukan pada orang dewasa yang tinggi di atas 10%. Dari 5 kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, satu kabupaten memiliki masalah obese paling tinggi dengan prevalensi (24,0%) yaitu Kota Yogyakarta.

**Tabel 3.2.2.2**  
**Prevalensi Status Gizi Dewasa (Umur 15 Tahun ke Atas)**  
**menurut Indeks Massa Tubuh dan Karakteristik Responden**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/U			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
<b>Kelompok Umur (tahun)</b>				
15-24	27,0	64,3	4,4	4,4
25-34	10,8	69,4	9,1	10,7
35-44	8,3	64,6	12,0	15,2
45-54	9,6	63,4	13,2	13,8
55-64	16,6	67,9	7,2	8,3
65-74	25,3	62,8	5,7	6,2
75+	36,7	55,7	4,7	2,9
<b>Tingkat pendidikan</b>				
Tidak sekolah	25,5	61,9	6,5	6,2
Tidak tamat SD	31,2	57,4	6,5	4,9
Tamat SD	25,2	60,9	5,8	8,1
Tamat SLTP	18,8	64,5	7,3	9,4
Tamat SLTA	13,5	65,5	10,1	10,8
Tamat PT	9,5	59,8	13,4	17,3
<b>Pekerjaan utama KK</b>				
Tdk kerja/sekolah/	27,7	59,1	6,0	7,2
TNI/Polri/PNS/BUMN	45,2	49,8	2,2	2,7
Pegawai swasta	11,0	60,2	12,3	16,5
Wiraswasta/dagng	9,8	65,2	11,4	13,7
Petani/helayan	11,8	61,4	12,4	14,3
Buruh&lainnya	18,7	69,2	6,2	5,9
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	27,8	60,4	6,1	5,7
Perempuan	27,3	53,7	8,2	10,8
<b>Tipe daerah</b>				
Kota	26,1	56,2	8,1	9,7
Desa	29,8	58,2	5,8	6,2
<b>Tingkat Pendapatan/ kapita / bulan</b>				
Kuintil-1	33,6	56,0	5,3	5,1
Kuintil-2	31,2	56,2	5,6	6,9
Kuintil-3	27,7	56,9	7,8	7,6
Kuintil-4	24,8	57,0	8,1	10,1
Kuintil-5	19,9	59,5	8,9	11,7



1. Prevalensi kegemukan pada orang dewasa tidak ada kecenderungan meningkat bersamaan dengan bertambahnya umur. Namun prevalensi rendah ada pada umur 75 tahun ke atas yaitu 7,7 % dan yang tertinggi pada kelompok umur 35-44 tahun sebesar 27,2%.
2. Terlihat perbedaan prevalensi kegemukan pada orang dewasa laki-laki dengan perempuan dewasa. Prevalensi kegemukan pada perempuan dewasa lebih tinggi bila dibandingkan dengan kegemukan pada laki-laki dewasa.
3. Tidak ada kecenderungan antara kegemukan dengan meningkatnya atau menurunnya tingkat pendidikan. Rentang prevalensi kegemukan terendah ditemui pada orang dewasa dengan pendidikan tidak tamat SD (11,4%) dan prevalensi tertinggi tamat PT (30,7%).
4. Tidak di temukan pola keteraturan antara kegemukan dengan pekerjaan tetap (TNI/Polri/PNS/BUMN) maupun tidak pekerjaan tidak tetap (Wiraswasta, pedagang, buruh, dll). Rentang terendah ditemui pada responden dengan pekerjaan sebagai (TNI/Polri/ PNS/ BUMN) sebesar 4,9% sedangkan tertinggi adalah pegawai swasta sebesar 28,8% dan keduanya adalah KK dengan pekerjaan tetap.
5. Ditemukan perbedaan prevalensi kegemukan yang berarti berdasarkan karakteristik Tipe daerah. Prevalensi kegemukan di Kota lebih tinggi bila dibandingkan dengan prevalensi kegemukan di Desa
6. Berdasarkan tingkat pendapatan per kapita per bulan terdapat kecenderungan meningkatnya kuintil dengan meningkatnya kegemukan, yang berarti kegemukan naik sejalan dengan naiknya pendapatan keluarga.

**b. Status Gizi Dewasa berdasarkan Indikator Lingkar Perut (LP)**

Tabel 3.2.2.3 dan Tabel 3.2.2.4 menyajikan prevalensi obesitas sentral menurut kabupaten, jenis kelamin dan karakteristik lain penduduk. Obesitas sentral dianggap sebagai faktor risiko yang erat kaitannya dengan beberapa penyakit degeneratif. Untuk laki-laki dengan LP di atas 90 cm atau perempuan dengan LP di atas 80 cm dinyatakan sebagai obesitas sentral (WHO Asia-Pasifik, 2005)

**Tabel 3.2.2.3**  
**Prevalensi obesitas Sentral Pada penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten</b>	<b>Obesitas Sentral</b>
Kulon Progo	14,5
Bantul	15,4
Gunung Kidul	12,3
Sleman	21,6
Kota Yogyakarta	28,8
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>18,3</b>

Prevalensi obesitas Sentral di Provinsi DI Yogyakarta sebesar 18,3 %. Obesitas Sentral tertinggi di Kota Yogyakarta (28,8%), dan terendah di kabupaten Gunung Kidul (12,3%).

**Tabel 3.2.2.4**  
**Prevalensi obesitas Sentral Pada penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Obesitas Sentral</b>
<b>Kelompok Umur (Tahun)</b>	
15-24	8,1
25-34	17,6
35-44	24,2
45-54	25,5
55-64	20,4
65-74	15,4
75 +	14,2
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki-laki	9,8
perempuan	26,3
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	15,5
Tidak tamat SD	17,1
Tamat SD	16,8
Tamat SLTP	16,6
Tamat SLTA	19,2
Tamat PT	28,2
<b>Tipe Daerah</b>	
Perkotaan	21,5
Perdesaan	13,5
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>	
Kuintil 1	12,6
Kuintil 2	16,4
Kuintil 3	18,9
Kuintil 4	22,4
Kuintil 5	20,6

Catatan : \*) LP = lingkar perut;L=Laki – laki;P=Perempuan

Hasil tabulasi silang antara prevalensi obesitas sentral dengan karakteristik responden seperti : pendidikan,tipe daerah dan tingkat pengeluaran per bulan memperlihatkan :

- Prevalensi obesitas sentral setelah kelompok umur 45 tahun ke atas cenderung menurun
- Prevalensi obesitas sentral di daerah perkotaan lebih tinggi dari pada obesitas sentral di daerah perdesaan.
- Prevalensi obesitas sentral pada perempuan lebih tinggi jika dibandingkan laki-laki
- Tingkat pengeluaran rumah tangga menunjukkan hubungan yang positif dengan prevalensi obesitas sentral. Semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan cenderung semakin tinggi prevalensi obesitas sentral.

### 3.2.3. Status Gizi Wanita Usia Subur (WUS) 15-45 tahun Berdasarkan Indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)

Tabel 3.2.3.1, Tabel 3.2.3.2 dan Tabel 3.2.3.3 menyajikan gambaran masalah gizi pada WUS yang diukur dengan LILA. Hasil pengukuran LILA ini disajikan menurut kabupaten dan karakteristik responden. 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 3.2.3.1**  
**Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 tahun, Riskesdas 2007**

Umur (Tahun)	Nilai Rerata LILA	
	Rerata (cm)	Standar Deviasi (SD)
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

Untuk menilai prevalensi risiko KEK dilakukan dengan cara menghitung LILA lebih kecil 1 SD dari nilai rerata untuk setiap umur antara 15 sampai 45 tahun

**Tabel 3.2.3.2**  
**Prevalensi Risiko Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut**  
**Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten</b>	<b>Risiko KEK *(%)</b>
Kulon Progo	24,9
Bantul	17,3
Gunung Kidul	20,4
Sleman	23,1
Kota Yogyakarta	16,2
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>20,2</b>

Catatan : Risiko KEK adalah bila nilai rerata LILA lebih kecil dari nilai rerata LILA nasional dikurangi 1 SD untuk setiap umur.

Tabel di atas menunjukkan semua kabupaten mempunyai angka KEK lebih tinggi dari angka KEK nasional (13,6%). Angka KEK tertinggi di kabupaten Kulon Progo (24,9%) dan terendah di Kota Yogyakarta (16,2%).

**Tabel 3.2.3.3**  
**Prevalensi Risiko Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Risiko KEK *(%)</b>
<b>Pendidikan</b>	
Tidak Sekolah & Tidak Tamat SD	20,1
Tamat SD	19,0
Tamat SLTP	22,9
Tamat SLTA	20,0
Tamat PT	17,1
<b>Tipe Daerah</b>	
Perkotaan	20,3
Perdesaan	20,0
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>	
Kuintil 1	28,1
Kuintil 2	18,4
Kuintil 3	20,4
Kuintil 4	17,8
Kuintil 5	17,5

Catatan : Risiko KEK adalah bila nilai rerata LILA lebih kecil dari nilai rerata LILA nasional dikurangi 1 SD untuk setiap umur.

Kecenderungan risiko KEK berdasarkan tabulasi silang antara prevalensi Risiko KEK dengan karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.2.3.3, adalah:

- a. Berdasarkan tingkat pendidikan, gambaran provinsi menunjukkan tidak menunjukkan pola keteraturan antara tingkat pendidikan dan risiko KEK. Adapun risiko KEK terkecil pada penduduk wanita tamat Perguruan Tinggi.
- b. Secara umum di provinsi , prevalensi risiko KEK tidak ada perbedaan antara penduduk yang tinggal di daerah perdesaan dan perkotaan.

- c. Gambaran provinsi menunjukkan hubungan negatif antara tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita dengan risiko KEK. Semakin meningkat pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan cenderung semakin rendah risiko KEK.

### 3.2.4. Konsumsi Energi Dan Protein

Konsumsi energi dan protein tingkat rumah tangga pada Riskesdas 2007 diperoleh berdasarkan jawaban responden untuk makanan yang di konsumsi anggota rumah tangga (ART) dalam waktu 1 x 24 jam yang lalu. Responden adalah ibu rumah tangga atau anggota rumah tangga lain yang biasanya menyiapkan makanan di rumah tangga (RT) tersebut. Penetapan rumah tangga (RT) defisit energi berdasarkan angka rerata konsumsi energi per kapita per hari dari data Riskesdas 2007. Angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari yang diperoleh dari data konsumsi rumahtangga dibagi jumlah anggota rumahtangga yang telah di standarisasi menurut umur dan jenis kelamin, serta sudah dikoreksi dengan tamu yang ikut makan.

Rumah tangga dengan konsumsi "energi rendah" adalah bila RT dengan konsumsi energi di bawah rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007, sedangkan RT dengan konsumsi "protein rendah" adalah bila RT dengan konsumsi protein di bawah rerata konsumsi protein nasional dari data Riskesdas 2007.

**Tabel 3.2.4.1**  
**Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari**  
**menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Kulon Progo	1440,7	499,7	41,1	19,8
Bantul	1452,4	575,7	46,9	25,9
Gunung Kidul	2375,0	931,8	58,3	28,5
Sleman	1562,4	632,4	54,0	26,5
Kota Yogyakarta	1319,0	560,9	50,4	27,6
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>1623,7</b>	<b>739,9</b>	<b>50,2</b>	<b>24,5</b>

**Tabel 3.2.4.2**  
**Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Angka Rerata Nasional menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskedas 2007**

Kabupaten/Kota	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Kulon Progo	80,4	86,5
Bantul	77,2	76,4
Gunung Kidul	30,3	57,1
Sleman	70,6	62,9
Kota Yogyakarta	82,4	71,2
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>67,1</b>	<b>66,9</b>

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

Data pada Tabel 3.2.4.1 menunjukkan bahwa rerata konsumsi per kapita per hari penduduk di Indonesia adalah 1735,5 kkal untuk energi dan 55,5 gram untuk protein, sedangkan di Provinsi DI Yogyakarta, rerata konsumsi per kapita per harinya adalah 1623,7 kkal untuk energi dan 50,2 gram untuk protein. Kabupaten/Kota dengan rerata konsumsi energi terendah adalah Kota Yogyakarta (1319,0 kkal) dan kabupaten dengan rerata konsumsi energi tertinggi adalah Kabupaten Gunung Kidul (2375,0 kkal). Kabupaten dengan rerata konsumsi protein terendah Kabupaten Kulon Progo (41,1 gram) dan tertinggi di Kabupaten Gunung Kidul (58,3 gram).

Pada tabel 3.2.4.2 terlihat bahwa secara umum prevalensi rumah tangga yang konsumsi energi dan protein “rendah” (dibawah rerata angka nasional) di Provinsi DI Yogyakarta sebesar 67,1% dan 66,9%, melebihi angka prevalensi nasional (59,0%) dan (58,5%), kecuali di Kabupaten Gunung Kidul.

Data pada Tabel 3.2.4.3 menunjukkan bahwa prevalensi RT di perkotaan yang konsumsi energi “rendah” lebih tinggi dari RT di perdesaan; sebaliknya RT di perdesaan yang konsumsi protein “rendah” lebih banyak dari RT di perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, menunjukkan prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein “rendah” (di bawah rerata nasional) semakin rendah seiring dengan meningkatnya kuintil pengeluaran rumahtangga.

**Tabel 3.2.4.3**  
**Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta , Riskedas 2007**

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	74,1	66,4
Perdesaan	55,9	72,6
<b>Tingkat Pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	76,5	80,1
Kuintil-2	71,6	77,9
Kuintil-3	64,2	65,4
Kuintil-4	64,2	64,4
Kuintil-5	61,1	56,9

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

### 3.2.5. Konsumsi Garam Beriodium

Prevalensi konsumsi garam beriodium Riskedas 2007 diperoleh dari hasil isian pada kuesioner Blok II No 7 yang diisi dari hasil tes cepat garam iodine. 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 iodine ( $\geq 30$  ppm  $KIO_3$ )" bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu tua; mempunyai "garam tidak cukup iodine ( $\leq 30$  ppm  $KIO_3$ )" bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu muda; dan dinyatakan mempunyai "garam tidak ada iodine" bila hasil tes cepat garam di rumah-tangga tidak berwarna.

**Tabel 3.2.5.1**  
**Persentase Kandungan Iodine Garam Yang Dikonsumsi Rumah Tangga Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskedas 2007**

Kabupaten/Kota	RT Mengonsumsi Garam Cukup Iodine (%)
Kulon Progo	88,0
Bantul	87,5
Gunung Kidul	76,3
Sleman	80,3
Kota Yogyakarta	84,1
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>82,7</b>

Secara umum prosentase rumah tangga mengonsumsi garam cukup iodine di Provinsi DI Yogyakarta sebesar 82,7 %. Semua kabupaten/kota melebihi angka nasional ( 62,3%)

**Tabel 3.2.5.2**  
**Sebaran Rumah Tangga Yang Mengkonsumsi Garam Menurut Kandungan Iodium Menurut Karakteristik di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	RT Mengkonsumsi garam iodium Cukup (%)
<b>Pendidikan KK</b>	
Tidak Sekolah	79,4
Tidak Tamat SD	81,5
Tamat SD	83,7
Tamat SLTP	82,7
Tamat SLTA	90,6
Tamat PT	79,4
<b>Pekerjaan KK</b>	
Tidak Bekerja	80,2
Sekolah	89,2
Ibu Rumah Tangga	84,9
Pegawai Negri/Swasta	83,6
Petani/Buruh/Nelayan	79,6
Lainnya	82,5
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	83,5
Perdesaan	81,6
<b>Tingkat Pengeluaran Per Kapita</b>	
Kuintil-1	56,8
Kuintil-2	59,6
Kuintil-3	62,1
Kuintil-4	64,5
Kuintil-5	70,1

1. Tidak ada keteraturan pola antara persentase penduduk mengkonsumsi cukup iodium dalam garam dengan tingkat pendidikan. Rentang terendah dimiliki oleh Kepala keluarga yang tidak tamat SD (79,4%), sedang rentang tertinggi kepala keluarga tamat SLTA (90,6%)
2. Menurut jenis pekerjaan tidak ada kecenderungan antara peningkatan persentase iodium dalam garam dengan jenis pekerjaan. Rentang terendah dimiliki oleh yang bekerja sebagai nelayan/buruh (79,6%) dan tertinggi dimiliki oleh yang sekolah (89,2%)
3. Tidak ada perbedaan yang berarti rumah tangga yang mengkonsumsi cukup iodium dalam garam di Kota maupun di Desa.
4. Ada kecenderungan peningkatan persentase penduduk yang mengkonsumsi cukup iodium dalam garam sejalan dengan meningkatnya pendapatan.



**Tabel 3.2.5.3**  
**Persentase Kandungan Kuantitatif Iodium dalam Garam Yang Dikonsumsi**  
**Rumah Tangga Di Kabupaten Bantul Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Kandungan Kuantitatif Iodium (ppm)					
	0	<10	10-15	16-20	21-30	>31
Bantul	0	7,4	25,9	6,2	17,3	43,2

Kandungan iodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga berdasarkan metode titrasi 43,2 % yang memenuhi SNI (30-80 ppm KIO<sub>3</sub>) dan tidak ada garam yang tidak mengandung iodium,

**Tabel 3.2.5.4**  
**Persentase Ekskresi Iodium Dalam Urine Anak 6-12 Tahun Di Kabupaten**  
**Bantul Propinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Ekskresi Iodium Urine (ug/L)					
	<20	20-49	50-99	100-199	200-299	≥ 300
Bantul	0	2,4	20,9	28,9	23,3	24,5

Sebanyak 24,5 % anak usia 6-12 tahun dengan EIU > 300 ug/L (kategori risiko tirotoksikosis), tetapi 23,3% dengan EIU anak usia sekolah < 100 ug/L (kategori defisiensi iodium).

**Tabel 3.2.5.5**  
**Nilai Median Iodium Urine Anak Sekolah 6-12 Tahun di Kabupaten Bantul,**  
**Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	NILAI MEDIAN EIU (ug/L)
Bantul	192

Nilai median EIU untuk anak usia sekolah di kabupaten Bantul lebih rendah dari rata-rata nilai median EIU angka nasional (228 ug/L),

### 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.

Cakupan imunisasi pada anak umur 12 – 59 bulan dapat dilihat pada empat Tabel (Tabel 3.3.1.1 s/d Tabel 3.3.1.4). Tabel 3.3.1.1 dan Tabel 3.3.1.2 menunjukkan tiap jenis imunisasi yaitu BCG, tiga kali polio, tiga kali DPT, tiga kali HB, dan campak menurut kabupaten/kota dan karakteristik responden. Tabel 3.3.1.3 dan 3.3.1.4 adalah cakupan imunisasi lengkap pada anak, yang merupakan gabungan dari tiap jenis imunisasi yang didapatkan oleh seorang anak.

Tidak semua balita dapat diketahui status imunisasi (*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.

**Tabel 3.3.1.1**  
**Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007.**

Kabupaten	Jenis Imunisasi				
	BCG	POLIO 3	DPT 3	HB 3	Campak
Kulon Progo	98,2	83,3	76,9	71,2	98,1
Bantul	99,3	95,9	94,5	78,2	97,3
Gunung Kidul	100,0	94,0	86,7	82,7	98,8
Sleman	95,0	92,8	84,1	74,8	95,7
Kota Yogyakarta	97,4	88,5	87,3	71,4	97,4
<b>Provinsi</b>	<b>DI</b>	<b>98,0</b>	<b>92,2</b>	<b>87,7</b>	<b>76,3</b>
<b>Yogyakarta</b>					<b>97,4</b>

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

\* Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi DI Yogyakarta untuk BCG 100%, polio3 96,1%, DPT3 89,8%, HB3 69,0%, campak 99,2%

Cakupan tertinggi imunisasi BCG (100%), HB3 (82,7%) dan campak (98,8%) di kabupaten Gunung Kidul, imunisasi Polio3 (95,9%) dan DPT3 (94,5%) di kabupaten Bantul, Cakupan terendah imunisasi BCG (95,0%) di kabupaten Sleman, Polio (83,3%), DPT 3 (76,9%) dan HB3 (71,2%) di Kulon Progo dan campak (95,7%) di kabupaten Sleman.

Cakupan imunisasi BCG ((98,0%) tertinggi di antara semua imunisasi yang diberikan pada anak balita. Pemberian imunisasi BCG dilakukan mulai bayi berumur 1 hari, pada saat ini bayi masih di rumah sakit atau di rumah tapi masih dimonitor oleh dokter atau bidan yang menangani kelahiran, dan pada umumnya bayi pulang dalam keadaan sudah diimunisasi, sehingga cakupan imunisasi ini tinggi.

Secara keseluruhan cakupan imunisasi BCG, Polio 3, DPT 3, HB 3 dan campak sangat tinggi. Imunisasi HB3 paling rendah diantara imunisasi ini. Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta perlu memberikan penyuluhan tentang pentingnya imunisasi terutama imunisasi HB3 agar cakupan imunisasi ini meningkat dan cakupan imunisasi lain minimal dapat dipertahankan.

**Tabel 3.3.1.2**  
**Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59**  
**Bulan Menurut Karakteristik responden Riskesdas Provinsi DI Yogyakarta,**  
**Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis Imunisasi				
	BCG	POLIO 3	DPT 3	HB 3	CAMPAK
<b>Umur (bulan)</b>					
12 – 23	100,0	96,1	89,8	69,0	99,2
24 – 35	96,0	91,4	90,3	74,1	96,0
36 – 47	98,1	90,8	86,8	84,4	98,0
48 – 59	97,9	89,0	82,9	77,8	97,4
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	97,3	93,7	89,0	77,6	97,5
Perdesaan	99,6	87,7	84,4	72,1	97,9
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	98,2	98,6	87,1	76,2	98,1
Perempuan	98,1	97,5	87,7	75,3	96,9
<b>Pendidikan KK</b>					
Tidak sekolah	100,0	83,8	90,6	76,7	100,0
SD tidak tamat	100,0	100,0	88,6	76,8	100,0
SD tamat	98,4	93,8	88,0	77,0	98,4
SMP tamat	97,3	92,3	91,2	78,7	97,4
SLTA tamat	96,9	81,8	86,3	74,6	97,7
SLTA+	97,2	92,3	87,8	77,5	95,9
<b>Pekerjaan KK</b>					
Tidak bekerja	100,0	83,8	86,8	80,0	100,0
Ibu rumah tangga	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pns/polri/tni	100,0	93,8	79,2	81,8	95,8
Wiraswasta/swasta	95,9	93,8	88,9	76,4	97,6
Petani/buruh/nelayan	98,9	92,3	89,6	75,9	98,5
Lainnya	100,0	81,8	76,2	65,0	90,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil-1	95,4	91,4	88,8	80,1	96,4
Kuintil-2	100,0	91,5	90,6	77,9	98,6
Kuintil-3	98,7	94,8	85,3	69,9	96,9
Kuintil-4	98,6	90,7	84,5	72,2	98,0
Kuintil-5	97,9	89,7	88,4	81,5	97,9

Cakupan imunisasi BCG (100,0%) dan campak (99,2%) paling tinggi pada anak usia 12-23 bulan, diikuti dengan usia 36-47 bulan. Cakupan imunisasi tertinggi DPT(90,3%) pada anak usia 24-35 bulan, Hepatitis B (84,4%) pada anak usia 36-47 bulan, dan campak (96,1%) pada anak usia 12-23 bulan.

Cakupan imunisasi BCG (99,6%) di perdesaan lebih tinggi dari di perkotaan. Cakupan imunisasi Polio3 (93,7%), DPT3 (89,0%) dan HB3 (77,6%) lebih tinggi di Kota dari pada Desa, sedangkan cakupan imunisasi campak diDesa hampir sama dengan diKota.

Cakupan imunisasi BCG, Polio3, DPT3, HB3 dan campak pada laki-laki hampir sama dengan pada perempuan.

Cakupan imunisasi dengan pendidikan orangtua relatif sama antara yang berpendidikan rendah, menengah dan tinggi.

Cakupan imunisasi pada orang tua yang bekerja sebagai ibu rumah tangga paling tinggi yaitu 100,0%. Ini menunjukkan tingginya kesadaran imunisasi pada ibu rumah tangga.

Cakupan imunisasi BCG, Polio3, DPT3, HB3 dan campak antar tingkat pengeluaran perkapita (kuintil) sama.

Cakupan imunisasi BCG, Polio3, DPT3, HB3 dan campak di provinsi DI Yogyakarta sangat tinggi, tertinggi antar seluruh kabupaten/kota di Indonesia, menunjukkan tingginya kesadaran akan pentingnya imunisasi pada semua kalangan di DI Y.ogyakarta

**Tabel 3.3.1.3**  
**Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Imunisasi Dasar		
	Lengkap	Tdk Lengkap	Tidak Sama Sekali
Kulon Progo	64,3	35,7	0,0
Bantul	71,6	28,4	0,0
Gunung Kidul	72,9	27,1	0,0
Sleman	63,4	35,2	1,4
Kota Yogyakarta	63,3	35,4	1,3
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>67,6</b>	<b>32,0</b>	<b>0,4</b>

Cakupan imunisasi lengkap anak balita tertinggi di kabupaten Gunung Kidul (72,4%) dan terendah di kota Yogyakarta (63,3%) dan rata-rata 67,6%. Ini menunjukkan dua pertiga balita di provinsi DI Yogyakarta diimunisasi secara lengkap.

Di kabupaten Kulon Progo, Bantul dan Gunung Kidul kesadaran orang tua akan pentingnya imunisasi sangat tinggi, ini ditunjukkan dengan tidak ada anak balita yang tidak dilakukan imunisasi sama sekali. Meskipun demikian Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta perlu memberikan penyuluhan kepada orang tua dan atau wanita hamil, sehingga cakupan kelengkapan imunisasi ini dapat ditingkatkan.

**Tabel 3.3.1.4**  
**Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut**  
**Karakteristik responden Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Status Imunisasi		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Sama Sekali
<b>Tipe daerah</b>			
Kota	68,5	30,7	0,8
Desa	64,5	35,5	0,0
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-laki	66,7	33,3	0,0
Perempuan	67,6	31,3	1,1
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	60,6	39,4	0,0
SD tidak tamat	70,4	29,6	0,0
SD tidak tamat	72,5	26,7	0,8
SMP tidak tamat	68,4	31,6	0,0
SLTA tamat	65,3	34,0	0,8
SLTA+	68,9	31,1	0,0
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	60,5	39,5	0,0
Ibu Rumah Tangga	100,0	0,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	76,6	23,4	0,0
Wiraswasta/Swasta	69,0	29,6	1,3
Petani/buruh nelayan	66,3	33,7	0,0
Lainnya	54,5	45,5	0,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	65,1	34,3	0,6
Kuintil-2	72,3	27,7	0,0
Kuintil-3	62,1	26,7	1,2
Kuintil-4	65,8	24,2	0,0
Kuintil-5	74,2	25,8	0,0

Cakupan imunisasi lengkap di Kota (68,5%) lebih tinggi dibandingkan Desa, laki- laki dan perempuan relatif sama.

Cakupan imunisasi lengkap menurut pendidikan, tertinggi pada Kepala Keluarga dengan pendidikan tamat SD (72,5%), pekerjaan Ibu rumah tangga (100%) dan pada status ekonomi kuintil 5 (74,2%), terendah pada Kepala Keluarga dengan pendidikan tidak sekolah (60,6%), pekerjaan lainnya (54,5%) dan status ekonomi Kuintil 1 (65,1%).

Tabel ini menunjukkan kesadaran ibu rumah tangga akan pentingnya imunisasi sangat tinggi. Dinas Kesehatan perlu memberikan penyuluhan kepada orang tua secara berkala agar kesadaran akan pentingnya imunisasi meningkat.

### 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.

Dalam 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**  
**Sebaran Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta Riskesdas 2007**

Kabupaten	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
	Tdk Pernah	1-3 Kali	≥ 4 Kali
Kulon Progo	4,1	13,3	82,7
Bantul	10,4	17,6	72,0
Gunung Kidul	2,5	16,6	81,0
Seman	2,7	17,8	79,5
Kota Yogyakarta	3,6	13,7	82,7
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>5,0</b>	<b>16,5</b>	<b>78,5</b>

Pada bagian ini, analisis dilakukan untuk balita umur 6-59 bulan, Frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir dikelompokkan menjadi tidak pernah, 1-3 kali, dan 4-6 kali.

Tabel 3.3.2.1 menunjukkan rata-rata bayi yang ada di provinsi DI Yogyakarta rutin ditimbang (ditimbang  $\geq 4$  kali = 78,5%). Hal ini menunjukkan juga bahwa rata-rata bayi di provinsi DI Yogyakarta dilakukan pemeriksaan rutin, ini berkaitan dengan tingginya cakupan imunisasi di provinsi DI Yogyakarta.

**Tabel 3.3.2.2**  
**Sebaran Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan**  
**Karakteristik responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Frekuensi penimbangan (kali)		
	Tdk Pernah	1-3 kali	≥ 4 kali
<b>Kelompok umur (bulan)</b>			
0-5	3,4	58,6	37,9
6 – 11	0,0	3,8	<b>96,2</b>
12 – 23	2,2	14,3	83,5
24 – 35	4,1	10,2	85,8
36 – 47	4,1	13,5	82,4
48 – 59	13,2	15,3	71,6
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-laki	3,9	14,3	81,7
Perempuan	6,2	18,7	75,1
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	6,1	14,3	79,6
SD tidak tamat	7,0	24,4	68,6
SD tidak tamat	2,3	13,2	<b>84,5</b>
SMP tidak tamat	8,8	16,9	74,3
SLTA tamat	4,7	16,2	79,1
SLTA+	5,2	18,1	76,7
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	1,8	12,7	<b>85,5</b>
Ibu Rumah Tangga	25,0	37,5	37,5
PNS/POLRI/TNI	8,2	12,3	79,5
Wiraswasta/Swasta	6,2	19,8	73,9
Petani/buruh nelayan	2,9	14,1	83,0
Lainnya	11,1	22,2	66,7
<b>Tipe daerah</b>			
Kota	5,8	15,7	78,5
Desa	3,8	17,9	78,4
<b>Tingkat pengeluaran per Kapita</b>			
Kuintil-1	7,1	12,3	<b>80,6</b>
Kuintil-2	4,2	16,3	79,5
Kuintil-3	4,6	16,9	78,5
Kuintil-4	2,7	21,6	75,7
Kuintil-5	2,0	15,6	77,3

Pada Tabel 3.3.2.2 terlihat bahwa penimbangan rutin (4-6 kali) di Kota sama dengan di Desa. Penimbangan rutin pada anak laki-laki (81,7%) lebih sering dilakukan dari pada anak perempuan. Ada tren penurunan cakupan penimbangan menurut umur, pada umur 6-11 bulan cakupan tertinggi (96,2%) kemudian menurun hingga pada umur 48-59 bulan (71,6%).



Tabel ini menunjukkan cakupan penimbangan balita tertinggi pada orang tua yang tidak bekerja dan terendah pada ibu rumah tangga, sedangkan cakupan imunisasi balita tertinggi pada ibu rumah tangga, ini menunjukkan pada saat wawancara tentang perkembangan balita, ibu rumah tangga banyak menjawab, tidak bekerja.

Posyandu masih merupakan tempat yang paling tinggi sebagai tempat penimbangan balita (84,7%), terendah di kabupaten Sleman (77,8%) dan tertinggi di kabupaten Kulon Progo (94,7%). Hal ini menunjukkan keberhasilan kader Posyandu di provinsi DI Yogyakarta.

**Tabel 3.3.2.3.**  
**Sebaran Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat Penimbangan Anak				
	RS	Puskes	Polindes	Posyandu	Lainnya
Kulon Progo	0	4,2	0	94,7	1,1
Bantul	0,9	5,8	2,2	88,4	2,7
Gunung Kidul	0	3,0	3,6	90,3	3,0
Sleman	4,4	7,1	2,0	77,8	8,7
Kota Yogyakarta	4,4	11,9	1,5	79,3	3,0
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>2,1</b>	<b>6,4</b>	<b>2,1</b>	<b>84,7</b>	<b>4,4</b>

Posyandu sebagai pilihan penimbangan balita di perkotaan dibanding perdesaan relatif sama. Penimbangan anak di Posyandu akan meningkat seiring dengan pertambahan umur, namun pada balita yang sudah cukup besar (48-59 bulan) penimbangan cenderung menurun dibandingkan dengan usia-usia sebelumnya, Ibu rumah tangga melakukan penimbangan selain di Posyandu (50%) juga di Puskesmas (33,3%) dan Polindes (16,7%).

Tabel ini menunjukkan cakupan penimbangan balita tertinggi pada orang tua yang tidak bekerja dan terendah pada ibu rumah tangga, sedangkan cakupan imunisasi balita tertinggi pada ibu rumah tangga, ini menunjukkan pada saat wawancara tentang perkembangan balita, ibu rumah tangga banyak menjawab, tidak bekerja.

Kesadaran akan penimbangan balita merata pada semua tingkat pengeluaran per kapita (kuintil). Tabel ini menunjukkan keberhasilan kader Posyandu di provinsi DI Yogyakarta

**Tabel 3.3.2.4**  
**Sebaran Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan**  
**Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tempat Penimbangan				
	RS	Puskes	Polindes	Posyandu	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>					
Kota	3,1	7,0	1,6	83,6	4,7
Desa	0,6	4,7	2,8	87,7	4,1
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	2,7	6,3	,9	85,2	4,9
Perempuan	1,6	6,4	3,3	84,9	3,8
<b>Umur (bulan)</b>					
0-5	8,0	24,1	4,6	55,2	8,0
6 – 11	1,8	8,2	1,8	85,5	2,7
12 – 23	2,3	5,1	2,3	85,8	4,5
24 – 35	1,1	3,2	1,1	92,0	2,7
36 – 47	1,4	2,7	0,0	93,9	2,0
48 – 59	1,2	3,6	4,2	83,1	7,8
<b>Pendidikan KK</b>					
Tidak sekolah	0,0	0,0	3,9	96,1	0,0
SD tidak tamat	0,0	8,5	1,2	89,0	1,2
SD tamat	2,4	9,1	4,8	79,4	4,2
SMP tamat	1,6	5,5	0,8	89,8	2,4
SLTA tamat	3,5	5,3	0,4	86,6	4,2
SLTA+	1,8	10,0	3,6	75,5	9,1
<b>Pekerjaan KK</b>					
Tidak bekerja	0,0	1,8	0,0	98,2	0,0
Ibu Rumah Tangga	0,0	33,3	16,7	50,0	0,0
PNS/Polri/TNI	1,5	1,5	5,9	82,4	8,8
Wiraswasta/swasta	3,6	7,5	1,2	82,8	4,8
Petani/buruh/nelayan	1,5	6,0	1,8	87,4	3,3
Lainnya		20,8	4,2	75,0	0,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil-1	1,0	5,5	1,0	91,5	1,0
Kuintil-2	1,1	3,4	2,8	89,4	3,4
Kuintil-3	2,6	10,9	2,1	78,6	5,7
Kuintil-4	3,8	9,8	2,2	78,1	6,0
Kuintil-5	1,7	,0	3,4	88,2	6,7

### 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.

**Tabel 3.3.3.1**  
**Sebaran Anak Umur 6-59 bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten</b>	<b>Menerima Kapsul Vitamin A</b>
Kulon Progo	91,5
Bantul	84,4
Gunung Kidul	84,0
Seman	83,0
Kota Yogyakarta	80,3
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>84,7</b>

Kapsul vitamin A diberikan kepada balita umur 6-59 bulan dua kali sekali setahun tiap bulan Februari dan Agustus. Pada Tabel ini terlihat cakupan kapsul vitamin A di provinsi DI Yogyakarta, cukup tinggi, sebesar 84,7%, dengan variasi cakupan yang tidak terlalu banyak, terendah di Kota Yogyakarta (80,3%) dan tertinggi di kabupaten Kulon Progo (91,5%). Cakupan pemberian vitamin A yang tinggi menunjukkan keberhasilan Dinas Kesehatan provinsi DI Yogyakarta dalam memberikan pengertian pentingnya vitamin A dalam mencegah kebutaan bagi generasi mendatang.

Variasi cakupan kapsul vitamin A juga tidak banyak terjadi menurut klasifikasi Tipe daerah, jenis kelamin. Menurut umur, cakupan kapsul vitamin A tertinggi pada anak dengan umur balita (24-35 bulan) sebesar 93,7%. Cakupan kapsul vitamin A juga tidak banyak berbeda menurut pekerjaan Kepala Keluarga, dan status sosial ekonomi keluarga. Cakupan kapsul vitamin A pada pekerjaan ibu rumah tangga sangat rendah ( 37,5%), sedangkan pada pekerjaan yang tidak bekerja tertinggi, ini mungkin dikarenakan ibu rumah tangga pada waktu wawancara perkembangan balita, mengisi tidak bekerja.

**Tabel 3.3.3.2**  
**Sebaran Cakupan Kapsul Vitamin A Pada Anak 6-59 Bulan Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Menerima Kapsul Vitamin A</b>
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	83,8
Perdesaan	84,2
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-laki	83,9
Perempuan	84,1
<b>Kelompok umur (bulan)</b>	
0-5	
6 – 11	67,6
12 – 23	89,0
24 – 35	93,7
36 – 47	87,2
48 – 59	76,7
<b>Pendidikan KK</b>	
Tidak sekolah	71,7
SD tidak tamat	80,5
SD tamat	83,7
SMP tamat	71,0
SLTA tamat	82,7
SLTA+	73,5
<b>Pekerjaan KK</b>	
Tidak bekerja	76,8
Ibu Rumah Tangga	37,5
PNS/Polri/TNI	77,6
Wiraswasta/swasta	78,2
Petani/buruh/nelayan	81,6
Lainnya	76,9
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>	
Kuintil-1	82,9
Kuintil-2	81,7
Kuintil-3	85,0
Kuintil-4	85,1
Kuintil-5	86,0

**Tabel 3.3.3.3**  
**Sebaran Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/ Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Kulon Progo	18,4	29,1	52,4
Bantul	37,8	25,1	37,1
Gunung Kidul	15,2	6,7	78,2
Seman	36,4	23,9	39,6
Kota Yogyakarta	57,2	27,6	15,2
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>34,4</b>	<b>22,6</b>	<b>43,0</b>

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

Kartu Menuju Sehat (KMS) merupakan sarana yang cukup baik untuk mengetahui tumbuh kembang balita. Tetapi hanya 34,4% balita yang mempunyai dan dapat menunjukkan KMS, terendah di kabupaten Gunung Kidul (15,2%) dan tertinggi di kabupaten kota Yogyakarta (57,2%). Sebagian besar balita (43,0%) walaupun menurut pengakuan mempunyai KMS, tetapi tidak dapat menunjukkan.

Kepemilikan KMS lebih tinggi di perkotaan (42,2%). Menunjukkan kesadaran akan pencatatan perkembangan balita di perkotaan lebih baik dari perdesaan, ini juga menyangkut pendidikan orang tua yang pada umumnya lebih tinggi di perkotaan.

Ada tren kepemilikan KMS yang menurun seiring dengan peningkatan umur. Kepemilikan KMS tidak banyak berbeda dengan pendidikan dan pekerjaan orang tua. Kesadaran akan pencatatan perkembangan balita (kepemilikan KMS) makin tinggi pada keluarga dengan tingkat pendapatan yang lebih baik (kuintil pengeluaran 5 (43,7%).

**Tabel 3.3.3.4**  
**Sebaran Anak 6-59 Bulan Yang Mempunyai KMS Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta**

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	42,2	25,6	32,2
Perdesaan	19,1	16,4	64,5
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	35,1	20,1	44,8
Perempuan	33,6	24,9	41,4
<b>Kelompok umur (bulan)</b>			
0-5	51,6	8,4	40,0
6 – 11	45,5	7,3	47,3
12 – 23	41,5	19,7	38,8
24 – 35	31,1	23,0	45,9
36 – 47	28,8	31,9	39,4
48 – 59	22,4	31,4	46,2
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah			
SD tidak tamat	20,8	15,1	64,2
SD tamat	26,4	11,5	62,1
SMP tamat	25,8	19,4	54,8
SLTA tamat	30,1	19,2	50,7
SLTA+	39,1	27,2	33,8
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	18,2	20,0	61,8
Ibu Rumah Tangga	37,5	50,0	12,5
PNS/Polri/TNI	35,0	32,5	32,5
Wiraswasta/swasta	46,4	23,1	30,5
Petani/buruh/nelayan	26,5	15,9	57,7
Lainnya	19,4	41,9	38,7
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	26,5	21,9	51,6
Kuintil-2	30,5	23,0	46,5
Kuintil-3	33,5	24,2	42,3
Kuintil-4	41,7	19,1	39,2
Kuintil-5	43,7	24,4	31,9
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>34,4</b>	<b>22,4</b>	<b>43,2</b>

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

**Tabel 03.3.3.5**  
**Sebaran Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Kepemilikan Buku KIA		
	1	2	3
Kulon Progo	52,4	40,8	6,8
Bantul	42,5	23,4	34,1
Gunung Kidul	62,5	22,0	15,5
Seman	33,5	14,0	52,5
Kota Yogyakarta	32,6	21,5	45,8
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>42,7</b>	<b>22,2</b>	<b>35,1</b>

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

Pada Tabel ini terlihat kepemilikan Buku KIA lebih tinggi dibanding KMS yaitu rata-rata di kabupaten DI Yogyakarta sebesar 42,7%, dengan kepemilikan buku KIA terendah di kabupaten Bantul (32,6%%) dan tertinggi di kabupaten Gunung Kidul (62,5%).

**Tabel 3.3.3.6**  
**Sebaran Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik responden di**  
**Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	36,9	21,5	41,6
Perdesaan	54,4	23,6	22,1
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	45,4	19,9	34,7
Perempuan	40,3	24,4	35,2
<b>Kelompok umur (bulan)</b>			
0-5	55,3	12,8	31,9
6 – 11	56,9	6,4	36,7
12 – 23	47,5	16,4	36,1
24 – 35	44,7	26,7	28,6
36 – 47	40,0	23,8	36,3
48 – 59	26,7	33,8	39,5
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	58,5	18,9	22,6
SD tidak tamat	56,2	21,3	22,5
SD tamat	52,2	16,3	31,5
SMP tamat	50,3	25,2	24,5
SLTA tamat	36,2	23,8	40,0
SLTA+	23,8	26,2	50,0
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	46,4	19,6	33,9
Ibu Rumah Tangga	55,6	22,2	22,2
PNS/Polri/TNI	26,3	37,5	36,3
Wiraswasta/swasta	36,4	20,5	43,1
Petani/buruh/nelayan	53,3	20,6	26,1
Lainnya	41,9	29,0	29,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	51,4	21,8	26,8
Kuintil-2	42,7	21,6	35,7
Kuintil-3	42,7	20,2	37,1
Kuintil-4	36,5	24,0	39,5
Kuintil-5	39,8	23,3	36,8
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>43,0</b>	<b>22,1</b>	<b>34,9</b>

\* 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 ini menunjukkan perbedaan kepemilikan Buku KIA tertinggi di umur 6-11 bulan (56,9%) dan menurun tajam pada umur selanjutnya. Kepemilikan buku KIA lebih banyak di perdesaan (54,4%) dibandingkan dengan perkotaan. Kepemilikan buku KIA tidak banyak bervariasi menurut klasifikasi jenis kelamin, pekerjaan Kepala Keluarga, dan kuintil pengeluaran rumahtangga, Kepemilikan buku KIA cenderung menurun dengan peningkatan pendidikan.



Dinas Kesehatan perlu memberikan penyuluhan kepada warganya tentang pentingnya pencatatan bagi perkembangan balita. Buku KIA dapat merupakan catatan kelengkapan imunisasi, perkembangan balita dan lain-lain sehingga bila ada gangguan kesehatan dan perkembangan balita dapat ditelusuri dari buku KIA.

### 3.3.4 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Dalam 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.

**Tabel 3.3.4.1**  
**Sebaran Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Bb Lahir Menurut Persepsi Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Kulon Progo	15,8	78,9	5,3
Bantul	8,8	82,5	8,8
Gunung Kidul	16,7	66,7	16,7
Seman	8,9	75,6	15,6
Kota Yogyakarta	25,0	67,9	7,1
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>14,0</b>	<b>75,0</b>	<b>11,0</b>

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

Terlihat persentase berat badan lahir menurut ibu, Ibu mempunyai persepsi sendiri tentang berat badan bayinya, walaupun sebagian bayi tidak ditimbang, Terlihat bahwa sebanyak 14,0% ibu mempunyai persepsi bahwa berat lahir bayinya kecil, 75,0% berat normal, dan 11,0% berat lahir bayinya besar, Persentase bayi lahir kecil menurut ibu terendah di kabupaten Bantul (8,8%) dan tertinggi di kota Yogyakarta (25%).

Menurut persepsi ibu, sebagian besar ibu melahirkan bayi di provinsi DI Yogyakarta mempunyai berat badan normal.

**Tabel 3.3.4.2**  
**Sebaran Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu dan Karakteristik di Provinsi**  
**DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	BB lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	11,4	75,4	13,2
Perdesaan	18,1	73,6	8,3
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	16,2	69,7	14,1
Perempuan	11,2	79,8	9,0
<b>Kelompok umur (bulan)</b>			
0 – 5	10,2	77,3	12,5
6 – 11	16,3	73,5	10,2
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	20,0	73,3	6,7
SD tidak tamat	20,0	60,0	20,0
SD tamat	9,1	77,3	13,6
SMP tamat	14,3	78,6	7,1
SLTA tamat	11,1	79,6	9,3
SLTA+	12,9	71,0	16,1
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak Bekerja	21,4	78,6	0,0
Ibu Rumah Tangga	0,0	100,0	0,0
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	19,0	66,7	14,3
Wiraswasta/ pegawai swasta	9,1	78,8	12,1
Petani/ buruh/ nelayan	13,4	70,7	15,9
Lainnya	28,6	71,4	0,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	20,0	71,4	8,6
Kuintil-2	15,8	78,9	5,3
Kuintil-3	20,0	73,3	6,7
Kuintil-4	7,9	71,1	21,1
Kuintil-5	0,0	80,0	20,0
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>13,4</b>	<b>74,7</b>	<b>11,8</b>

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

Terlihat bahwa persentase berat lahir kecil menurut ibu lebih tinggi di perdesaan (18,1%) dibanding di perkotaan, bayi laki-laki (16,2%) dibanding perempuan. Pada umumnya ibu rumah tangga (100%) menganggap bayi yang dilahirkannya normal. Bayi yang dilahirkan pada kuintil pengeluaran rumah tangga 5 menganggap mempunyai berat badan normal (80%) dan besar (20%),

**Tabel 3.3.4.3**  
**Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Menurut Kabupaten Propinsi Di Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten</b>	<b>Periksa Hamil</b>
Kulon Progo	100,0
Bantul	96,6
Gunung Kidul	100,0
Seman	88,9
Kota Yogyakarta	100,0
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>96,3</b>

Tabel 3.3.4.3 ini menunjukkan cakupan pemeriksaan kehamilan. Dalam Riskesdas 2007 pertanyaan tersebut dilakukan sebagai langkah untuk menanyakan jenis pemeriksaan kesehatan. Kekurangan dalam Riskesdas 2007 adalah tidak ditanyakan lebih lanjut frekuensi pemeriksaan dan pada trimester ke berapa diperiksa. Terlihat sebagian besar ibu periksa hamil (96,3%), terendah di kabupaten Sleman (88,9%).

Tabel ini menunjukkan pula, tingginya kesadaran ibu hamil di provinsi Yogyakarta, untuk melakukan pemeriksaan kesehatan (rata-rata 96,30%)

**Tabel 3.3.4.4**  
**Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Menurut Karakteristik responden, Di Kabupaten Propinsi Di Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Periksa Hamil</b>
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	94,7
Perdesaan	100,0
<b>Pendidikan KK</b>	
Tidak sekolah	100,0
SD tidak tamat	100,0
SD tamat	100,0
SMP tamat	93,3
SLTA tamat	96,3
SLTA+	93,3
<b>Pekerjaan KK</b>	
Tidak bekerja	100,0
Ibu Rumah Tangga	100,0
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	100,0
Wiraswasta/ pegawai swasta	91,0
Petani/ buruh/ nelayan	100,0
Lainnya	100,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>	
Kuintil-1	100,0
Kuintil-2	100,0
Kuintil-3	100,0
Kuintil-4	90,0
Kuintil-5	93,1

Cakupan pemeriksaan kehamilan pada ibu hamil relatif tidak bervariasi antar Karakteristik responden yaitu Tipe daerah, tingkat pendidikan, pekerjaan dan kuintil pengeluaran rumah tangga. Cakupan pemeriksaan di provinsi DI Yogyakarta sangat tinggi, tertinggi diantara provinsi di seluruh Indonesia. Ini menunjukkan kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kehamilan dan akses ke sarana pelayanan kesehatan yang baik dan keberhasilan Dinas Kesehatan provinsi DI Yogyakarta dalam memberikan pelayanan, penyuluhan kepada warganya. Selain itu, provinsi Yogyakarta yang identik dengan kota pelajar banyak warga yang terdidik, turut menyumbang akan keberhasilan program ini.

**Tabel 3.3.4.5**  
**Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan**  
**Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Kulon Progo	78,9	100,0	89,5	100,0	89,5	100,0	94,4	83,3
Bantul	76,8	96,4	91,1	96,4	96,4	94,5	82,1	65,5
Gunung Kidul	73,0	100,0	97,2	97,2	100,0	100,0	73,0	75,7
Seman	74,4	95,2	88,4	95,2	95,2	95,2	67,5	57,9
Kota Yogyakarta	75,9	100,0	96,6	96,6	86,2	100,0	75,9	44,8
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>75,4</b>	<b>97,8</b>	<b>92,5</b>	<b>96,3</b>	<b>95,5</b>	<b>97,0</b>	<b>76,5</b>	<b>66,2</b>

Jenis pelayanan kesehatan:

a = pengukuran tinggi badan

b = pemeriksaan tekanan darah

c = pemeriksaan tinggi fundus (perut)

d = pemberian tablet Fe

e = pemberian imunisasi TT

f = penimbangan berat badan

g = pemeriksaan hemoglobin

h = pemeriksaan urin

Pada Tabel 3.3.4.5 ini terlihat 8 jenis pemeriksaan kehamilan. Secara keseluruhan, dari 8 pemeriksaan, jenis pelayanan kesehatan terendah pada pemeriksaan urin (66,2%) dan tertinggi pemeriksaan tekanan darah (97,8%).

Di provinsi DI Yogyakarta, rata-rata ibu hamil melakukan pemeriksaan tekanan darah, penimbangan berat badan, menerima tablet besi, imunisasi TT, pemeriksaan tinggi fundus. Sebagian besar ibu hamil melakukan pengukuran tinggi badan, pemeriksaan Hb dan urin.

Dinas Kesehatan provinsi DI Yogyakarta, perlu memberikan penyuluhan pada wanita hamil agar mau diperiksa Hb, untuk meningkatkan cakupan pemeriksaan Hb. Hal ini perlu untuk mencegah komplikasi waktu melahirkan

**Tabel 3.3.4.6**  
**Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan**  
**Menurut Karakteristik responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	80,0	96,4	90,9	96,4	92,7	96,4	77,8	60,0
Perdesaan	68,5	100,0	94,5	95,8	98,6	97,3	75,0	71,2
<b>Jenis kelamin</b>								
Laki-laki	76,8	97,9	91,5	94,7	93,6	93,7	76,6	65,2
Perempuan	73,9	97,7	93,2	97,7	96,6	100,0	76,7	64,0
<b>Kelompok umur (bulan)</b>								
0 – 5	70,9	95,3	90,7	94,2	92,0	97,7	73,6	58,1
6 – 11	79,2	100,0	93,8	99,0	97,9	95,8	79,6	71,4
<b>Pendidikan KK</b>								
Tidak sekolah	69,2	100,0	85,7	85,7	100,0	85,7	38,5	50,0
SD tidak tamat	86,7	100,0	93,8	100,0	93,8	100,0	75,0	56,3
SD tamat	72,1	100,0	95,3	100,0	95,3	100,0	86,0	68,3
SMP tamat	73,1	100,0	100,0	100,0	92,3	92,3	61,5	60,0
SLTA tamat	76,1	95,7	89,4	91,5	97,9	95,7	74,5	67,4
SLTA+	85,7	92,9	89,3	100,0	86,2	100,0	96,2	69,2
<b>Pekerjaan KK</b>								
Tidak bekerja	92,9	100,0	100,0	100,0	92,9	100,0	85,7	71,4
Ibu Rumah Tangga	,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	66,7
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	85,7	90,5	90,5	100,0	80,0	90,5	85,0	57,1
Wiraswasta/peg.swasta	78,7	96,7	85,5	91,9	93,5	96,7	72,6	59,0
Petani/ buruh/ nelayan	74,7	100,0	96,4	97,6	97,6	97,6	75,9	71,6
Lainnya	71,4	100,0	100,0	100,0	92,9	100,0	85,7	71,4
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>								
Kuintil-1	74,3	100,0	94,3	100,0	94,3	91,4	62,9	62,9
Kuintil-2	71,8	100,0	97,4	92,3	97,4	100,0	76,9	66,7
Kuintil-3	93,3	100,0	97,8	100,0	97,8	95,5	83,3	73,8
Kuintil-4	55,6	94,4	78,4	89,2	94,4	100,0	80,6	63,9
Kuintil-5	77,8	92,6	88,9	100,0	85,7	100,0	81,5	51,9
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>75,3</b>	<b>97,8</b>	<b>91,8</b>	<b>96,2</b>	<b>94,5</b>	<b>97,2</b>	<b>77,1</b>	<b>64,8</b>

Catatan :

Jenis pelayanan kesehatan:

a = pengukuran tinggi badan

b = pemeriksaan tekanan darah

c = pemeriksaan tinggi fundus (perut)

d = pemberian tablet Fe

e = pemberian imunisasi TT

f = penimbangan berat badan

g = pemeriksaan hemoglobin

h = pemeriksaan urine

Cakupan jenis pemeriksaan kehamilan relatif tidak bervariasi antar Karakteristik responden yaitu Tipe daerah, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan tingkat pengeluaran rumah tangga.

**Tabel 3.3.4.7**  
**Persentase Skor Pemeriksaan Kehamilan**  
**Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten</b>	<b>Skor Pemeriksaan Kehamilan</b>	
	<b>3-5 Jenis</b>	<b>6-8 Jenis</b>
Kulon Progo	10,5	89,5
Bantul	10,9	89,1
Gunung Kidul	10,8	89,2
Seman	34,2	65,8
Kota Yogyakarta	20,7	79,3
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>17,4</b>	<b>82,6</b>

Pada umumnya ibu hamil di DI Yogyakarta melakukan 6-8 jenis (82,6%) pemeriksaan kehamilan, tertinggi di kabupaten Kulon Progo (89,5%), terendah di kabupaten Sleman.

**Tabel 3.3.4.8**  
**Persentase Cakupan Skor Pemeriksaan Kehamilan Layanan Neonatal Menurut Kabupaten**

Karakteristik	Skor Periksa Hamil	
	3-5 Jenis	6-8 Jenis
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	21,0	79,0
Perdesaan	12,5	87,5
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	19,6	80,4
Perempuan	16,3	83,7
<b>Kelompok umur (bulan)</b>		
0 – 5	24,2	75,8
6 – 11	7,5	92,5
12 – 23	10,0	90,0
48 – 59	15	100,0
<b>Pendidikan KK</b>		
Tidak sekolah	20,0	80,0
SD tidak tamat	15,0	85,0
SD tamat	9,3	90,7
SMP tamat	21,4	78,6
SLTA tamat	19,2	80,8
SLTA+	15,4	84,6
<b>Pekerjaan KK</b>		
Tidak bekerja	0,0	100,0
Ibu Rumah Tangga	33,3	66,7
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	23,8	76,2
Wiraswasta/ pegawai swasta	21,0	79,0
Petani/ buruh/ nelayan	13,8	86,3
Lainnya	0,0	100,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	25,7	74,3
Kuintil-2	10,8	89,2
Kuintil-3	9,5	90,5
Kuintil-4	29,7	70,3
Kuintil-5	14,8	85,2
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>18,0</b>	<b>82,0</b>

Pelayanan kesehatan untuk (6-8) jenis pemeriksaan kehamilan yang dilakukan ibu lebih tinggi di Desa (87,5%) dibandingkan dengan Kota dan hampir tidak variasi antar jenis kelamin, pendidikan. Pekerjaan ibu rumah tangga (66,7%) terendah melakukan (6-8) jenis pemeriksaan kehamilan, pada kuintil pengeluaran 4 (70,3%).

Secara umum, kesadaran ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya cukup tinggi (82,0%), ini ditunjukkan dengan banyaknya jenis pemeriksaan kehamilan (6-8 jenis) yang dilakukan ibu.

**Tabel 3.3.4.9**  
**Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten</b>	<b>Pemeriksaan Neonatus (Kn)</b>	
	<b>KN-1 (0-7 hari)</b>	<b>KN-2 (8-28 hari)</b>
Kulon Progo	69,2	69,2
Bantul	86,1	66,7
Gunung Kidul	73,5	63,6
Sleman	81,8	77,3
Kota Yogyakarta	88,5	57,7
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>81,8</b>	<b>66,9</b>

Pelayanan Neonatal diklasifikasikan dengan pemeriksaan neonatus selama 0-7 hari (KN-1) dan selama 8-28 hari (KN-2) setelah bayi lahir. Pada Tabel 67 terlihat pelayanan neonatal KN-1 (81,8%) lebih tinggi dari pada KN-2 (66,9%), Pemeriksaan KN-1 tertinggi di kota Yogyakarta (88,5%) dan terendah di Kabupaten Kulon Progo (69,2%). Pelayanan neonatal KN-2 tertinggi di Kabupaten Sleman (77,3%) dan terendah di Kota Yogyakarta (57,7%). Sebagian besar bayi lahir di Provinsi Yogyakarta dilakukan pemeriksaan pada KN1 (79,9%). Dinas Kesehatan Provinsi perlu melakukan penyuluhan pada ibu hamil untuk melakukan KN2 agar cakupan pelayanan neonatal KN2 meningkat.



**Tabel 3.3.4.10**  
**Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal Menurut Karakteristik responden**

Karakteristik	Pemeriksaan Neonatus (KN)	
	KN-1 (0-7 hari)	KN-2 (8-28 hari)
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	83,8	71,6
Perdesaan	75,7	60,9
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	80,8	56,1
Perempuan	83,0	77,0
<b>Kelompok umur (bulan)</b>		
0 – 5	81,0	58,1
6 – 11	80,0	70,0
12 – 23	70,0	90,0
48 – 59	100,0	100,0
<b>Pendidikan KK</b>		
Tidak sekolah	50,0	50,0
SD tidak tamat	68,4	80,0
SD tamat	86,4	70,5
SMP tamat	96,6	67,9
SLTA tamat	77,8	63,5
SLTA+	86,7	74,2
<b>Pekerjaan KK</b>		
Tidak bekerja	73,3	66,7
Ibu Rumah Tangga	100,0	66,7
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	90,5	52,6
Wiraswasta/ pegawai swasta	78,8	70,8
Petani/ buruh/ nelayan	79,5	69,5
Lainnya	85,7	100,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	91,4	57,1
Kuintil-2	78,9	63,2
Kuintil-3	80,4	69,6
Kuintil-4	73,7	75,0
Kuintil-5	86,7	63,3
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>81,8</b>	<b>65,9</b>

Pemeriksaan Neonatus KN-1 dan KN-2 di Kota lebih tinggi dari pada di Desa dan pada perempuan lebih tinggi dari pada laki-laki. Menurut umur, baik KN-1 maupun KN-2 tertinggi pada balita usia 48-59 bulan (100%). Pelayanan neonatal KN-1 tertinggi dengan pendidikan SMP tamat (96,6%), pekerjaan ibu rumah tangga (100%), pada kuintil 1 (91,4%). Pelayanan neonatal KN-2 tertinggi dengan pendidikan SD tidak tamat (80%) pekerjaan lainnya (100%) pada kuintil 4 (75%).

Sebagian besar ibu di provinsi DI Yogyakarta melakukan pemeriksaan bayi pada KN1 (81,8%), sedangkan ibu yang melakukan KN2 lebih rendah (65,9%). Hampir semua bayi dilahirkan dengan pertolongan tenaga kesehatan (dokter, bidan atau tenaga kesehatan lainnya).

### 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 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 prevalensi kasus malaria yang mendapat pengobatan dengan obat antimalaria program dalam 24 jam menderita sakit (O). Demikian pula diare dinilai prevalensi kasus diare yang mendapat pengobatan oralit (O).

#### 3.4.1. Prevalensi Malaria, Demam Berdarah Dengue dan Filariasis

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. Sedangkan kepada responden yang menyatakan “pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan” ditanyakan apakah mendapat pengobatan dengan obat program dalam 24 jam pertama menderita panas.

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.

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.

**Tabel 3.4.1.1**  
**Prevalensi Malaria dan Pemakaian obat program, Demam Berdarah Dengue, Filariasis menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten</b>	<b>Malaria</b>			<b>DBD</b>		<b>Filariasis**</b>	
	<b>DG</b>	<b>D</b>	<b>O</b>	<b>DG</b>	<b>D</b>	<b>DG</b>	<b>D</b>
Kulon Progo	0,18	0,00	0,00	0,27	0,09	0,00	0,00
Bantul	0,34	0,08	11,11	0,30	0,15	0,04	0,00
Gunung Kidul	0,40	0,15	12,50	0,64	0,25	0,00	0,00
Sleman	0,20	0,07	28,57	0,40	0,26	0,07	0,00
Kota Yogyakarta	0,30	0,00	60,00	0,67	0,52	0,00	0,00
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>0,29</b>	<b>0,07</b>	<b>22,58</b>	<b>0,44</b>	<b>0,25</b>	<b>0,03</b>	<b>0,00</b>

Catatan: \* dalam 1 bulan terakhir \*\* dalam 12 bulan terakhir

Sampai saat ini malaria, demam berdarah dengue (DBD), dan filariasis, merupakan penyakit tular vektor yang menjadi prioritas dalam program pengendalian penyakit menular, baik di Indonesia maupun di dunia. Prevalensi malaria klinis dalam sebulan terakhir di Provinsi DI Yogyakarta dijumpai sebesar 0,3%, dengan rentang 0,18 – 0,4%. Penyakit ini dapat bersifat akut dan kronis (kambuhan). Walaupun malaria di pulau 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. Di samping itu, beberapa daerah di Provinsi DI Yogyakarta masih merupakan daerah reseptif terhadap malaria, yang artinya di daerah tersebut masih memungkinkan terjadi penularan karena terdapat vektor potensial malaria. Prevalensi malaria yang relatif tinggi dijumpai di Kabupaten Gunung Kidul.

**Tabel 3.4.1.2**  
**Prevalensi Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria, DBD, Filariasis**  
**menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Malaria (%)			DBD (%)		Filariasis (%)	
	DG	D	O	DG	D	DG	D
<b>Kelompok Umur (tahun)</b>							
<1	0,00	0,00	0,00	0,3	0,3	0,00	0,00
1-4	0,00	0,00	0,00	0,5	0,4	1,8	0,00
5-14	0,50	0,13	12,50	0,8	0,7	0,00	0,00
15-24	0,33	0,07	50,00	0,6	0,4	0,00	0,00
25-34	0,27	0,14	0,00	0,2	0,0	0,00	0,00
35-44	0,44	0,00	37,50	0,4	0,1	0,00	0,00
45-54	0,23	0,08	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00
55-64	0,22	0,11	0,00	0,3	0,1	0,00	0,00
65-74	0,14	0,00	0,00	0,4	0,1	2,9	0,00
>75	0,00	0,00	0,00	0,7	0,2	0,00	0,00
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki-laki	0,32	0,06	18,75	0,5	0,3	0,4	0,00
Perempuan	0,27	0,08	21,43	0,3	0,2	0,2	0,00
<b>Pendidikan</b>							
Tidak Sekolah	0,20	0,00	0,00	0,2	0,1	2,0	0,00
Tidak Tamat SD	0,23	0,00	0,00	0,3	0,1	0,00	0,00
Tamat SD	0,31	0,05	33,33	0,5	0,4	0,00	0,00
Tamat SLTP	0,20	0,07	75,00	0,6	0,2	0,00	0,00
Tamat SLTA	0,26	0,09	0,00	0,4	0,2	0,00	0,00
Tamat PT	0,57	0,14	50,00	0,1	0,0	0,00	0,00
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	0,10	0,00	0,00	0,3	0,1	2,0	0,00
Sekolah	0,29	0,00	25,00	0,9	0,6	0,00	0,00
Ibu RT	0,31	0,10	66,67	0,0	0,0	0,00	0,00
Pegawai	0,29	0,10	0,00	0,1	0,1	0,00	0,00
Wiraswasta	0,37	0,07	50,00	0,4	0,1	0,00	0,00
Petani/nelayan/buruh	0,34	0,08	11,11	0,5	0,2	0,00	0,00
Lainnya	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
<b>Tipe Daerah</b>							
Perkotaan	0,29	0,06	27,78	0,5	0,3	0,5	0,00
Perdesaan	0,30	0,08	8,33	0,4	0,1	0,0	0,00
<b>Tingkat Pengeluaran/Kapita</b>							
Kuintil_1	0,20	0,00	40,00	0,4	0,3	1,0	0,00
Kuintil_2	0,34	0,00	14,29	0,4	0,2	0,5	0,00
Kuintil_3	0,44	0,10	11,11	0,5	0,3	0,0	0,00
Kuintil_4	0,29	0,20	33,33	0,5	0,4	0,0	0,00
Kuintil_5	0,25	0,05	20,00	0,4	0,2	0,0	0,00

Dalam Riskesdas ini, juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria klinis dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Tampak bahwa di tiga Kabupaten dengan prevalensi malaria relatif tinggi, persentase orang yang minum obat program masih di bawah 50%, kecuali Kota Yogyakarta persentase orang minum obat 60%. Kemungkinan hal ini disebabkan penderita malaria klinis hanya mendapatkan pengobatan simtomatik saja.

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, DBD klinis dapat dideteksi di semua Kabupaten/ Kota di Provinsi DI Yogyakarta, tertinggi ditemui di Kota Yogyakarta (0,7%) dan rentang prevalensi (0,27 – 0,7%). Hal ini tidak mengherankan karena penyebaran DBD kini tidak terbatas di kota besar saja, melainkan sudah meluas ke wilayah rural. 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 DI Yogyakarta filariasis klinis terdeteksi dengan prevalensi yang sangat rendah. Namun ada 2 Kabupaten yang prevalensinya antara 0,04-0,07 %, lebih tinggi dari prevalensi filariasis klinis di Provinsi DI Yogyakarta secara keseluruhan.

Karakteristik responden yang menderita penyakit tular vektor di atas berbeda-beda. Dalam Riskesdas 2007 ini, 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.

Tidak ada perbedaan mencolok pada jenis kelamin penderita filariasis, DBD dan malaria. Sangat menarik untuk melihat bahwa DBD dijumpai lebih banyak pada kelompok responden berpendidikan 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 masih sekolah. DBD juga lebih banyak dijumpai pada responden yang tinggal di wilayah perkotaan daripada di perdesaan.

Tingkat pendidikan tampaknya tidak berpengaruh terhadap prevalensi malaria, kemungkinan karena kasus-kasus yang ada merupakan kasus-kasus 'import'. Namun penyakit ditemukan tersebar merata pada kelompok semua kuintil (berdasarkan tingkat pengeluaran Rumah Tangga).

### **3.4.2. Prevalensi 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-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-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-gejala demam tinggi dengan mata merah dan penuh kotoran, serta ruam pada kulit terutama di leher dan dada.

**Tabel 3.4.2.1**  
**Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak berdasarkan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	DG	D	DG	D	DG	D	DG	D
Kulon Progo	28,3	9,4	1,4	0,4	1,7	0,6	0,5	0,5
Bantul	23,6	7,6	1,4	0,2	1,5	0,4	0,3	0,2
Gunung Kidul	22,0	8,8	2,7	0,8	1,9	0,4	1,2	0,7
Sleman	23,5	10,0	2,0	0,5	1,7	0,3	0,6	0,3
Kota Yogyakarta	15,2	3,5	1,0	0,3	0,6	0,2	0,6	0,3
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>22,6</b>	<b>8,2</b>	<b>1,8</b>	<b>0,4</b>	<b>1,6</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,4</b>

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) klinis tersebar di seluruh Provinsi DI Yogyakarta dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (15,2 – 28,3%). Angka prevalensi ISPA dalam sebulan terakhir di Provinsi DI Yogyakarta adalah 22,6%; prevalensi di atas 25% ditemukan di 1 Kabupaten, yaitu : Kabupaten KulonProgo.

Kasus ISPA yang berlarut-larut akan menjadi Pneumonia. Secara umum, di Provinsi DI Yogyakarta rasio prevalensi Pneumonia sebulan terakhir adalah 8% dari prevalensi ISPA, yaitu 1,8% (rentang 1,0 – 2,7%). Prevalensi Pneumonia klinis yang relatif tinggi dijumpai di Kabupaten Gunung Kidul. Umumnya daerah dengan prevalensi ISPA tinggi juga mempunyai prevalensi Pneumonia tinggi, tetapi kenaikan ini tidak mempunyai pola keteraturan. Kabupaten Gunung kidul dan Sleman mempunyai prevalensi pneumonia (2,7 dan 2,0%) di atas angka pneumonia Provinsi (1,8%), namun hanya kabupaten Sleman (23,5%) yang mempunyai prevalensi di atas angka ISPA Provinsi (22,6%).

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit. Di provinsi ini TB terdeteksi dengan prevalensi 1,6%, tersebar di hampir seluruh Kabupaten/Kota (rentang : 0,6% di Kota Yogyakarta – 1,8% di Kabupaten Gunung Kidul).

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan termasuk dalam program imunisasi nasional. Di Provinsi DI Yogyakarta, dalam 12 bulan terakhir penyakit ini masih terdeteksi dengan prevalensi 0,6% (rentang 0,3 – 1,2%). Ada 1 kabupaten prevalensinya di atas 1%, yaitu di Kabupaten Gunung Kidul.

**Tabel 3.4.2.2**  
**Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak berdasarkan**  
**Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kelompok umur (tahun)	ISPA		Pneumonia		TBC		Campak	
	DG	D	DG	D	DG	D	DG	D
<1	35,5	20,4	3,9	0,7	0,0	0,0	2,0	1,3
1-4	48,3	21,3	2,7	0,7	3,6	2,2	1,6	0,7
5-14	31,3	11,5	1,7	0,8	1,4	0,3	1,4	1,1
15-24	19,3	5,6	1,0	0,1	1,3	0,1	0,4	0,3
25-34	17,1	5,4	1,2	0,2	1,1	0,1	0,5	0,3
35-44	18,1	6,7	1,2	0,2	1,7	0,3	0,5	0,1
45-54	20,0	6,5	1,5	0,3	1,3	0,1	0,5	0,2
55-64	18,3	7,2	3,0	1,1	1,8	0,4	0,4	0,1
65-74	21,3	7,9	3,1	0,4	1,6	0,4	0,0	0,0
>75	20,0	7,3	3,9	0,7	3,2	0,7	0,5	0,2
<b>Jenis Kelamin</b>								
Laki-laki	22,6	7,9	1,9	0,4	1,7	0,4	0,7	0,4
Perempuan	22,7	8,5	1,8	0,5	1,5	0,3	0,6	0,4
<b>Pendidikan</b>								
Tidak Sekolah	22,6	8,9	3,5	0,8	2,4	0,6	0,5	0,2
Tidak Tamat SD	23,9	7,3	1,7	0,3	1,9	0,2	0,8	0,5
Tamat SD	21,3	6,5	2,2	0,6	1,8	0,3	0,6	0,4
Tamat SMP	18,9	6,9	1,2	0,3	1,1	0,2	0,3	0,3
Tamat SMA	15,9	5,0	0,8	0,1	1,1	0,1	0,4	0,2
Tamat PT	13,6	6,1	1,6	0,4	0,8	0,1	0,4	0,3
<b>Pekerjaan</b>								
Tidak Kerja	19,4	7,9	2,6	0,6	1,8	0,3	0,3	0,3
Sekolah	21,2	5,8	1,2	0,3	1,3	0,0	0,7	0,6
Ibu Rt	18,2	7,4	1,2	0,3	1,4	0,4	0,4	0,3
Pegawai	15,4	4,8	2,0	0,4	1,1	0,3	0,6	0,1
Wiraswasta	16,5	5,6	1,0	0,1	0,7	0,1	0,4	0,1
Petani/Nelayan/Buruh	22,2	7,1	2,2	0,5	2,0	0,3	0,5	0,2
Lainnya	16,2	6,6	0,0	0,0	2,5	0,0	1,7	1,7
<b>Tipe Daerah</b>								
Perkotaan	21,1	7,7	1,6	0,4	1,3	0,3	0,6	0,4
perdesaan	25,1	9,0	2,1	0,6	2,0	0,4	0,8	0,4
<b>Tingkat Pengeluaran/Kapita</b>								
Kuintil_1	28,2	10,6	2,3	0,5	1,9	0,4	0,9	0,5
Kuintil_2	21,7	6,6	1,5	0,2	1,6	0,5	0,7	0,5
Kuintil_3	22,0	8,2	1,6	0,6	1,4	0,4	0,3	0,2
Kuintil_4	21,2	8,9	2,0	0,7	1,3	0,3	0,7	0,4
Kuintil_5	20,9	7,1	1,7	0,3	1,6	0,3	0,8	0,5

Memperhatikan karakteristik umur responden, tampak bahwa ISPA merupakan penyakit yang terutama diderita oleh bayi dan anak (seperempat hingga sepertiga dari jumlah responden bayi dan anak menderita ISPA dalam sebulan terakhir). Pola sebaran Pneumonia menurut kelompok umur serupa dengan pola sebaran ISPA. Prevalensi Pneumonia yang relatif tinggi pada kelompok umur tua (65 tahun ke atas) dapat disebabkan fungsi paru yang menurun. Untuk TB, tampak adanya kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia. Sedangkan untuk campak, sebarannya relatif merata di semua umur, dengan fokus usia 15 tahun ke bawah, termasuk bayi.

Jenis kelamin tidak banyak mempengaruhi prevalensi ISPA, Pnemonia, TB dan Campak. Pada umumnya, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi prevalensi penyakit. Namun perlu diperhatikan, bahwa kelompok anak (yang berisiko ISPA dan Pnemonia) juga termasuk dalam kelompok 'tidak sekolah', tidak tamat SD' dan 'tamat SD'. Sehingga prevalensi ISPA dan Pnemonia yang tinggi pada kelompok berpendidikan rendah ini konsisten dengan tingginya prevalensi pada kelompok anak-anak.

Berdasarkan wilayah tempat tinggal, daerah perdesaan secara konsisten menunjukkan prevalensi penyakit yang relatif lebih tinggi dari daerah perkotaan. Demikian juga 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.

### **3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare**

Prevalensi 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-gejala tifoid, seperti demam sore/malam hari kurang dari satu minggu, sakit kepala, lidah kotor dan tidak bisa buang air besar.

Pada Riskesdas kasus yang dideteksi adalah semua kasus hepatitis klinis tanpa mempertimbangkan penyebabnya. Prevalensi hepatitis diperoleh 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.

Prevalensi 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.



**Tabel 3.4.3.1**  
**Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	DG	D	DG	D	DG	D	O
Kulon Progo	1,1	0,8	0,1	0,1	4,6	2,5	35,3
Bantul	0,8	0,6	0,2	0,0	3,5	1,5	36,3
Gunung Kidul	0,8	0,6	0,2	0,0	5,2	3,6	46,2
Sleman	0,6	0,4	0,1	0,1	3,5	2,4	39,8
Kota Yogyakarta	0,5	0,4	0,4	0,1	5,2	3,5	38,6
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>0,8</b>	<b>0,5</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>4,2</b>	<b>2,6</b>	<b>39,9</b>

Tifoid, hepatitis dan diare adalah penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui makanan dan minuman. Dalam 12 bulan terakhir, tifoid klinis dapat dideteksi di Provinsi DI Yogyakarta dengan prevalensi 0,8%, dan tersebar di seluruh kabupaten/kota dengan rentang 0,5 – 1,1%. Prevalensi tifoid tertinggi dilaporkan dari Kabupaten Kulon Progo. Sedangkan untuk hepatitis, penyakit ini tidak teridentifikasi secara merata di semua kabupaten/kota. Prevalensi hepatitis tertinggi ditemukan di Kota Yogyakarta sebesar 0,4%.

Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi DI Yogyakarta merata di seluruh kabupaten/kota. Prevalensi di provinsi ini sebesar 4,2%, tertinggi ditemukan di Kabupaten Gunung Kidul. Demikian pula dengan pemakaian oralit besarnya sejalan dengan tingginya prevalensi diare di semua kabupaten/kota.

**Tabel 3.4.3.2**  
**Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Karakteristik**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	DG	D	DG	D	DG	D	O
<1	0,0	0,0	0,0	0,0	9,8	7,2	50,0
1-4	1,4	1,1	0,0	0,0	5,6	4,0	54,8
5-14	1,1	0,9	0,2	0,0	3,3	2,1	58,5
15-24	1,0	0,7	0,3	0,1	3,6	1,8	25,5
25-34	0,5	0,3	0,2	0,1	3,4	2,1	42,0
35-44	0,4	0,4	0,2	0,1	4,3	2,5	39,1
45-54	0,6	0,4	0,1	0,0	4,2	2,6	40,0
55-64	0,8	0,6	0,1	0,1	5,1	3,2	28,3
65-74	0,7	0,4	0,1	0,1	5,3	2,9	37,8
>75	0,2	0,0	0,0	0,0	4,1	3,4	29,4
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki-laki	0,8	0,5	0,2	0,1	4,4	2,5	43,5
Perempuan	0,7	0,6	0,2	0,1	4,0	2,6	36,4
<b>Pendidikan</b>							
Tidak Sekolah	1,0	0,8	0,2	0,0	5,0	3,7	39,6
Tidak Tamat SD	0,7	0,5	0,1	0,1	4,3	2,1	44,6
Tamat SD	0,8	0,5	0,3	0,1	4,3	2,2	30,1
Tamat SLTP	0,6	0,5	0,2	0,1	3,0	2,2	40,9
Tamat SLTA	0,3	0,1	0,2	0,1	3,7	2,1	29,4
Tamat PT	0,7	0,6	0,3	0,1	4,1	3,0	34,5
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	0,7	0,2	0,2	0,0	4,8	3,0	25,0
Sekolah	0,5	0,4	0,4	0,1	2,9	1,4	32,5
Ibu RT	0,5	0,4	0,1	0,1	4,9	3,9	45,8
Pegawai	0,5	0,3	0,2	0,1	3,6	2,0	32,4
Swasta	0,2	0,1	0,1	0,0	3,4	2,0	36,2
Petani/nelayan/bu	1,1	0,7	0,2	0,1	4,1	2,3	36,4
Lainnya	0,0	0,0	0,0	0,0	6,2	5,0	40,0
<b>Tipe Desa</b>							
Perkotaan	0,6	0,4	0,2	0,1	3,9	2,4	39,4
Perdesaan	1,0	0,7	0,2	0,1	4,7	2,8	40,9
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>							
Kuintil_1	1,1	0,6	0,1	0,1	3,6	2,1	44,4
Kuintil_2	0,7	0,7	0,3	0,0	4,4	2,7	37,1
Kuintil_3	0,5	0,5	0,1	0,1	4,4	2,6	41,9
Kuintil_4	0,9	0,5	0,3	0,2	4,0	2,7	42,0
Kuintil_5	0,7	0,4	0,2	0,1	4,3	2,5	36,9

Tifoid, hepatitis dan diare ditemukan pada semua kelompok umur. 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 sekolah' mungkin dipengaruhi juga oleh kenyataan bahwa kelompok ini sebagian terdiri dari anak-anak.

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 (7,8%). Dari sudut tempat tinggal, tifoid dan diare terutama dijumpai di daerah perdesaan, sedangkan untuk hepatitis tidak terlihat perbedaan antara perkotaan dan perdesaan. Hal ini konsisten dengan temuan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tifoid dan diare cenderung lebih tinggi pada Rumah Tangga dengan status ekonomi rendah, sedangkan hepatitis tersebar di semua strata status ekonomi masyarakat.

### **3.5. Penyakit Tidak Menular**

#### **3.5.1. Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan**

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 tenaga kesehatan dan kasus yang mempunyai riwayat gejala PTM (dinotasikan sebagai DG pada Tabel). Cakupan atau jangkauan pelayanan tenaga kesehatan terhadap kasus PTM di masyarakat dihitung dari persentase setiap kasus PTM yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan dibagi dengan persentase masing-masing kasus PTM yang ditemukan, baik berdasarkan diagnosis maupun gejala (D dibagi DG).

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. Hipertensi berdasarkan hasil pengukuran/pemeriksaan tekanan darah/tensi, ditetapkan menggunakan alat pengukur tensimeter digital. Tensimeter digital divalidasi dengan menggunakan standar baku pengukuran tekanan darah (sfigmomanometer air raksa manual). Pengukuran tensi dilakukan pada responden umur 15 tahun ke atas. Setiap responden diukur tensinya 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 tensi. Kriteria hipertensi yang digunakan

pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  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 tenaga kesehatan atau riwayat meminum obat anti-hipertensi. Dalam penulisan Tabel, kasus hipertensi berdasarkan hasil pengukuran diberi inisial U, kasus hipertensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan diberi inisial D, dan gabungan kasus hipertensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dengan kasus hipertensi berdasarkan riwayat minum obat hipertensi diberi istilah diagnosis/minum obat dengan inisial DO.

**Tabel 3.5.1.1**  
**Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke Menurut**  
**Kabupaten/Kota**  
**Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Kulon Progo	9,2	24,5	7,5	7,8	33,0	8,2	10,6
Bantul	5,4	28,1	6,1	6,2	23,9	5,0	6,0
Gunung Kidul	20,8	39,7	11,8	12,2	34,8	8,2	9,4
Sleman	5,9	24,2	7,8	8,1	27,2	5,0	8,5
Kota Yogyakarta	7,4	14,7	9,1	9,1	25,6	8,8	8,6
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>9,3</b>	<b>27,1</b>	<b>8,3</b>	<b>8,6</b>	<b>28,4</b>	<b>6,4</b>	<b>8,3</b>

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes    O = Minum obat  
 G = Dengan gejala                    U = Hasil Pengukuran  
 D/G= Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala  
 \*) Penyakit Persendian dan stroke dinilai pada penduduk umur > 15 tahun, dan >18 tahun untuk hipertensi,

Sebagian besar kasus PTM pada Riskesdas 2007, ditetapkan berdasarkan jawaban responden “pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan” atau “mengalami gejala PTM”. Pengukuran/pemeriksaan fisik hanya dilakukan pada penetapan kasus hipertensi yaitu melalui pengukuran tekanan darah. Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg.

Tabel 3.5.1.1 menunjukkan, 27,1% penduduk provinsi DI Yogyakarta mengalami gangguan persendian, dan angka ini lebih tinggi dari prevalensi Nasional yaitu 22,6%. Sementara prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 9,3%, agak berbeda dengan angka Nasional yaitu 15,02%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi penyakit persendian di DI Yogyakarta berkisar antara 14,7% - 39,7%, dan prevalensi di Gunung Kidul ditemukan lebih tinggi dibandingkan Kabupaten/Kota lainnya, sebaliknya Kota Yogyakarta mempunyai prevalensi paling rendah. Sementara prevalensi penyakit persendian yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan berkisar antara 5,4 – 20,8%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Gunung Kidul, sebaliknya prevalensi terendah di Bantul.

Pada Tabel di atas juga dapat dilihat bahwa prevalensi hipertensi di DI Yogyakarta berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 28,4%, dan hanya berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 8,3%, sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 8,6%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan tekanan darah berkisar antara 23,9% - 34,8%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Gunung Kidul, sedangkan terendah di Bantul. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 6,2% - 12,2%. Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di DI Yogyakarta, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Gunung Kidul. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di Gunung Kidul maupun di wilayah lainnya di DI Yogyakarta belum ditanggulangi dengan baik.

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di DI Yogyakarta adalah 8,3 per 1000 penduduk. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi stroke berkisar antara 6 ‰ -10,6 ‰, dan Kulon Progo mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya, baik berdasarkan diagnosis maupun gejala.

Menurut karakteristik responden DI Yogyakarta, 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 dan hipertensi lebih tinggi pada wanita baik berdasarkan diagnosis maupun gejala. 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. Berdasarkan status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita, prevalensi penyakit sendi dan hipertensi di DI Yogyakarta nampak cenderung lebih tinggi pada kuintil 2. Sedangkan untuk stroke, prevalensi cenderung tinggi pada kuintil 3.

**Tabel 3.5.1.2**  
**Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut**  
**Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke(‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
15-24	1,5	7,3	1,1	1,1	10,8	0,0	0,0
25-34	3,2	13,4	2,3	2,3	13,5	7,0	7,0
35-44	7,9	25,0	6,4	6,6	22,7	1,9	3,8
45-54	10,7	33,8	10,3	10,4	34,7	10,8	10,8
55-64	18,0	43,1	15,6	16,1	48,3	15,5	17,9
65-74	22,0	52,4	18,7	19,8	54,3	21,6	0,0
75+	20,9	56,9	24,1	25,4	61,8	21,9	29,4
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki-Laki	8,0	25,9	5,9	6,0	26,3	7,7	8,8
Perempuan	10,6	28,2	10,6	10,9	30,3	6,6	7,9
<b>Pendidikan</b>							
Tidak Sekolah	20,8	49,2	16,9	17,4	46,3	14,7	16,9
Tidak Tamat SD	13,2	40,2	12,4	12,6	37,8	10,9	12,0
Tamat SD	11,5	31,8	10,1	10,6	32,0	9,8	12,4
Tamat SMP	8,0	23,1	6,5	6,8	22,3	4,1	5,5
Tamat SMA	4,4	16,3	4,1	4,2	19,9	4,4	4,4
Tamat PT	2,8	12,9	5,0	5,0	23,9	4,3	4,3
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	13,0	35,3	14,5	15,1	41,6	20,1	23,4
Sekolah	0,4	4,7	1,2	1,2	9,2	0,0	0,0
Ibu RT	11,1	26,8	12,2	12,6	31,5	12,2	13,3
Pegawai	4,2	14,0	4,8	4,8	21,3	2,9	3,0
Wiraswasta	7,4	24,1	9,0	9,1	28,3	5,2	5,2
Petani/nelayan/buruh	12,9	36,6	7,4	7,6	30,1	3,1	5,4
Lainnya	9,6	35,7	14,5	12,2	34,6	29,5	29,7
<b>Tipe daerah</b>							
Kota	6,5	23,1	7,4	7,6	0,6	6,1	7,6
Desa	13,7	33,1	9,8	10,1	0,9	8,6	9,6
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil 1	10,5	30,6	7,4	29,7	0,7	4,9	8,4
Kuintil 2	10,7	31,6	8,6	32,0	0,8	4,0	4,6
Kuintil 3	10,3	27,1	9,9	29,7	0,3	7,6	8,3
Kuintil 4	9,0	25,6	9,2	26,8	0,7	10,6	11,3
Kuintil 5	6,6	22,2	8,2	24,8	1,0	8,2	8,2

**Tabel 3.5.1.3**  
**Prevalensi Penyakit Asma\*, Jantung\*, Diabetes\* Dan Tumor\*\***  
**Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Kulon Progo	1,6	2,6	1,4	6,6	1,4	1,5	7,2
Bantul	1,7	3,3	0,9	6,0	0,9	1,2	5,6
Gunung Kidul	2,8	5,1	0,6	11,6	0,5	1,4	11,9
Sleman	1,4	3,0	1,1	6,3	0,8	1,3	11,8
Kota Yogyakarta	1,9	2,9	1,8	5,9	2,6	3,3	10,5
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>1,8</b>	<b>3,5</b>	<b>1,1</b>	<b>7,3</b>	<b>1,1</b>	<b>1,6</b>	<b>9,5</b>

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes

G = Dengan gejala

D/G= Di diagnosis oleh nakes atau degan gejala

\*) Peny, Asma, jantung, diabetes ditetapkan menurut jawaban pernah didiagnosis Menderita penyakit atau mengalami gejala

\*\*) Penyakit tumor ditetapkan menurut jawaban pernah didiagnosis menderita tumor/kanker,

Data pada tabel 3.5.1.3 menunjukkan bahwa prevalensi penyakit asma di provinsi DI Yogyakarta sebesar 3,5% (kisaran: 2,6 – 5,1%), tertinggi di gunung Kidul diikuti Bantul, dan Sleman serta terdapat di semua kabupaten/kota. Prevalensi penyakit jantung 7,3% ( kisaran 5,9 – 11,6%), tertinggi di Gunung Kidul diikuti kota Kulon Progo dan terdapat di semua kabupaten/kota. Prevalensi penyakit diabetes sebesar 1,6% (kisaran 1,2 – 3,3%), tertinggi di kota Yogyakarta dan terdapat di semua kabupaten/kota. Prevalensi penyakit tumor/kanker sebesar 9,5‰ ( kisaran 5,6 – 11,9‰), tertinggi di Kabupaten Gunung Kidul dan Sleman dan terdapat hampir di semua kabupaten/kota. Prevalensi penyakit yang didapat belum mencerminkan prevalensi yang sebenarnya yang mungkin lebih tinggi karena adanya keterbatasan kuesioner tanpa adanya pemeriksaan. Kemungkinan responden yang belum didiagnosa oleh tenaga kesehatan juga tidak merasakan gejala penyakit.

**Tabel 3.5.1.4**  
**Prevalensi Penyakit Asma\*, Jantung\*, Diabetes\*, dan Tumor Berdasarkan**  
**Diagnosis Nakes atau Gejala Menurut Karakteristik Responden**  
**Di Provinsi di DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (%)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
<1	0,4	2,2	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
1-4	1,9	3,7	0,0	0,9	0,0	0,0	1,8
5-14	1,4	2,1	0,3	2,4	0,1	0,3	6,0
15-24	1,4	2,3	0,3	5,9	0,1	0,4	5,3
25-34	1,3	2,5	,6	6,2	0,3	0,7	11,7
35-44	2,0	3,3	0,7	8,6	1,0	1,3	13,2
45-54	1,4	3,1	2,4	9,8	2,2	3,4	20,9
55-64	2,3	4,5	2,2	11,0	3,2	4,4	14,4
65-74	3,6	6,6	2,6	12,2	2,1	3,3	12,9
75+	5,1	10,9	2,9	15,8	2,7	3,4	2,4
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki-Laki	1,8	3,5	0,9	6,4	1,0	1,5	6,3
Perempuan	1,9	3,4	1,3	8,1	1,2	1,7	12,8
<b>Pendidikan</b>							
Tidak Sekolah	2,9	6,2	1,4	11,9	0,9	1,7	12,2
Tidak Tamat SD	2,3	4,2	1,3	9,0	0,5	1,1	12,8
Tamat SD	2,1	4,1	1,2	9,7	1,2	1,9	6,8
Tamat SMP	1,1	2,9	1,3	8,2	1,2	1,8	8,2
Tamat SMA	1,6	2,3	0,9	6,5	1,4	2,0	13,2
Tamat PT	2,1	3,1	1,6	4,6	2,7	3,1	19,9
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	2,1	3,1	1,6	4,6	2,7	3,1	5,9
Sekolah	2,5	5,2	1,5	10,1	1,4	2,3	2,1
Ibu RT	1,2	2,5	0,1	4,3	0,1	0,4	21,4
Pegawai	2,0	3,3	1,8	10,5	2,4	<b>3,2</b>	12,7
Wiraswasta	1,9	2,9	1,6	5,8	1,8	2,0	10,3
Petani/nelayan/buruh	1,4	2,8	1,3	6,7	1,5	2,0	13,2
Lainnya	2,3	4,5	1,1	10,5	0,5	1,4	20,7
<b>Tipe daerah</b>							
Kota	1,7	3,2	1,2	5,7	1,3	1,8	10,4
Desa	2,0	3,9	0,9	9,6	0,7	1,4	8,5
<b>Tingkat pengeluaran per</b>							
Kuintil 1	2,2	5,0	1,1	10,1	,8	1,4	7,5
Kuintil 2	1,5	3,3	1,1	8,9	1,0	1,8	11,3
Kuintil 3	1,4	3,2	0,7	9,1	1,2	1,8	7,9
Kuintil 4	2,2	3,2	2,2	8,2	1,9	2,5	11,3
Kuintil 5	<b>2,7</b>	4,0	1,4	7,6	1,9	2,4	10,7

\*\*Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes

G = Dengan gejala

D/G= Di diagnosis oleh nakes atau degan gejala

\*) Penyakit Asma, jantung, diabetes ditetapkan menurut jawaban pernah didiagnosis menderita penyakit atau mengalami gejala

\*\*\*) Penyakit tumor ditetapkan menurut jawaban pernah didiagnosis menderita tumor/kanker,



Penyakit asma dan jantung terdapat di semua kelompok umur, semakin meningkat usia, prevalensi semakin meningkat. Diabetes mulai terdapat pada usia 5 tahun keatas dan prevalensi meningkat sesuai dengan meningkatnya usia dan prevalensi tertinggi pada usia 55-64 tahun. Tumor mulai terdapat pada usia 1 tahun keatas, cenderung meningkat sesuai usia, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 45 - 54 tahun.

Prevalensi penyakit asma pada laki-laki hampir sama jika dibandingkan dengan perempuan, sedangkan prevalensi penyakit jantung, diabetes dan tumor cenderung pada perempuan lebih tinggi dari laki-laki.

Prevalensi penyakit asma dan jantung tinggi pada yang tidak sekolah. Prevalensi penyakit diabetes dan tumor juga tinggi pada yang tamat perguruan tinggi. Tingginya penyakit asma dan jantung pada yang tidak sekolah, kiranya perlu dilakukan penyuluhan pada kelompok yang tidak sekolah untuk mencegah terjadinya penyakit tersebut maupun memperlambat komplikasi.

Prevalensi asma pada kelompok yang sekolah, jantung paling tinggi pada kelompok pegawai dan lainnya, diabetes dan tumor paling tinggi pada kelompok pegawai, diikuti kelompok tidak bekerja.

Prevalensi asma dan jantung lebih tinggi pada daerah Desa. Prevalensi diabetes cenderung lebih tinggi di Kota, sedangkan prevalensi penyakit tumor hampir sama antara Kota dan Desa.

Penyakit asma dan jantung tertinggi di kelompok tingkat pengeluaran per kapita pada kuintil 1 (5,0% dan 10,1%), sedangkan diabetes di kuintil 4 (2,5%) dan tumor di kuintil 2 (11,3%).

**Tabel 3.5.1.5**  
**Prevalensi Penyakit Keturunan\* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofilia)**  
**Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Ji wa	Buta warna	Glau koma	Sum bing	Derma titis	Rhi nitis	Tala semi	He mofili
Kulon Progo	9,0	10,9	9,0	9,0	91,9	26,4	0,0	0,0
Bantul	2,3	6,4	7,2	0,0	56,6	23,0	0,0	0,0
Gunung Kidul	4,6	3,6	5,0	5,0	86,6	21,5	5,0	5,0
Sleman	5,0	6,1	2,7	4,0	52,9	53,9	7,0	7,0
Kota Yogyakarta	5,4	7,6	6,1	2,3	115,4	81,9	3,8	2,3
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>3,8</b>	<b>6,4</b>	<b>3,7</b>	<b>1,7</b>	<b>73,0</b>	<b>40,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,0</b>

\*) Penyakit keturunan ditetapkan menurut jawaban pernah mengalami salah satu dari riwayat penyakit gangguan jiwa berat (skizofrenia), buta warna, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis, rhinitis, talasemi, atau hemofili

Prevalensi gangguan jiwa berat di provinsi DI Yogyakarta 3,8‰ (kisaran 9,0-5,4‰), tertinggi di Gunung Kidul, Sleman dan Kota Yogyakarta dan terdapat hampir di semua kabupaten/kota. Prevalensi buta warna 6,4‰ (kisaran 6,1 -10,9‰), tertinggi di Kulon Progo, diikuti Kota Yogyakarta, Bantul dan Sleman. Prevalensi talasemia 8,0‰ dan bibir sumbing 1,7‰. Prevalensi sangat kecil di semua kabupaten/kota. Prevalensi glaukoma 3,7‰ (kisaran 2,7 – 9,0‰), tertinggi di Bantul, diikuti kota Yogyakarta. Prevalensi dermatitis 73,0‰ (kisaran 52,9 - 115,4‰), tertinggi di kota Yogyakarta diikuti dengan Kabupaten Kulon Progo. Prevalensi rhinitis 40,0‰ (kisaran 21,5 - 81,9‰), tertinggi di Kota Yogyakarta diikuti dengan

Sleman. Prevalensi hemofili 6,0‰, tertinggi di Kulon Progo diikuti dengan kota Yogyakarta, terdapat di semua kabupaten/kota. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut kenapa angka prevalensi buta warna dan hemofili hampir bersamaan antara kabupaten/kota yang ada di provinsi DI Yogyakarta

### 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  $\geq 15$  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 ( $\pm 30$  hari) dan tidak dirancang untuk diagnostik gangguan jiwa secara spesifik. Dalam Riskesdas 2007 pertanyaan dibacakan petugas wawancara kepada seluruh responden.

Tabel di bawah ini menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur  $\geq 15$  tahun. Individu dinyatakan mengalami gangguan mental emosional apabila menjawab minimal 6 jawaban “Ya” kuesioner SRQ.

**Tabel 0.5.2.1**  
**Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan Self Reporting Questionnaire-20)\* Menurut Kabupaten/Kota, Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007.**

Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional (%)
Kulon Progo	6,6
Gunung Kidul	7,9
Sleman	12,0
Bantul	9,9
Kota Yogyakarta	11,3
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>9,6</b>

\*Nilai Batas Pisah (Cut off point) 5/6

Dari Tabel 3.5.2.1 di atas terlihat prevalensi Gangguan Mental Emosional di provinsi DI YOGYAKARTA lebih rendah dibandingkan prevalensi nasional (9,6%). Di antara kabupaten/kota, prevalensi tertinggi di Kabupaten Sleman (12,0%).

**Tabel 0.5.2.2**  
**Prevalensi Gangguan Mental Dan Emosional Pada Penduduk Berumur 15**  
**Tahun Ke Atas (berdasarkan Self Reporting Questionnaire-20)\* menurut**  
**Karakteristik Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Gangguan Mental Emosional (%)</b>
<b>Umur (tahun)</b>	
15-24	8,9
25-34	9,4
35-44	7,6
45-54	7,7
55-64	9,1
65-74	12,2
75+	24,1
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki-Laki	7,2
Perempuan	11,9
<b>Pendidikan</b>	
Tidak Sekolah	15,7
Tidak Tamat SD	10,0
Tamat SD	11,0
Tamat SMP	8,7
Tamat SMA	7,1
Tamat PT	8,2
<b>Pekerjaan</b>	
Tidak kerja	14,7
Sekolah	9,4
Ibu RT	11,7
Pegawai	7,6
Wiraswasta	6,8
Petani/nelayan/buruh	9,3
Lainnya	10,9
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	9,7
Perdesaan	9,5
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>	
Kuintil 1	12,0
Kuintil 2	9,7
Kuintil 3	10,0
Kuintil 4	7,7
Kuintil 5	9,1

\*Nilai Batas Pisah (*Cut off point*) 5/6

Dari Tabel 3.5.2.2. terlihat prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan penambahan umur. Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional antara lain perempuan, pendidikan rendah, tidak bekerja, tinggal di kota dan tingkat pengeluaran perkapita rumah tangga rendah.

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 jiwa nya

### 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. Prevalensi katarak dihitung berdasarkan jawaban responden berusia 30 tahun ke atas sesuai empat butir pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner individu. Notasi D pada Tabel 3.5.3.1 dan 3.5.3.4 adalah prevalensi responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir, sedangkan DG adalah prevalensi D ditambah prevalensi responden yang mempunyai gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau), tetapi tidak pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevalensi 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.

**Tabel 3.5.3.1**  
**Prevalensi Penduduk Umur 6 Tahun ke Atas Menurut *Low Vision*, Kebutuhan (Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	<i>Low Vision</i> *	Kebutaan**
Kulon Progo	8.8	1.1
Bantul	5.1	0.9
Gunung Kidul	11.7	1.6
Sleman	3.6	0.7
Kota Yogyakarta	4.8	0.3
<b>Provinsi</b>	<b>6.3</b>	<b>0.9</b>

CATATAN: \*) Kisaran visus:  $3/60 \leq X < 6/18$  (20/60)

\*\*) Kisaran visus  $< 3/60$

Prevalensi *low vision* di Provinsi DI Yogyakarta berkisar antara 3,6 (Sleman) sampai 11,7 (Gunung Kidul), sedangkan prevalensi kebutaan berkisar 0,3 (Kota Yogyakarta) sampai 1,1

(Kulon Progo). Prevalensi kebutaan tingkat provinsi sebesar 0,9, dan terdapat 2 kabupaten yang menunjukkan prevalensi lebih tinggi dibanding prevalensi tingkat provinsi. Diperlukan kajian lebih lanjut untuk mengidentifikasi penyebab *low vision* dan kebutaan sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan kebijakan di tingkat kabupaten. Mempertimbangkan bahwa keadaan *low vision* dan kebutaan akan mengakibatkan seseorang kehilangan kemandirian untuk menjalankan aktivitas sehari-hari, maka penanganan khusus untuk memberikan koreksi penglihatan maksimal bagi penderita *low vision* dan kebutaan dengan penyebab yang dapat diperbaiki, tampaknya cukup esensial guna mengembalikan kemampuan penderita dalam upaya memenuhi kebutuhan hidup pribadi dan keluarganya.

**Tabel 3.5.3.2**  
**Prevalensi Penduduk Umur 6 ke Atas Menurut *Low Vision*, Kebutaan**  
**(Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan**  
**Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b><i>Low Vision</i> *</b>	<b>Kebutaan**</b>
<b>Kelompok Umur (Tahun)</b>		
5 – 14	0.1	
15 – 24	0.9	0.1
25 – 34	1.6	0.2
35 – 44	1.6	0.3
45 – 54	3.8	0.1
55 – 64	13.1	0.8
65 – 74	25.9	3.4
75+	44.4	11.0
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-Laki	5.4	0.6
Perempuan	7.1	1.2
<b>Pendidikan</b>		
≤ 6 Tahun	15.8	2.4
7-12 Tahun	4.4	0.5
>12 Tahun	3.2	0.7
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	17.5	4.2
Sekolah	0.4	
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	4.6	0.7
Wiraswasta	3.2	0.3
Petani/ Nelayan/ Buruh	5.6	0.5
Lainnya	8.7	0.8
<b>Tipe daerah</b>		
Kota	4.2	0.8
Desa	9.5	1.0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	7.0	1.5
Kuintil-2	8.2	1.1
Kuintil-3	7.1	1.0
Kuintil-4	7.1	1.0
Kuintil-5	5.5	0.9

CATATAN: \*) Kisaran visus:  $3/60 \leq X < 6/18$  (20/60)

\*\*) Kisaran visus  $< 3/60$

Tabel 3.5.3.2 menunjukkan bahwa prevalensi *low vision* makin meningkat sesuai pertambahan usia dan meningkat tajam pada kisaran usia 45 tahun keatas, sedangkan prevalensi kebutaan meningkat tajam pada golongan usia 55 tahun keatas. Beberapa penelitian tentang *low vision* dan kebutaan di negara tetangga melaporkan bahwa katarak senilis (proses degeneratif) merupakan penyebab tersering yang ditemukan pada penduduk golongan umur 50 tahun keatas. Katarak adalah salah satu penyebab gangguan visus yang dapat dikoreksi dengan operasi, sehingga besar harapan bagi penderita *low vision* dan kebutaan akibat katarak untuk dapat melihat kembali pasca operasi dan koreksi. Perlu disusun kebijakan oleh pihak berwenang dalam upaya rehabilitasi *low vision* dan kebutaan akibat katarak, sehingga kebergantungan penderita dapat dihilangkan.

Dalam Tabel yang sama tampak pula bahwa prevalensi *low vision* dan kebutaan pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki, dan mungkin berkaitan dengan prevalensi penduduk perempuan golongan usia 55 tahun keatas yang lebih besar dibanding laki-laki.

Prevalensi *low vision* dan kebutaan pada penduduk berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi prevalensinya, sementara itu sebaran terbesar juga berada pada kelompok penduduk yang tidak bekerja. Kenyataan bahwa prevalensi penduduk yang kehilangan kemandirian akibat *low vision* dan kebutaan pada umumnya juga mempunyai keterbatasan pendidikan dan pekerjaan/penghasilan, menyebabkan kekhawatiran akan timbulnya kebergantungan mereka kepada orang lain, baik secara fisik maupun finansial, yang makin memperberat beban keluarga, sehingga membutuhkan perhatian dan penanganan khusus dari pihak pemerintah dan sektor terkait lainnya.

Prevalensi *low vision* dan kebutaan sedikit lebih tinggi di daerah Desa dibanding Kota, tetapi terdistribusi hampir merata di semua kuintil. Hal ini menunjukkan bahwa prevalensi *low vision* dan kebutaan tampaknya tidak berkaitan dengan rural atau urban dan tidak terfokus pada kelompok kuintil rendah. Fakta ini tidak sesuai dengan penelitian di beberapa negara lain, seperti Pakistan,<sup>6</sup> yang melaporkan bahwa prevalensi *low vision* dan kebutaan lebih besar di daerah rural dan pada kelompok masyarakat golongan sosial-ekonomi yang rendah.

**Tabel 3.5.3.3**  
**Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak**  
**Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten</b>	<b>D* (%)</b>	<b>DG*(%)</b>
Kulon Progo	1.1	8.6
Bantul	1.4	7.2
Gunung Kidul	0.6	16.9
Sleman	0.8	9.0
Kota Yogyakarta	3.1	8.2
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>1.2</b>	<b>10.2</b>

\*) D = prevalensi responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir.

\*\*) DG = prevalensi responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan atau mempunyai gejala penglihatan berkabut dan silau dalam 12 bulan terakhir.

Secara keseluruhan, Tabel 3.5.3.3 memperlihatkan bahwa prevalensi penduduk usia 30 tahun keatas yang pernah didiagnosis katarak dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) dalam 12 bulan terakhir hanya sekitar 1:8 di tingkat provinsi, setara dengan rasio tingkat nasional. Fakta ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh nakes di hampir semua kabupaten di wilayah DI Yogyakarta, kecuali di Kota Yogyakarta yang mempunyai rasio sekitar 1:2, yang dapat berarti bahwa prevalensi katarak di kabupaten ini memang rendah. Prevalensi diagnosis oleh nakes terendah ditemukan di Gunung Kidul (0,6%) dan yang tertinggi adalah di Kota Yogyakarta (3,1%). Meskipun demikian, prevalensi katarak yang didiagnosis di Provinsi DI Yogyakarta lebih rendah dibandingkan prevalensi tingkat nasional (1,8%).

**Tabel 3.5.3.4**  
**Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas Dengan Katarak Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	D*	DG*
<b>Kelompok Umur (Tahun)</b>		
30 – 34	0.5	2.6
35 – 44	0.3	3.9
45 – 54	0.5	6.6
55 – 64	1.3	11.6
65 – 74	3.2	22.3
75+	4.9	35.8
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-Laki	1.2	8.8
Perempuan	1.2	11.4
<b>Lama Pendidikan</b>		
≤ 6 Tahun	1.4	14.7
7-12 Tahun	0.6	5.1
>12 Tahun	2.3	4.3
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	2.9	21.2
Sekolah		
Mengurus RT	1.1	7.7
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	1.4	5.0
Wiraswasta	1.0	6.5
Petani/ Nelayan/ Buruh	0.5	10.6
Lainnya	4.3	16.0
<b>Klasifikasi Desa</b>		
Kota	1.6	8.2
Desa	0.7	12.8
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	1.4	11.5
Kuintil-2	0.9	11.8
Kuintil-3	1.3	10.2
Kuintil-4	1.0	9.0
Kuintil-5	1.6	8.6

\*) D = prevalensi responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir.

\*\*) DG = prevalensi responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan atau mempunyai gejala penglihatan berkabut dan silau dalam 12 bulan terakhir.

Tabel 3.5.3.4. menunjukkan bahwa prevalensi diagnosis katarak oleh nakes meningkat sesuai penambahan usia, prevalensi laki-laki dan perempuan sama (1,2%) dan lebih besar di daerah Kota (1,6%). Seperti halnya *low vision* dan kebutaan, prevalensi diagnosis katarak oleh nakes lebih besar pada penduduk dengan latar pendidikan 12 tahun atau lebih dan pada kelompok penduduk lainnya (diluar yang telah disebutkan dari 1 - 6. 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). Prevalensi 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 prevalensi 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. Prevalensi diagnosis katarak oleh nakes juga tersebar merata pada 5 kuintil yang dikelompokkan berdasarkan pengeluaran per kapita per bulan dalam rumah tangga, tetapi tampak bahwa prevalensi katarak terendah ditemukan pada kuintil tertinggi (14,7%).

Besarnya prevalensi penduduk yang mempunyai gejala utama katarak, tetapi belum didiagnosis oleh nakes menggambarkan perlunya tindakan aktif sektor penyedia pelayanan kesehatan dalam mengidentifikasi kasus katarak dalam masyarakat, dengan istilah lain "menjemput bola" di lapangan.

Pada semua karakteristik lebih banyak yang mengalami gejala atau masalah penglihatan dibandingkan dengan yang didiagnosa oleh nakes. Kelompok usia 75 tahun ke atas memiliki prevalensi terbesar baik yang didiagnosa oleh nakes dan yang mengalami gejala/ masalah pada penglihatan. Lama pendidikan tidak menunjukkan kecenderungan dengan besarnya yang didiagnosa dan yang mengalami gejala/gangguan penglihatan.

**Tabel 3.5.3.5\***  
**Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun ke atas Dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak atau Mamakai Kacamata Setelah Operasi Katarak Menurut Kabupaten Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Operasi Katarak	Pakai Kacamata Pasca Operasi
Kulon Progo	14,3	0,0
Bantul	10,0	50,0
Gunung Kdul	25,0	100,0
Sleman	15,4	100,0
Kota Yogyakarta	36,4	62,5
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>20,6</b>	<b>71,4</b>

\*) Responden Yang Pernah Didiagnosis Katarak Oleh Tenaga Kesehatan

Prevalensi operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 20,6% dengan kisaran terendah adalah di Bantul (10,0%) dan tertinggi adalah kota Yogyakarta (36,4%), Cakupan operasi ini masih rendah, sehingga 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 tingkat provinsi adalah sebesar 71,4 % dengan kisaran terendah adalah di Kulon Progo (tidak ada yang memakai kaca mata pasca operasi katarak) dan yang tertinggi di Gunung Kidul dan Sleman. 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. Kemungkinan lain adalah hasil operasi katarak di Kulon Progo cukup baik, sehingga visus pasca operasi mendekati normal dan penderita tidak memerlukan kacamata pasca operasi untuk kegiatan sehari-hari. .

**Tabel 3.5.3.6\***

**Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas Dengan Katarak Yang Pernah Menjalani Operasi Katarak Atau Memakai Kacamata Setelah Operasi Katarak Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Operasi Katarak</b>	<b>Pakai Kacamata Pasca Operasi</b>
<b>Kelompok Umur (tahun)</b>		
30 – 34		
35 – 44		
45 – 54	16,7	
55 – 64	33,3	75,0
65 – 74	27,3	66,7
75+	15,8	75,0
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-Laki	16,1	50,0
Perempuan	22,2	77,8
<b>Lama Pendidikan</b>		
≤ 6 Tahun		
7-12 Tahun	18,6	57,1
>12 Tahun	30,8	100,0
	16,7	50,0
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	15,0	66,7
Sekolah		<b>100,0</b>
Ibu RT	55,6	50,0
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	20,0	66,7
Wiraswasta	27,3	
Petani/ Nelayan/ Buruh	9,1	
Lainnya	12,5	
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	20,4	63,6
Perdesaan	16,7	75,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	26,7	50,0
Kuintil-2	20,0	100,0
Kuintil-3	21,4	75,0
Kuintil-4	16,7	50,0
Kuintil-5	11,8	100,0

\*) Responden yang pernah didiagnosis katarak oleh Tenaga Kesehatan

Prevalensi operasi katarak pada perempuan menurut Tabel di atas, cenderung lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki. Prevalensi operasi katarak lebih besar pada kelompok penduduk dengan latar pendidikan 12 tahun lebih, lebih besar pada kelompok pegawai, dan lebih besar di daerah Kota. Hal ini mungkin berkaitan dengan kemudahan akses ke sarana kesehatan yang mempunyai alat operasi di Kota pada umumnya lebih mudah dibanding di Desa. Tingkat pendidikan yang rata-rata lebih tinggi dan jenis pekerjaan pegawai (jenis pekerjaan formal) umumnya lebih banyak ditemukan di daerah Kota, sehingga kebutuhan penduduk akan tajam penglihatan maksimal untuk bekerja di Kota lebih besar dibanding di Desa.

### 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>	% <i>edentulous</i>
DMF-T 12 th	Trend DMF-T menurut umur	RTI	PTI	% protesa
DMF-T 15 th		MI	RTI	
DMF-T 18 th		CPITN	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**  
**Persentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten**  
**Di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Bermasalah Gigi-mulut	Menerima Perawatan Dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
Kulon Progo	23.6	37.2	4.6
Bantul	21.7	29.6	2.2
Gunung Kidul	<b>30.7</b>	33.2	1.6
Sleman	19.9	40.4	2.1
Kota Yogyakarta	25.0	<b>50.9</b>	2.3
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>23.6</b>	37.1	2.3

Catatan : Termasuk tenaga medis gigi: perawat gigi, dokter gigi, atau dokter spesialis kesehatan gigi dan mulut

Responden di Kabupaten Gunung Kidul merupakan daerah yang lebih banyak mempunyai masalah kesehatan gigi dan mulutnya (30,7%) dibandingkan dengan kabupaten lainnya. 50,9% responden di Kota Yogyakarta berobat ke tenaga medis gigi dalam menangani masalah gigi dan mulutnya. Sedangkan responden di Kulon Progo yang paling banyak kehilangan seluruh gigi aslinya.

Pada tabel 3.5.4.2 menunjukkan bahwa responden berumur 34-44 tahun mempunyai masalah kesehatan gigi yang besar di antara kelompok umur lainnya yaitu 31,2%. Laki-laki lebih banyak mempunyai masalah gigi dibandingkan dengan perempuan tetapi yang menerima pengobatan gigi oleh tenaga medis adalah perempuan (38,9%). Desa lebih banyak memiliki masalah kesehatan gigi dan mulut daripada kota.

Responden yang menerima pengobatan gigi dari tenaga medis lebih banyak adalah pada kelompok umur 4—9 tahun (**49,7%**). Sedangkan responden yang telah kehilangan seluruh giginya adalah kelompok umur 65+ tahun (17,0%) dan perempuan lebih banyak daripada laki-laki (2,5%).

Adanya kecenderungan makin meningkat status ekonomi menurut kuintil (Kaya), makin meningkat pula pemanfaatan tenaga medis sebagai tempat berobat kesehatan gigi.

**Tabel 3.5.4.2**  
**Proporsi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut**  
**Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Berma salah Gimul	Menerima Perawatan Dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
<b>Umur (tahun)</b>			
< 1	0.7		
1 - 4	10.5	39.7	
5 - 9	24.1	<b>49.7</b>	
10 - 14	17.2	43.6	
15 - 24	19.5	35.1	0.1
25 - 34	25.7	35.8	
35 - 44	<b>31.2</b>	36.6	0.1
45 - 54	30.0	37.2	0.6
55 - 64	25.8	34.9	4.2
65+	20.4	29.2	<b>17.0</b>
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-Laki	<b>23.8</b>	35.1	2.2
Perempuan	23.4	<b>38.9</b>	<b>2.5</b>
<b>Tipe daerah</b>			
Kota	21.4	<b>40.2</b>	2.2
Desa	<b>27.0</b>	33.2	<b>2.5</b>
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	23.8	33.8	<b>3.5</b>
Kuintil-2	22.6	33.7	2.3
Kuintil-3	23.3	38.9	2.7
Kuintil-4	<b>25.5</b>	38.4	2.2
Kuintil-5	23.7	<b>39.5</b>	1.2

**Tabel 3.5.4.3**  
**Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/pengobatan Untuk Masalah**  
**Gigi-Mulut Menurut Jenis Perawatan dan Kabupaten**  
**Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambala/ Pencabutan/ Bedah Gigi	Pemasangan Gigi Tiruan lepasan/gigi tiruan Cekat	Konseling Perawatan/ Kebersihan Gigi	Lainnya
Kulon Progo	92.7	32.0	3.1	16.7	3.1
Bantul	82.8	37.3	7.7	24.3	4.1
Gunung Kidul	<b>93.7</b>	24.8	2.9	<b>32.0</b>	<b>5.3</b>
Sleman	82.4	41.2	<b>7.8</b>	11.8	2.9
Kota Yogyakarta	77.6	<b>45.9</b>	5.9	23.5	4.7
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>85.3</b>	36.5	5.8	21.7	4.1

Kabupaten yang banyak menerima pengobatan gigi adalah Gunung Kidul sebanyak 93,7%, sedangkan jenis perawatan gigi yaitu penambalan/pencabutan/bedah gigi paling banyak di Kota Yogyakarta yaitu 45,9%.

Data pada tabel 3.5.4.4. menunjukkan bahwa proporsi penduduk yang mendapat pengobatan gigi tertinggi pada kelompok umur 35-44 tahun dan 45-54 tahun; mendapat penambalan dan pencabutan gigi terbanyak pada kelompok umur 15-24 tahun; memasang gigi palsu lepasan atau gigi palsu cekat tertinggi pada kelompok umur 55-64 tahun, sedangkan yang mendapat konseling perawatan/kebersihan gigi tertinggi pada kelompok umur 65 tahun ke atas.

Hampir tidak ada perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan untuk semua jenis perawatan gigi.

Proporsi penduduk yang mendapat pengobatan dan perawatan gigi terbanyak di daerah perdesaan, sedangkan proporsi penduduk yang mendapat penambalan gigi dan pemasangan gigi palsu tertinggi di daerah perkotaan.

**Tabel 3.5.4.4**  
**Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/pengobatan Untuk Masalah**  
**Gigi-Mulut Menurut Jenis Perawatan dan Karakteristik Responden**  
**Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pengo- batan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah gigi	Jenis perawatan gigi		
			Pemasangan Gigi palsu Lepasan atau Gigi palsu cekat	Konseling Perawatan/ Kebersihan gigi	La- in Nya
<b>Umur (tahun)</b>					
< 1					
1 - 4	87.0	17.4		16.7	8.3
5 - 9	80.6	39.8	1.1	15.1	1.1
12 - 14	78.3	28.3	1.7	16.7	5.0
15 - 24	77.9	<b>41.9</b>	1.9	22.9	6.7
25 - 34	88.1	38.8	5.9	24.6	3.0
35 - 44	<b>90.6</b>	35.6	5.0	21.5	4.4
45 - 54	90.3	37.5	7.7	21.5	3.5
55 - 64	85.2	34.6	<b>16.0</b>	22.2	2.5
65 +	78.5	35.4	12.1	<b>27.7</b>	<b>7.7</b>
<b>Jenis Kelamin</b>					
Laki-laki	84.2	<b>37.0</b>	5,8	<b>24.1</b>	3.2
Perempuan	<b>86.3</b>	36.0	<b>5.9</b>	19.4	<b>4.6</b>
<b>Tipe daerah</b>					
Kota	82.0	<b>41.0</b>	<b>8.1</b>	19.3	
Desa	<b>90.2</b>	29.7	2.5	<b>24.9</b>	3.6
<b>Tingkat</b>					
Kuintil-1	84.2	23.6	2.5	14.6	5.1
Kuintil-2	<b>87.9</b>	29.5	4.0	20.8	1.3
Kuintil-3	83.2	34.6	5.0	18.5	3.9
Kuintil-4	86.6	42.8	7.2	25.3	5.6
Kuintil-5	86.5	<b>46.2</b>	<b>10.9</b>	<b>26.1</b>	<b>2.2</b>

**Tabel 3.5.4.5**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Th ke Atas yang Menggosok Gigi**  
**Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi Menurut Kabupaten, Di**  
**Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Gosok Gigi setiap hari	Waktu Menggosok Gigi				
		Saat mandi pagi /sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lainnya
Kulon progo	86.5	85.4	12.3	21.6	32.5	5.4
Bantul	92.9	97.3	6.7	12.7	28.7	3.8
Gunung kidul	90.8	81.7	13.8	34.8	35.7	4.0
Sleman	92.3	91.1	13.9	16.8	34.0	1.8
Kota Yogyakarta	<b>96.8</b>	94.5	13.4	18.5	54.1	3.7
<b>DI Yogyakarta</b>	92.1	<b>90.8</b>	<b>11.7</b>	<b>20.0</b>	<b>35.6</b>	<b>3.4</b>

Berdasarkan kabupaten hampir tidak ada perbedaan yang bermakna, responden di Kota Yogyakarta mempunyai perilaku kebiasaan menggosok gigi setiap hari paling besar diantara kabupaten lainnya yaitu 96,8%. Waktu menggosok gigi yang lebih sering dilakukan daripada waktu lainnya adalah saat mandi pagi atau sore dan tidak berbeda secara signifikan antar kabupaten, tetapi kabupaten Gunung Kidul merupakan yang terendah dibandingkan dengan kabupaten lainnya yaitu 81,7%.

**Tabel 3.5.4.6**  
**Persentase Waktu Menggosok Gigi Pada Penduduk Umur 10 Th ke Atas yang**  
**Menggosok Gigi Setiap Hari Menurut Karakteristik Responden**  
**Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Gosok Gigi Setiap Hari	Waktu Menggosok Gigi				Lainnya
		Saat Mandi Pagi Dan Atau Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	
<b>Umur (tahun)</b>						
10 – 14	98.4	93.6	9.2	13.6	31.9	1.8
15 – 24	98.5	<b>94.1</b>	<b>14.3</b>	16.7	<b>45.0</b>	2.9
25 – 34	<b>98.7</b>	92.0	12.8	20.1	40.1	2.8
35 – 44	98.1	92.1	10.6	21.2	35.7	4.2
45 – 54	96.5	88.7	10.6	23.0	30.6	3.2
55 – 64	88.9	85.8	12.5	<b>24.1</b>	31.3	4.4
65+	59.0	83.8	10.9	22.1	23.1	<b>5.2</b>
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki-Laki	<b>92.0</b>	90.6	10.2	17.9	29.0	3.4
Perempuan	91.9	<b>90.9</b>	<b>13.2</b>	<b>22.0</b>	<b>41.7</b>	3.4
<b>Tipe daerah</b>						
Kota	<b>94.0</b>	<b>93.8</b>	11.3	16.2	<b>38.3</b>	3.0
Desa	89.2	86.0	<b>12.3</b>	<b>26.1</b>	31.2	<b>4.0</b>
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>						
Kuintil-1	87.4	90.6	9.5	18.4	26.1	3.2
Kuintil-2	89.3	88.5	11.6	20.3	30.5	2.6
Kuintil-3	92.2	89.3	<b>13.2</b>	21.8	34.8	3.5
Kuintil-4	94.2	<b>92.3</b>	12.6	<b>22.6</b>	39.4	<b>4.8</b>
Kuintil-5	<b>96.1</b>	91.8	12.5	19.7	<b>45.0</b>	3.9

Untuk mengetahui perilaku menyikat gigi responden di provinsi DI Yogyakarta format pertanyaannya sebagai berikut: Apakah responden biasa menggosok gigi setiap hari? Kemudian bagi responden yang biasa menggosok gigi setiap hari, ditanyakan lebih lanjut kapan saja menggosok gigi. Tersedia berbagai jawaban yang harus dibacakan satu per satu yaitu saat mandi pagi dan/ sore, sesudah makan pagi, sesudah bangun pagi, sebelum tidur malam atau lainnya. Tujuan mengetahui penduduk Indonesia yang berperilaku benar menyikat gigi.

Kebiasaan menyikat gigi setiap hari pada kelompok umur 35—44 tahun 98,1%, sedangkan yang berperilaku benar menggosok gigi yaitu sebelum tidur malam dan setelah makan pagi pada kelompok 15—24 tahun sebanyak 10,9% dan laki-laki berperilaku menggosok gigi setiap hari tetapi perempuan berperilaku menggosok gigi yang benar. Responden di daerah Kota lebih banyak menggosok gigi setiap hari dan dengan benar. Untuk itu perlu penyuluhan tentang bagaimana cara dan waktu menggosok gigi yang benar.

Adanya kecenderungan makin meningkat status ekonomi menurut kuintil (Kaya) , makin meningkat pula perilaku menggosok gigi yang benar.



Waktu menggosok gigi saat mandi pagi atau sore hari paling banyak pada kelompok umur 15—24 tahun (94,1%) dan kelompok perempuan lebih banyak daripada laki-laki. Daerah Kota lebih banyak daripada di Desa.

**Tabel 3.5.4.7**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang berperilaku Benar**  
**Menggosok Gigi Menurut Kabupaten**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Berperilaku Benar Menggosok Gigi	
	Ya	Tidak
Kulon Progo	7.5	92,5
Bantul	5.2	94,8
Gunung Kidul	7.7	92,3
Sleman	8.6	91,4
Kota Yogyakarta	<b>10.5</b>	89,5
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>7.7</b>	<b>92,3</b>

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

Tampak persentase penduduk di Provinsi DI Yogyakarta yang berperilaku benar menggosok gigi masih sangat rendah, yaitu 7,7%. Kabupaten/kota dengan persentase penduduk tertinggi dalam berperilaku benar menggosok gigi adalah Kota Yogyakarta (10,5%) dan Kabupaten Sleman (8,6%), sedangkan yang terendah yaitu di kabupaten Bantul (5,2%) .

**Tabel 3.5.4.8**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang berperilaku Benar**  
**Menggosok Gigi Menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Berperilaku Benar Menyikat Gigi	
	Ya	Tidak
<b>Umur (tahun)</b>		
10 – 14	5.4	94,6
15 – 24	<b>10.9</b>	89,1
25 – 34	8.8	91,8
35 – 44	8.0	91,0
45 – 54	6.8	93,2
55 – 64	8.1	91,9
65+	3.8	96,2
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-Laki	6.1	93,9
Perempuan	<b>9.2</b>	91,8
<b>Tempat tinggal</b>		
Perkotaan	<b>8.0</b>	92,0
Pedesaan	7.3	92,7
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	<b>4.9</b>	95,1
Kuintil-2	6.8	93,2
Kuintil-3	8.2	91,8
Kuintil-4	8.9	91,1
Kuintil-5	8.9	91,1

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 menyajikan komponen DMF-T menurut kabupaten. 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).

**Tabel 3.5.4.9**  
**Komponen D, M, F dan Index Dmf-T Menurut Kabupaten**  
**Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten</b>	<b>D-T (X)</b>	<b>M-T (X)</b>	<b>F-T (X)</b>	<b>Index Dmf-T (X)</b>
Kulon Progo	1.12	7.59	0.04	8.76
Bantul	1.20	4.82	0.04	6.04
Gunung Kidul	1.29	4.77	0.01	6.07
Sleman	1.95	4.84	0.09	6.93
Kota Yogyakarta	1.08	4.09	0.31	5.48
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>1.42</b>	<b>5.02</b>	<b>0.09</b>	<b>6.53</b>

Catatan:

Fungsi normal gigi = penduduk dengan minimal 20 gigi berfungsi (jumlah gigi  $\geq$  20)

Edentulous= orang tanpa gigi

Orang dengan preotesa = orang yang memakai protesa

**Tabel 3.5.4.10**  
**Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Karakteristik**  
**Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>D-t (x)</b>	<b>M-t (x)</b>	<b>F-t (x)</b>	<b>Index dmf-t</b>
<b>Umur (tahun)</b>				
12	0.6	0.2	0.0	0.8
15	0.6	0.3	0.0	1.1
18	0.9	0.2	0.0	1.1
35 – 44	<b>1.8</b>	2.9	0.1	4.7
65 +	1.2	<b>17.5</b>	0.1	<b>18.8</b>
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	<b>1.5</b>	4.8	0.1	6.3
Perempuan	1.4	<b>5.2</b>	0.1	<b>6.7</b>
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	1.4	4.6	0.1	6.2
Perdesaan	1.4	5.6	0.0	7.0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil-1	1.51	6.09	0.07	7.73
Kuintil-2	1.41	5.68	0.04	7.12
Kuintil-3	1.35	5.56	0.06	6.98
Kuintil-4	1.38	4.63	0.12	6.15
Kuintil-5	1.46	3.35	0.14	4.90
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>1.5</b>	<b>5.4</b>	<b>0.1</b>	<b>7.0</b>

- 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)

Dari Tabel 3.5.4.10 menunjukkan indeks DMF-T secara umum di Provinsi DI Yogyakarta sebesar 6,53. Ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada penduduk Indonesia 7 buah gigi per orang. Komponen yang terbesar adalah gigi dicabut/M-T sebesar 5,02, dapat dikatakan rata-rata penduduk Indonesia mempunyai 5 gigi yang sudah dicabut atau indikasi pencabutan.

Indeks DMF-T yang terbesar pada kelompok umur 65+ tahun yang berarti pada umur tersebut banyak mengalami gigi rusak dan gigi dicabut. Pada jenis kelamin perempuan lebih banyak yang mengalami kerusakan gigi dibandingkan laki-laki, sedangkan daerah perdesaan lebih banyak yang mempunyai gigi rusak dibandingkan dengan diperkotaan, demikian pula dengan jumlah gigi yang dicabut. Ada kecenderungan penurunan jumlah gigi yang rusak dan gigi dicabut sejalan dengan semakin tingginya pendapatan.

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

**Tabel 3.5.4.11**  
**Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies**  
**Menurut Kabupaten Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Karies Aktif	Pengalaman Karies
Kulon Progo	47.6	<b>85.9</b>
Bantul	51.8	80.2
Gunung Kidul	50.7	76.3
Sleman	<b>61.5</b>	80.4
Kota Yogyakarta	38.6	71.2
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>52.3</b>	<b>78.9</b>

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.

Berdasarkan kabupaten, maka Kulon progo yang mempunyai pengalaman karies paling tinggi yaitu 85,9% melebihi angka pengalaman karies provinsi sebesar 78,9% sedangkan kabupaten Sleman adalah responden yang mempunyai karies aktif yang paling besar 61,5% dan melebihi angka karies provinsi sebesar 52,3%.

**Tabel 3.5.4.12**  
**Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies**  
**Menurut Karakteristik Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Karies aktif	Pengalaman karies
<b>Umur (tahun)</b>		
12	37.4	42.0
15	32.6	45.0
18	49.6	55.3
35 – 44	<b>60.4</b>	84.5
65 +	37.8	<b>96.2</b>
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	<b>53.1</b>	<b>77.7</b>
Perempuan	51.6	80.1
	52.3	78.9
<b>Tipe daerah</b>		
Kota	52.0	77.5
Desa	52.8	<b>81.1</b>
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	51.8	<b>84.6</b>
Kuintil-2	52.5	82.7
Kuintil-3	53.0	82.0
Kuintil-4	53.9	80.1
Kuintil-5	<b>54.0</b>	77.5

**Catatan :**

TANPA KARIES : orang yang memiliki memiliki D=0

Orang dengan karies aktif = orang yang memiliki D>0 atau KARIES YANG BELUM TERTANGANI)

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

Orang TANPA pengalaman karies= orang yang memiliki memiliki DMFT =0

Kelompok umur 65+ paling banyak mempunyai pengalaman karies (96,2%), sedangkan kelompok umur 34-44 tahun adalah kelompok umur yang paling tinggi karies aktifnya yaitu 60,4%. Berdasarkan jenis kelamin laki-laki mempunyai pengalaman karies yang lebih besar daripada perempuan. Responden di desa lebih banyak pengalaman kariesnya yaitu 81,1%. Berdasarkan kuintil kelompok yang kurang mampu mempunyai pengalaman karies yang paling besar 84,4%.

**Performance Treatment Index (PTI)**

*Performance 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)**

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.

Tabel 3.5.4.13 di bawah ini menyajikan persentase gigi tetap yang ditumpat dan persentase gigi tetap yang karies menurut provinsi.

**Tabel 3.5.4.13**  
**Required Treatment Index (RTI dan Perform Treatment Index (PTI)**  
**Menurut Di Provinsi DI Yogyakarta Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	RTI (D/DMF-T) X100%	PTI (F/DMF-T) X100%	MTI (M/DMF-T) X100%
Kulon Progo	12.78	0.51	86.63
Bantul	19.84	0.73	79.85
Gunung Kidul	21.17	0.23	78.48
Sleman	28.20	1.26	69.91
Kota Yogyakarta	19.62	5.66	74.60
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>21.72</b>	<b>1.31</b>	<b>76.82</b>

Dari Tabel di atas tampak PTI (motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap) sangat rendah hanya 1,31%, sedangkan RTI (besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan) sebesar 21,72%. Terdapat 4 kabupaten yang angka RTI-nya di bawah rerata Provinsi dan terdapat 4 kabupaten yang mempunyai nilai PTI di bawah rerata Provinsi.

**Tabel 3.5.4.14**  
**Required Treatment Index (RTI Dan Perform Treatment Index (PTI)**  
**Menurut Karakteristik Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	RTI= (D/DMF-T) X100%	PTI= (F/DMF-T) X100%	MTI (M/DMF-T) X100%
<b>Umur (tahun)</b>			
12	72.1	0.8	20.2
15	55.6	1.6	30.5
18	<b>84.3</b>	1.0	16.0
35 – 44	37.5	<b>2.3</b>	60.3
65 +	6.7	0.3	<b>93.1</b>
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	23.2	1.1	75.8
Perempuan	20.5	1.5	77.7
<b>Tipe daerah</b>			
Kota	23.3	2.1	74.4
Desa	19.6	0.3	80.0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	19.57	0.87	78.87
Kuintil-2	19.75	0.59	79.76
Kuintil-3	19.28	0.85	79.60
Kuintil-4	22.38	1.88	75.16
Kuintil-5	<b>29.70</b>	2.82	68.42
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>21.0</b>	<b>1.3</b>	<b>77.6</b>

## Performance Treatment Index (PTI)

*Performance 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. Berdasarkan kelompok umur maka kelompok umur 18 tahun adalah yang mempunyai RTI paling tinggi yaitu 84,3%, sedangkan indeks PTI yang tinggi ada pada kelompok umur 35—44 tahun (2,3%). Indeks RTI yang paling tinggi ada pada kelompok umur 65+.

Berdasarkan jenis kelamin, laki-laki mempunyai indeks RTI yang tinggi (23,2%) dibandingkan perempuan. Ada kecenderungan daerah kota mempunyai indeks RTI tinggi dibandingkan desa dan semakin mapan indeks RTInya semakin tinggi 29,70%.

**Tabel 3.5.4.15**  
**Proporsi Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protosa dan Kabupaten, Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Fungsi normal gigi	edentulous	orang dg protosa
	%	%	%
Kulon Progo	77,6	5,6	3,1
Bantul	86,9	2,7	7,7
Gunung Kidul	87,4	1,9	2,9
Sleman	86,5	2,6	7,8
Kota Yogyakarta	88,9	2,8	5,9
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>86,1</b>	<b>2,9</b>	<b>5,8</b>

Fungsi normal gigi merupakan keadaan seseorang dengan minimal jumlah gigi yang masih berfungsi dengan baik yaitu 20 gigi. Berdasarkan keadaan fungsi normal gigi, kelompok umur 12 dan 18 masih tinggi (100%), jenis kelamin laki-laki lebih besar jumlah gigi yang masih berfungsi normal (86,6%) dibandingkan dengan perempuan. Demikian pula dengan responden di kota lebih tinggi daripada desa dan status ekonomi yang lebih mapan (kaya) fungsi normal giginya paling tinggi dibandingkan dengan kuintil lainnya

**Tabel 3.5.4.16**  
**Proporsi Penduduk Umur 12 tahun ke Atas Menurut Fungsi Normal Gigi Dan**  
**Penduduk Edentulous dan Karakteristik Responden**  
**Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Fungsi normal gigi	edentulous	orang dg protesa
	%	%	%
<b>Umur (tahun)</b>			
12	<b>100</b>		4.8
15	99.2		
18	<b>100</b>		
35 – 44	96.2	0.1	5.0
65 +	40.0	17.0	12.1
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	<b>86.6</b>	2.7	5.8
Perempuan	85.7	<b>3.0</b>	5.9
<b>Tipe daerah</b>			
Kota	<b>87.5</b>	2.7	8.1
Desa	84.0	3.0	2.5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	81.2	5.0	3.1
Kuintil-2	81.7	2.9	1.7
Kuintil-3	83.8	3.1	7.5
Kuintil-4	86.8	3.0	7.4
Kuintil-5	<b>91.8</b>	1.3	13.0
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>85.1</b>	<b>3.1</b>	<b>6.9</b>

**Catatan :**

Fungsi normal gigi = penduduk dengan minimal 20 gigi berfungsi (jumlah gigi  $\geq$  20)

Edentulous= orang tanpa gigi

Orang dengan preotesa = orang yang memakai protesa

### 3.5.5. Disabilitas

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.

**Tabel 3.5.5.1**  
**Persentase Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas**  
**Dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial di Provinsi**  
**DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Fungsi Tubuh/Individu/Sosial	Bermasalah* (%)
Melihat jarak jauh (20 m)	6.4
Melihat jarak dekat (30 cm)	7.0
Mendengar suara normal dalam ruangan	3.9
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	3.0
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	6.1
Nafas pendek setelah latihan ringan	6.8
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	2.3
Mengalami gangguan tidur	5.3
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	3.4
Kesulitan berdiri selama 30 menit	5.6
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	7.4
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	5.4
Membersihkan seluruh tubuh	1.5
Mengenakan pakaian	1.3
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	3.1
Paham pembicaraan orang lain	2.9
Bergaul dengan orang asing	3.1
Memelihara persahabatan	2.4
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	3.5
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	4.8

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

Berdasarkan table 3.5.5.1. tentang status stabilitas penduduk DI Yogyakarta yang berumur di atas 15 tahun tampak bahwa persentase bermasalah yang agak menonjol dalam hal napas pendek setelah latihan ringan, melihat jarak jauh (20 m), melihat jarak dekat (30 cm). masalah nyeri/rasa tidak nyaman, kesulitan berjalan jauh, kesulitan berdiri selama 30 menit. Sedangkan dalam hal membersihkan seluruh tubuh, dan mengenakan pakaian 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. Provinsi DI Yogyakarta rata-rata status disabilitas dengan kriteria “Sangat bermasalah” adalah sebesar 2,0% dan “Bermasalah” 15,1%.

**Tabel 3.5.5.2**  
**Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Dalam Menurut Status dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten</b>	<b>Sangat masalah</b>	<b>Masalah</b>
Kulon Progo	3.9	15.9
Gunung Kidul	2.0	12.3
Sleman	4.3	24.4
Bantul	1.9	21.6
Kota Yogyakarta	2.0	24.3
<b>DI Yogyakarta</b>	2.6	19.6

Berdasarkan Tabel 3.5.5.2 menunjukkan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat di Kabupaten Sleman (4,3%), sedangkan Kabupaten Gunung Kidul dan Bantul dengan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” terendah (2%). Prevalensi disabilitas “Bermasalah” tertinggi ditemukan di Kabupaten Sleman (24,4%), sedangkan prevalensi disabilitas “Bermasalah” terendah adalah Gunung Kidul (12,3%).

Berdasarkan karakteristik umur tampak bahwa status disabilitas yang merupakan sangat masalah persentasenya meningkat sesuai dengan penambahan umur. Status disabilitas yang merupakan masalah juga tampak meningkat sesuai dengan bertambahnya umur. Sebaliknya persentase status disabilitas yang tidak masalah menurun sesuai dengan bertambahnya umur.

Berdasarkan jenis kelamin, persentase status disabilitas sangat masalah dan masalah lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Sebaliknya persentase tidak masalah pada laki-laki lebih tinggi. Berdasarkan tingkat pendidikan, persentase status disabilitas sangat masalah yang paling tinggi tampak pada penduduk dengan pendidikan terendah (tidak sekolah) kemudian menurun sesuai dengan bertambahnya tingkat pendidikan. Namun, persentase meningkat lagi pada penduduk dengan tingkat pendidikan tamat perguruan tinggi. Pada kolom masalah, tampak bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah persentase status disabilitasnya. Sebaliknya pada kolom tidak masalah, semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi persentase status disabilitasnya.

Berdasarkan pekerjaan, status disabilitas sangat masalah persentase tertinggi tampak pada penduduk yang tidak bekerja diikuti dengan lainnya dan nelayan. Hampir sama dengan kolom sangat masalah, pada kolom masalah persentase status disabilitas tertinggi juga pada penduduk yang tidak bekerja diikuti pekerjaan lainnya dan nelayan. Dan pada kolom tidak masalah, tampak penduduk tidak bekerja prevalensi status disabilitasnya paling rendah, diikuti dengan lainnya dan nelayan.

Berdasarkan status ekonomi, tampak bahwa persentase tertinggi status disabilitas di kolom sangat masalah ada pada kuintil 2, diikuti dengan kuintil 3 dan kuintil 1. Pada kolom masalah tampak presentase tertinggi pada kuintil 2, dan semakin menurun hingga kuintil 4 sedikit menaik pada kuintil 5. Pada kolom tidak masalah, presentase tertinggi tampak pada kuintil 4.

**Tabel 3.5.5.3**  
**Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Status dan**  
**Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Sangat Masalah</b>	<b>Masalah</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
15-24	.7	10.9
25-34	.4	11.8
35-44	.5	13.0
45-54	1.8	17.5
55-64	3.6	25.8
65-74	7.6	43.6
75+	17.8	56.5
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-Laki	1.9	17.1
Perempuan	3.3	21.8
<b>Pendidikan</b>		
Tidak Sekolah	7.7	37.9
Tidak Tamat SD	5.2	24.6
Tamat SD	2.7	22.3
Tamat SMP	1.2	14.8
Tamat SMA	.9	12.6
Tamat PT	.9	14.7
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak kerja	9.3	32.3
Sekolah	.4	10.5
Ibu RT	2.1	17.9
Pegawai	.9	13.6
Wiraswasta	1.5	15.1
Petani/nelayan/buruh	2.2	22.1
Lainnya	4.3	27.2
<b>Tipe daerah</b>		
Kota	2.0	18.2
Desa	3.6	21.6
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil 1	4.2	21.7
Kuintil 2	3.1	22.8
Kuintil 3	2.5	20.3
Kuintil 4	2.0	17.9
Kuintil 5	1.7	15.8

### 3.5.6. Cedera

Kasus cedera Riskesdas 2007 diperoleh berdasarkan wawancara. Cedera yang ditanyakan adalah yang dialami responden selama 12 bulan terakhir dan kepada semua umur. Yang dimaksud cedera dalam Riskesdas 2007 adalah kecelakaan dan peristiwa yang sampai membuat kegiatan sehari-hari responden menjadi terganggu.

Pembagian katagori bagian tubuh yang terkena cedera didasarkan pada klasifikasi dari ICD-10 (*The Tenth Revision of The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*) 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*).

Dari tabel 3.5.6.1 diketahui bahwa untuk prevalensi cedera secara total (dengan berbagai sebab) diprovinsi DI Yogyakarta adalah 7,2% dan urutan tiga terbanyak sebagai penyebab cedera meliputi jatuh (45,3%), kecelakaan transportasi darat (43,2%) dan terluka benda tajam/tumpul (9,5%). Sedangkan cedera menurut kelompok yang menduduki peringkat tertinggi adalah 15-24 tahun sekitar 10,3% dan diikuti oleh kelompok 65-74 tahun (8,2%) dan 5-14 tahun (7,7%). Adapun untuk penyebab cedera jatuh menunjukkan prevalensi terbesar kelompok 1-4 tahun (83,9%), sedangkan prevalensi tertinggi penyebab cedera akibat kecelakaan transportasi darat adalah kelompok 15-24 tahun (66,5%). Prevalensi cedera karena jatuh tampak didominasi oleh kelompok anak-anak dan orang lanjut usia.

Tabel 3.5.6.2 menggambarkan bahwa tingkat pendidikan tidak tamat SD menduduki posisi pertama (8,4%) untuk prevalensi cedera dan prevalensi cedera tersebar secara merata di setiap strata pendidikan. Untuk penyebab cedera karena kecelakaan transportasi darat prevalensi tertinggi pada tingkat pendidikan SLTP (65,2%). Adapun untuk penyebab cedera jatuh mayoritas pada tingkat pendidikan rendah yaitu tidak sekolah sampai dengan tamat SD. Cedera akibat benda tumpul prevalensi lebih tinggi pada tingkat pendidikan tamat SD yaitu 13,6%.

Tabel 3.5.6.3. tersebut di atas menggambarkan bahwa berdasarkan jenis pekerjaan prevalensi cedera terbesar pada jenis pekerjaan masih sekolah (11,8%). Adapun penyebab cedera utama adalah kecelakaan transportasi darat dengan pekerjaan sebagai pegawai (63,8%) dan prevalensi tinggi kedua adalah cedera akibat jatuh dengan yang tidak mempunyai pekerjaan (53,7%)

Tabel 3.5.6.4 menginformasikan bahwa prevalensi cedera berdasarkan pembagian kelompok jenis kelamin, tampak bahwa pada laki-laki lebih mendominasi (8,4%) dibandingkan dengan perempuan (6,1%). Hasil ini sesuai dengan berbagai hasil survei yang mana risiko mengalami cedera lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Berdasarkan penyebabnya juga terlihat bahwa hampir semua penyebab cedera mempunyai prevalensi yang lebih tinggi pada kelompok laki-laki dibandingkan dengan perempuan kecuali pada cedera karena transportasi udara, jatuh, bencana alam dan disebabkan mesin elektrik. pada perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki

Tabel 3.5.6.5 memberi gambaran bahwa secara umum. prevalensi cedera berdasarkan tipe daerah terlihat hampir sama antara perkotaan dan perdesaan. Sedangkan berdasarkan penyebab cedera bervariasi, untuk cedera karena jatuh di dada lebih banyak (48,8%),

transportasi darat prevalensi lebih besar pada kota (47,7%) dibandingkan desa (35,9%) dan cedera karena terluka sedikit lebih banyak di desa (14,6%)

Tabel 3.5.6.6 menampilkan prevalensi cedera menurut tingkat pengeluaran perkapita. Pada tabel tersebut menunjukkan bahwa prevalensi cedera hampir sama atau seimbang antara tingkat pengeluaran kuintil 1 sampai dengan kuintil 5. Hal tersebut menggambarkan bahwa tidak ada perbedaan besaran prevalensi cedera menurut status ekonomi. Adapun untuk penyebab cedera menunjukkan bahwa untuk prevalensi jatuh terbesar pada kelompok kuintil 1 (50,0%), kecelakaan transportasi darat pada kuintil 5 (51,8%) dan terluka benda tajam/tumpul pada kuintil 2 dan 3 yaitu masing-masing 12,6% dan 12,0%.

Dari tabel 3.5.6.7 memberikan gambaran bahwa dari 5 kabupaten di provinsi DI Yogyakarta, prevalensi tertinggi terdapat pada kota Yogyakarta (12,2%) sedangkan yang terendah terdapat pada kabupaten Sleman (5,7%). Apabila dibandingkan dengan angka prevalensi provinsi (7,2%), maka kota Yogyakarta mempunyai prevalensi cedera yang lebih tinggi dari prevalensi cedera provinsi. Sementara untuk urutan penyebab cedera terbanyak polanya sama seperti pola penyebab cedera tingkat provinsi yaitu jatuh, kecelakaan transportasi darat dan terluka benda tajam/tumpul. Sedangkan untuk penyebab cedera yang lain bervariasi tetapi prevalensinya rata-rata kecil atau sedikit. Prevalensi jatuh paling besar terdapat di kabupaten Gunung Kidul (61,3%) dimana prevalensi lebih besar dibanding angka provinsi (60,4%). Prevalensi kecelakaan transportasi darat terbanyak di kabupaten Sleman (59,9%) menunjukkan prevalensi yang jauh lebih besar dari angka provinsi (43,3%). Adapun untuk prevalensi terluka benda tajam/tumpul paling tinggi terdapat di kabupaten Gunung Kidul (17,7%) melebihi angka prevalensi provinsi yaitu 9,7%. Penyebab cedera lain yang menonjol adalah cedera karena sebab lainnya menunjukkan angka prevalensi tertinggi sekitar 10,4% di kabupaten Sleman.

### **Jenis Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera**

Pembagian kategori bagian tubuh yang terkena cedera didasarkan pada klasifikasi dari ICD-10 (*International Classification Diseases*) 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 3.5.6.8 menggambarkan bahwa cedera di bagian kepala didominasi oleh kelompok 1-4 yaitu sekitar 32,3%. Adapun untuk cedera dibagian leher tertinggi pada kelompok umur 35-44 (2,2%). Cedera di bagian dada kebanyakan dialami oleh responden yang berumur 55-64 (3,5%), sedangkan cedera di bagian perut lebih banyak dialami oleh kelompok 75 keatas yaitu sekitar 23,3%. Untuk cedera di bahu (14,0%) lebih banyak dialami oleh kelompok 45-54, demikian pula dengan prevalensi cedera dibagian siku tertinggi diderita oleh kelompok yang sama (21,5%), sedangkan cedera di bagian tangan tertinggi di kelompok 25-34 (30,6%). Selanjutnya untuk cedera dibagian pinggul dan tungkai atas kebanyakan diderita oleh kelompok 65-74 sekitar (10,5%). Adapun untuk cedera di lutut sebagian besar dialami pada 1-4 sebesar (45,2%) dan cedera di kaki tertinggi pada kelompok 35-44 tahun (31,7%).

Tabel 3.5.6.9 menunjukkan bahwa prevalensi responden yang mengalami cedera di kepala (18,1%) kebanyakan mempunyai tingkat pendidikan tidak sekolah, untuk cedera leher (2,0%) pendidikan tidak sekolah dan tamat SD, sedangkan cedera di dada (3,4%) pendidikan tamat SD. Untuk cedera di perut (11,1%) sebagian besar berpendidikan tidak sekolah, cedera di bagian bahu (12,0%) dengan pendidikan tamat PT, cedera di siku (22,0%) pada tingkat pendidikan tamat PT. Adapun cedera di bagian tangan (36,0%) terdapat pada

tingkat pendidikan tamat PT, cedera di pinggul (11,1%) pada responden yang berpendidikan tidak sekolah, cedera lutut (40,5%) pada pendidikan tidak tamat SD dan cedera di tumit dan kaki (32,0%) dengan pendidikan tamat PT.

Tabel 3.5.6.10 menggambarkan bahwa cedera di kepala tertinggi dialami oleh responden yang mempunyai pekerjaan sebagai ibu RT dan Tidak bekerja (18,2%). Untuk cedera di leher dan dada dengan prevalensi yang sama (5,0%) dan pekerjaan sama yaitu pekerjaan lainnya. Cedera di perut banyak dialami oleh ibu RT (18,2%) dan cedera di bahu tertinggi diderita oleh responden yang bekerja sebagai pegawai (13,2%). Prevalensi cedera di bagian siku terbanyak pekerjaan sebagai pegawai (19,1%), demikian pula untuk cedera pada tangan (30,9%). Untuk prevalensi cedera bagian pinggul (15,9%) terbesar pada kelompok responden dengan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (mengurus rumah tangga). Cedera di bagian lutut (48,3%) terbesar pada kelompok yang masih sekolah dan kaki (31,3%) sebagian besar dialami oleh responden dengan status pekerjaan sebagai pegawai.

Tabel 3.5.6.11 menunjukkan bahwa berdasarkan jenis kelamin tampak terlihat bahwa tiga urutan terbanyak bagian tubuh yang mengalami cedera pada laki-laki adalah lutut (31,9%), kaki/tumit (25,4%) dan pergelangan tangan/tangan (21,6%). Adapun untuk perempuan adalah lutut (37,7%), tumit dan kaki (23,0%) dan bagian kepala (15,6%). Prevalensi bagian tubuh yang mengalami cedera sebagian besar lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan kecuali untuk cedera dibagian perut, pinggul dan lutut.

Tabel 3.5.6.12 memperlihatkan prevalensi bagian tubuh yang terkena cedera menurut tipe daerah. Terlihat pola yang sama yaitu bagian lutut 37,7% (kota) dan 27,7% (desa), bagian tumit dan kaki 24,5% (Kota) dan 24,2% (Desa) serta bagian pergelangan tangan dan tangan 18,4% (kota) dan 18,9% (desa). Adapun untuk besaran angka prevalensinya tampak di kota lebih tinggi dibandingkan di desa.

Pada Tabel 3.5.6.13 terlihat bahwa secara umum cedera menggambarkan prevalensi bagian tubuh yang mengalami cedera menurut tingkat pengeluaran perkapita menunjukkan bahwa untuk kuintil 1 sampai dengan kuintil 5 terlihat hampir seimbang, hanya pada prevalensi tertinggi bagian tubuh terkena cedera untuk lutut dan tungkai bawah (41,1%) pada kuintil 3, tumit dan kaki (33,6%) terdapat pada kuintil 2, dan cedera di bagian pergelangan tangan dan tangan (22,6%) pada kuintil 5.

Data pada tabel 3.5.6.14 menginformasikan bahwa prevalensi tertinggi bagian tubuh yang terkena cedera berdasarkan kabupaten di propinsi DI Yogyakarta adalah sebagai berikut: bagian lutut dan tungkai bawah 37,0%(Bantul), diikuti berturut-turut bagian tumit dan kaki 28,2%(kabupaten gunung Kidul) bagian pergelangan tangan dan tangan 23,9% (kabupaten Kulon Progo), bagian kepala 18,3% (kabupaten Kulon progo), bagian bahu dan lengan 10,5%(kabupaten Gunung Kidul, bagian pinggul dan tungkai atas 10,2%(kabupaten kulon Progo), bagian perut/ punggung dan panggul 13,6% (kabupaten Kulon Progo), bagian dada 3,4% (kabupaten Kulon Progo), dan bagian leher 2,3% (kabupaten Kulon Progo)

Tabel 3.5.6.15. menunjukkan bahwa untuk jenis cedera yang mempunyai prevalensi tertinggi meliputi: benturan sekitar 50,6% ( < 1), luka lecet 60,9% ( 5-14 .), luka terbuka 29,2% ( 25-34 .), luka bakar 3,4% ( 25-34 .), terkilir/teregang 29,8% ( 75 . keatas), patah tulang 14,1% ( 65-74 .), anggota gerak terputus (amputasi) 3,4% ( 65-74 .), keracunan 1,6%, serta jenis cedera lainnya 9,4% ( 75 . keatas)

Tabel 3.5.6.16 menunjukkan pola prevalensi jenis cedera menurut tingkat pendidikan menunjukkan gambaran yang sama yaitu urutan terbanyak mengalami jenis cedera luka lecet, benturan, luka terbuka dan terkilir/teregang. Prevalensi jenis cedera tertinggi adalah

luka lecet 58,3% (tamat SLTP), benturan 54,4% (tamat SLTA), luka terbuka 25,5% (tamat PT), terkilir/teregang 24,5% (tamat SD), patah tulang 18% (tamat PT), luka bakar 3,8% (tamat SLTA), anggota gerak terputus (amputasi) 1,7% (tamat SLTP), keracunan 0,9% (tamat SLTP) serta jenis cedera lainnya 8,1% (tidak tamat SD).

Tabel 3.5.6.17 memberikan gambaran pola jenis cedera berdasarkan jenis pekerjaan responden. Urutan terbanyak untuk prevalensi jenis cedera yang dialami adalah luka lecet (59,7%) untuk status pegawai, benturan (50,0%) untuk jenis pekerjaan ibu rumah tangga dan pegawai, luka terbuka (23,9%) untuk pekerjaan sebagai pegawai dan terkilir/teregang (29,6%) dengan jenis pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (mengurus RT)

Berdasarkan Tabel 3.5.6.18. prevalensi jenis cedera menurut katagori jenis kelamin memberikan gambaran bahwa pada hampir semua prevalensi pada laki-laki menunjukkan angka lebih tinggi dibandingkan perempuan kecuali pada jenis cedera luka lecet, luka terbuka dan terkilir.bakar dan terkilir/teregang. Prevalensi terbesar untuk jenis cedera adalah luka lecet yaitu 54,4% pada laki-laki dan 51,1% pada perempuan.

Tabel 3.5.6.19 memberikan gambaran jenis cedera berdasarkan pembagian tipe daerah kota atau desa. Pola jenis cedera hampir sama dengan pembagian karakteristik yang lain yaitu untuk prevalensi terbesar adalah luka lecet (54,6%) di Kota dan 40,7% di Desa. Prevalensi jenis cedera yang menunjukkan nilai lebih tinggi di desa dibandingkan dengan kota meliputi terkilir/teregang, keracunan dan jenis cedera lainnya.

Tabel 3.5.6.20 menunjukkan bahwa berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita yang dibagi dalam kuintil, maka urutan jenis cedera terbanyak yang dialami adalah luka lecet 54,4% (kuintil 1), benturan 51,8% (kuintil 5), luka terbuka 24,4% (kuintil 2) dan terkilir/teregang 25,5% (kuintil 5). Untuk prevalensi jenis cedera patah tulang pada kuintil 5 (10,1%).

Berdasarkan Tabel 3.5.6.21. diperlihatkan bahwa prevalensi jenis cedera tertinggi di propinsi DI Yogyakarta yang terdiri dari 5 kabupaten yaitu: benturan 58,3% (kabupaten Kota Yogyakarta), luka lecet 55,2% (Kota Yogyakarta), luka terbuka 25,2% (Gunung Kidul), luka bakar 1,8% (Sleman), terkilir/teregang 33,1% (Gunung Kidul), patah tulang 11,1% (Sleman), anggota gerak terputus (amputasi) 1,8% (Kota Yogyakarta), keracunan 0,5% (Bantul).

**Tabel 3.5.6.1.**  
**Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera menurut Kelompok Umur**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kelompok umur	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di 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
1—4	5,6	19,4			83,9	6,5	3,2										
5 – 14	7,7	21,1		0,8	67,2	9,0											8,2
15 – 24	10,3	66,5			32,7	4,5	1,3		0,6				0,6	1,3			5,2
25 – 34	6,7	62,2	2,0		21,6	9,3											12,2
35 – 44	5,2	50,0			40,2	10,8			1,2								2,4
45 – 54	7,3	51,1	2,1		29,8	16,0	1,1		2,1								4,3
55 – 64	7,1	32,8		1,5	53,1	10,9	1,5		0,5	1,6			1,5				3,1
65 – 74	8,2	14,0		1,8	63,2	14,0								1,7			10,5
75+	7,1	10,3		3,4	70,0	6,7	3,3						3,3				6,9

\* Angka prevalensi penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total



**Tabel 3.5.6.2.**  
**Prevalensi Penduduk Berdasarkan Penyebab Cedera Menurut Pendidikan**  
**di Provinsi DI Yogyakarta ,Riskesdas 2007**

Pendidikan	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di 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
Tidak Sekolah	7,3	18,1		1,4	63,4	5,6				1,4			1,4	1,4			7,0
Tidak tamat SD	8,4	29,5			54,5	11,6		0,9	0,9								4,5
Tamat SD	7,7	37,4	1,4	0,7	45,6	13,6	2,0	0,7					0,7				8,2
Tamat SLTP	7,8	65,2		1,7	29,6	7,0		0,9						0,9			6,1
Tamat SLTA	7,0	63,1	1,3		28,1	9,4	1,3	0,6					0,6	1,3			6,9
Tamat PT	7,1	58,0			28,0	10,0	2,0										6,0
<b>Total</b>	<b>7,6</b>	<b>46,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>40,6</b>	<b>9,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,6</b>	<b>0,3</b>				<b>0,5</b>	<b>0,6</b>			<b>6,6</b>

\* Angka prevalensi penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

**Tabel 3.5.6.3.**  
**Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera Mmnurut Pekerjaan di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Pekerjaan	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di 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
Tidak kerja	6,5	37,9		1,5	53,7	9,1	3,0		1,5	1,5			1,5				4,5
Sekolah	10,8	50,7		0,7	41,3	4,7											8,7
Ibu RT	4,5	52,3			40,9	4,5											4,5
Pegawai	6,6	63,8	2,9		23,5	13,2	1,4										5,8
Wiraswasta	7,0	52,6		1,0	35,8	16,7	2,1						1,0				4,2
Petani/nelayan/buruh	7,9	38,2	0,9	0,5	44,1	11,8		1,4					0,5	0,5			7,1
Lainnya	8,3	35,0			35,0	5,0	5,0			5,0				10,0			10,0

\* Angka prevalensi penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

**Tabel 3.5.6.4.**  
**Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera menurut Jenis Kelamin**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Jenis Kelamin	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di 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
<b>Laki-laki</b>	8,4	45,2	0,7	0,2	40,6	11,8	1,2	0,7					0,2	0,5			7,2
<b>Perempuan</b>	6,1	41,0		0,9	51,4	6,6	0,3		0,3	0,3			0,3	0,3			5,4

\* Angka prevalensi penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

Tabel 3.5.6.5.

Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera menurut Tipe Daerah di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007

Tipe daerah	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di 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
<b>Perkotaan</b>	7,7	47,4	0,6	0,6	43,5	7,0	1,1	0,2				0,2	0,4				7,4
<b>Perdesaan</b>	6,5	35,9		0,4	48,8	14,6	0,8	1,2	0,4			0,8	0,4				5,0

\* Angka prevalensi penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

**Tabel 3.5.6.6.**  
**Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Tingkat pengeluaran per kapita	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di 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
<b>Kuintil 1</b>	7,6	35,3		0,7	50,0	9,3	0,7		0,7					0,7			8,0
<b>Kuintil 2</b>	6,8	39,3	1,5	0,7	50,4	12,6	1,5		0,7	0,7				0,7			5,9
<b>Kuintil 3</b>	7,2	39,7	1,4	0,7	51,4	12,0	2,1		0,7				0,7				3,5
<b>Kuintil 4</b>	7,2	48,3		0,7	43,7	7,7			0,7				1,4				6,3
<b>Kuintil 5</b>	7,0	51,8			34,3	7,3	0,7						1,5				6,6

\* Angka prevalensi penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

Tabel 3.5.6.7.

Prevalensi Cedera dan Prevalensi Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Cedera	Penyebab cedera															
		Kecelakaan transportasi di 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
Kulon Progo	7,9	44,8			39,1	9,2		1,1				1,1	1,1				8,0
Bantul	7,0	44,4		0,5	46,0	7,0	0,5					0,5					4,3
Gunung Kidul	6,1	21,8		0,8	61,3	17,7	1,6										4,0
Sleman	5,7	59,9	1,7		26,6	11,0	1,2						1,2				10,4
Kota Yogyakarta	12,2	40,1		1,2	55,8	5,6	1,2					0,6	0,6				5,6
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>7,2</b>	<b>43,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>45,4</b>	<b>9,7</b>	<b>1,0</b>		<b>0,5</b>			<b>0,4</b>	<b>0,5</b>				<b>7,8</b>

\* Angka prevalensi penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

**Tabel 3.5.6.8.**  
**Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kelompok Umur**  
**di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007**

Kelompok Umur	Bagian Tubuh Terkena Cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
< 1										
1-- 4	32,3		0,8		6,5	6,5	3,2		45,2	6,5
5 -- 14	14,9	1,6	3,2	2,5	4,1	14,9	7,4	1,6	48,4	21,3
15 – 24	17,3	1,3	1,0	5,1	5,1	20,5	16,7	7,1	41,7	29,0
25 – 34	14,4		1,2	3,1	6,1	16,3	30,6	3,1	28,9	23,5
35 – 44	15,9	2,4	2,2	6,1	2,4	12,2	18,3	8,5	30,1	31,7
45 – 54	10,9		3,1	6,5	14,0	21,5	25,0	7,5	24,7	23,4
55 - 64	15,6	1,6	3,5	16,9	10,9	4,7	26,2	9,4	26,6	27,7
65 – 74	19,3	1,7		5,3	7,0	10,5	19,3	10,5	28,1	19,3
75+	24,1		1,9	23,3	6,9	10,3	17,2	6,9	13,3	17,2

**Tabel 3.5.6.9.**  
**Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pendidikan di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Pendidikan	Bagian Tubuh Terkena Cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Tidak Sekolah	18,1	1,4	2,8	11,1	11,1	8,3	16,7	11,1	25,0	18,1
Tidak tamat SD	7,2	0,9		9,9	10,8	14,4	18,9	4,5	40,5	24,1
Tamat SD	17,7	2,0	3,4	8,8	5,4	16,3	19,0	6,8	33,3	21,8
Tamat SLTP	15,7		2,6	5,2	6,0	13,9	18,3	7,0	31,3	30,4
Tamat SLTA	17,6	1,3	1,9	5,0	3,8	16,9	21,9	6,9	33,1	30,6
Tamat PT	11,8	2,0			12,0	22,0	36,0	4,0	23,5	32,0



Tabel 3.5.6.10.

Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pekerjaan di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007

Pekerjaan	Bagian Tubuh Terkena Cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Tidak kerja	18,2	3,0	4,5	13,6	7,5	17,9	26,9	6,1	26,9	19,7
Sekolah	13,9	0,7		4,7	5,3	15,2	13,9	4,0	48,3	27,8
Ibu RT	18,2	2,3		18,2	2,3	9,1	25,0	15,9	18,6	29,5
Pegawai	17,4	1,5	4,3	1,5	13,2	19,1	30,9	7,2	30,4	25,0
Wiraswasta	13,7	1,0	1,0	2,1	4,2	16,8	24,2	7,4	34,7	31,3
Petani/nelayan /buruh	15,7	0,5	2,9	9,0	8,1	13,8	18,6	6,7	25,1	25,1
Lainnya	5,0	5,0	5,0		15,0	15,8	10,0	5,0	35,0	20,0

**Tabel 3.5.6.11.**  
**Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Jenis Kelamin**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Jenis Kelamin	Bagian Tubuh Terkena Cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
<b>Laki-laki</b>	17,3	1,4	2,2	5,3	8,2	15,8	21,6	4,3	31,9	25,4
<b>Perempuan</b>	15,6	0,6	1,3	7,6	4,8	14,3	14,9	8,9	37,7	23,0

**Tabel 3.5.6.12.**  
**Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Tipe Daerah**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Tipe daerah	Bagian Tubuh Terkena Cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
<b>Perkotaan</b>	15,7	1,1	2,1	5,5	5,5	15,9	18,4	5,7	37,7	24,5
<b>Perdesaan</b>	18,1	0,8	1,2	7,7	8,8	13,8	18,9	7,3	27,7	24,2

**Tabel 3.5.6.13.**  
**Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Tingkat pengeluaran per kapita	Bagian Tubuh Terkena Cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
<b>Kuintil 1</b>	16,1		2,0	7,4	9,4	14,1	17,4	8,7	36,2	18,7
<b>Kuintil 2</b>	16,3	1,5	2,2	4,4	8,1	13,3	20,7	5,2	25,9	33,6
<b>Kuintil 3</b>	14,2	0,7	2,1	6,4	4,3	17,9	15,0	5,0	41,1	21,3
<b>Kuintil 4</b>	17,6	1,4	1,4	4,9	4,9	16,8	16,2	4,9	35,2	26,1
<b>Kuintil 5</b>	18,1	1,5	2,2	7,2	7,2	13,1	22,6	8,7	32,1	22,5

Tabel 3.5.6.14.

Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Bagian Tubuh Terkena Cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Kulon Progo	19,3	2,3	3,4	13,6	10,2	15,9	23,9	10,2	31,8	26,1
Bantul	13,0	0,5	2,2	8,2	2,7	13,0	15,1	6,5	37,0	23,7
Gunung Kidul	17,7	0,8	0,8	4,8	10,5	10,5	18,5	7,3	21,8	28,2
Sleman	17,4	1,2	2,9	3,5	10,4	17,9	20,3	4,7	34,3	22,0
Kota Yogyakarta	16,6	1,8	0,6	3,7	3,1	18,4	17,8	4,9	41,7	23,3
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>16,4</b>	<b>1,2</b>	<b>1,9</b>	<b>6,2</b>	<b>6,8</b>	<b>15,3</b>	<b>18,6</b>	<b>6,3</b>	<b>34,2</b>	<b>24,3</b>

**Tabel 3.5.6.15.**  
**Prevalensi Jenis Cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kelompok Umur	Jenis Cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
1-- 4	36,7	73,3	10,0	3,2					3,3
5 -- 14	35,8	60,7	21,1		14,8	1,6	0,8		4,9
15 – 24	48,4	60,9	16,0	1,9	19,2	7,1			3,8
25 – 34	49,0	47,9	29,2	2,1	15,3	10,4			9,4
35 – 44	50,6	44,6	19,3	1,2	28,0	6,1	1,2	1,2	1,2
45 – 54	46,7	48,4	22,8		24,7	7,5	1,1	1,1	4,3
55 - 64	46,9	37,5	16,9		24,6	14,1	1,5	1,6	3,1
65 – 74	45,6	19,3	20,7	1,8	29,8	7,0			7,0
75+	44,8	24,1	10,3	3,4	26,7	13,8	3,4		6,9

**Tabel 3.5.6.16.**  
**Prevalensi Cedera menurut Pendidikan di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Pendidikan	Jenis Cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Tidak Sekolah	42,3	31,0	16,9	1,4	31,9	5,6			4,2
Tidak tamat SD	33,3	42,3	19,8		20,5	5,4	0,9	0,9	8,1
Tamat SD	47,6	47,6	20,4	0,7	24,5	2,7	1,4	0,7	4,1
Tamat SLTP	45,2	58,3	16,5		19,1	7,0	1,7	0,9	5,2
Tamat SLTA	54,4	45,9	21,5	3,8	19,4	13,3		0,6	5,7
Tamat PT	52,0	54,0	25,5		22,0	18,0			3,9

**Tabel 3.5.6.17.**  
**Prevalensi Cedera menurut Pekerjaan di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Pekerjaan	Jenis Cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Tidak kerja	43,9	36,4	19,4	3,0	22,7	16,7	1,5		9,0
Sekolah	43,3	57,3	21,3		15,9	5,3	0,7		6,6
Ibu RT	50,0	45,5	20,5	2,3	29,5	9,1			2,3
Pegawai	50,0	59,7	23,9		27,5	9,0			7,5
Wiraswasta	54,7	52,6	20,8	1,1	15,6	5,3	2,1		3,2
Petani/nelayan/ buruh	44,3	38,1	18,6	1,0	26,4	6,7	0,5	1,0	4,8
Lainnya	30,0	25,0	5,3	10,0	21,1	15,0		5,0	5,0



**Tabel 3.5.6.18.**  
**Prevalensi Jenis Cedera menurut Jenis Kelamin di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Jenis Kelamin	Jenis Cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Laki-laki	40,6	49,0	23,2	1,0	20,9	8,5	1,0	0,7	5,1
perempuan	50,3	50,3	15,2	1,3	19,9	5,4		0,3	4,7

**Tabel 3.5.6.19.**  
**Prevalensi Jenis Cedera menurut Tipe Daerah di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Tipe daerah	Jenis Cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Kota	48,0	54,6	18,0	1,1	17,5	7,4	0,6	0,2	4,4
Desa	41,3	40,7	23,2	1,2	25,9	6,6	0,8	0,8	6,2

**Tabel 3.5.6.20.**  
**Prevalensi Jenis Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Tingkat pengeluaran per kapita	Jenis Cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Kuintil 1	38,3	54,4	17,6	0,7	18,5	5,4	0,7	0,7	4,1
Kuintil 2	48,1	48,5	24,4	0,7	20,0	5,2		0,7	5,9
Kuintil 3	43,6	46,1	19,9	1,4	21,1	7,1	1,4	0,7	5,7
Kuintil 4	46,1	49,6	21,3	1,4	16,9	8,5	0,7	0,7	5,7
Kuintil 5	51,8	47,1	19,0	2,2	25,5	10,1	0,7	0,7	3,6

**Tabel 3.5.6.21.**  
**Prevalensi Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Jenis Cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Kulon Progo	40,2	55,2	29,5	3,4	21,6	9,1		2,3	4,6
Bantul	39,2	52,7	15,6	1,1	12,3	4,3		0,5	4,8
Gunung Kidul	43,9	30,1	25,2		33,1	4,1	1,6		5,7
Sleman	43,9	52,4	23,4	1,8	21,4	11,1			5,8
Kota Yogyakarta	58,3	55,2	11,0		18,4	7,4	1,8		3,7
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>45,5</b>	<b>49,7</b>	<b>19,7</b>	<b>1,1</b>	<b>20,4</b>	<b>7,1</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>	<b>4,9</b>

### 3.6 Perilaku

Pengetahuan, sikap dan perilaku dalam Riskesdas 2007 ditanyakan kepada penduduk umur 10 tahun ke atas. Pengetahuan dan sikap yang berhubungan dengan penyakit flu burung dan HIV/AIDS ditanyakan melalui wawancara individu. Demikian juga perilaku higienis yang meliputi pertanyaan mencuci tangan pakai sabun, kebiasaan buang air besar, 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.

#### 3.6.1 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 rata-rata batang rokok yang dihisap per hari dan 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 3.6.1.1**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas**  
**menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok	Perokok	Mantan	Bukan
Kulon Progo	27,2	6,8	6,4	59,6
Bantul	23,0	7,9	5,1	63,9
Gunung Kidul	28,0	5,0	5,6	61,5
Sleman	21,5	5,2	6,3	67,1
Kota Yogyakarta	21,0	5,0	6,5	67,4
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>23,8</b>	<b>6,0</b>	<b>5,9</b>	<b>64,4</b>

Pada Tabel 3.6.1.1 menggambarkan persentase penduduk Provinsi DI Yogyakarta umur 10 tahun ke atas yang merokok setiap hari 23,8%. Persentase penduduk yang merokok setiap hari tertinggi adalah Kabupaten Gunung Kidul (28,0%) diikuti kabupaten Kulon Progo (27,2%). Ternyata untuk menyadarkan penduduk untuk tidak lagi merokok sangat sulit hal ini tergambar dari prevalensi yang telah berhenti merokok atau mantan perokok yakni 5,9 %.

**Tabel 3.6.1.2**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas**  
**Menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok	Perokok	Mantan	Bukan
<b>Umur (Tahun)</b>				
10-14	0,5	1,2	2,3	95,9
15-24	19,2	8,8	3,7	68,4
25-34	26,0	6,5	3,6	63,9
35-44	21,7	6,2	5,8	66,4
45-54	26,3	5,3	5,8	62,5
55-64	28,6	6,5	8,2	56,7
65-74	37,7	5,4	12,3	44,6
75+	43,8	4,6	14,3	37,3
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki	43,2	11,3	10,4	35,1
Perempuan	5,7	1,1	1,7	91,6
<b>Pendidikan</b>				
Tidak Sekolah	33,7	4,4	8,6	53,3
Tidak Tamat SD	18,9	5,9	4,5	70,5
Tamat SD	23,9	5,0	4,9	66,2
Tamat SLTP	23,8	6,2	5,4	64,5
Tamat SLTA	24,5	7,7	6,1	61,7
Tamat PT	16,2	5,1	7,8	70,9
<b>Tipe Daerah</b>				
Pekotaan	22,0	5,8	5,7	66,5
Pedesaan	26,4	6,3	6,2	61,1
<b>Tingkat Pendapatan</b>				
Kuintil-1	26,3	6,5	5,0	62,2
Kuintil-2	27,5	6,0	5,2	61,3
Kuintil-3	22,7	5,7	6,8	64,8
Kuintil-4	21,4	5,2	6,0	67,3
Kuintil-5	20,0	6,7	6,2	65,1

Secara umum perilaku merokok penduduk umur 10 tahun ke atas menurut karakteristik memperlihatkan prevalensi perokok setiap hari tinggi pada kelompok umur tua (65 -75 tahun ke atas) dengan rata-rata 37,7 sampai 43,8 persen. Pada laki-laki (43,2,0%) 7,6 kali lebih tinggi dari pada perempuan (5,7%).

Menurut pendidikan, prevalensi tertinggi pada penduduk tamat SMA (33,7%), dan terendah pada penduduk tamat PT (16,2%). Tidak tampak perbedaan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita per bulan, yaitu rata-rata 23,9 persen. Perokok pada penduduk di pedesaan lebih tinggi (26,4%) dibandingkan penduduk di perkotaan (22,0%). Pada perokok kadang-kadang, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun (8,8%) dan pada laki-laki (11,3%) 10 kali lebih banyak dibandingkan perempuan (1,1%).

**Tabel 3.6.1.3**  
**Prevalensi Perokok Saat Ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang**  
**Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas**  
**Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Perokok Saat</b>	<b>Rerata jumlah</b>
Kulon Progo	33,9	6,7
Bantul	31,0	8,5
Gunung Kidul	33,0	7,2
Sleman	26,7	8,0
Kota Yogyakarta	26,1	8,7
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>29,8</b>	<b>7,8</b>

Pada umumnya, rerata jumlah batang rokok yang dihisap setiap hari oleh penduduk di Provinsi DI Yogyakarta adalah 7,8 batang/hari. Prevalensi perokok saat ini tertinggi di Kabupaten Kulon Progo (33,9%).

Yang dimaksud dengan perokok saat ini adalah penduduk yang merokok setiap hari (perokok setiap hari) dan yang merokok kadang-kadang (perokok kadang-kadang).

Prevalensi merokok saat ini di Kota Yogyakarta yang terendah (26,1%) dalam menghisap rokok namun dengan rerata paling banyak yaitu 8,7 batang rokok yang dihisap per hari, dan prevalensi tertinggi merokok di Kabupaten Kulon Progo (33,9%) dengan rerata paling sedikit 6,7 batang rokok dihisap perhari.

**Tabel 3.6.1.4**  
**Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok Yang Dihisap**  
**Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Perokok</b>	<b>Rerata jumlah batang</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
10-14	1,7	4,3
15-24	27,9	6,7
25-34	32,6	8,5
35-44	27,9	9,5
45-54	31,7	8,6
55-64	35,2	7,5
65-74	43,1	6,7
75+	48,4	6,5
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	54,5	8,3
Perempuan	6,7	4,7
<b>Pendidikan</b>		
Tdk sekolah	38,0	6,6
Tdk tamat SD	24,9	7,3
Tamat SD	28,9	8,2
Tamat SMP	30,0	8,2
Tamat SMA	32,2	8,2
Tamat PT	21,3	8,6
<b>Pekerjaan</b>		
Tdk bekerja	34,4	4,9
Sekolah	12,3	6,0
Ibu rumah tangga	3,6	4,2
Pegawai	32,8	8,9
Wiraswasta	33,6	8,8
Petani/nelayan/buruh	43,0	7,8
Lainnya	36,9	7,9
<b>Tipe Daerah</b>		
Kota	27,8	10,7
Desa	32,7	8,9
<b>Tingkat Pengeluaran/kapita/bulan</b>		
Kuintil-1	32,8	7,3
Kuintil-2	33,5	7,9
Kuintil-3	28,5	7,6
Kuintil-4	26,7	8,4
Kuintil-5	28,7	8,3



Tabel 3.6.1.4 menunjukkan penduduk umur 35-44 tahun ke atas adalah yang terbanyak dalam hal jumlah batang rokok yang dihisap, dengan rerata 9,5 batang rokok per hari. Menurut karakteristik Rerata jumlah batang rokok yang dihisap per hari lebih tertinggi pada penduduk laki-laki dengan rata-rata 8,3 batang, berpendidikan tamat PT 8,6 batang, penduduk dengan jenis pekerjaan pegawai 8,9 batang, penduduk yang tinggal di perkotaan 10,7 batang dan kuintil-4 dengan rata-rata 8,4 batang.

Adapun Prevalensi perokok saat ini terbanyak pada kelompok umur 75 tahun ke atas (48,4%), laki-laki (54,5%), tidak sekolah (38,0%), penduduk dengan jenis pekerjaan petani/nelayan/buruh (43,0%) dan kuintil-2 (33,5%)

**Tabel 3.6.1.5**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok**  
**Menurut Umur Pertama Kali Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Umur Mulai Merokok Tiap Hari (tahun)						Tidak
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥30	
Kulon Progo	0,0	13,6	35,8	19,1	6,6	7,4	17,5
Bantul	0,0	14,4	44,0	17,3	4,8	2,5	17,0
Gunung Kidul	0,0	12,1	30,7	17,0	4,7	5,7	29,8
Sleman	0,0	10,0	40,2	14,8	3,6	5,5	25,9
Kota Yogyakarta	0,0	15,2	48,5	15,2	5,5	6,8	8,8
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>0,0</b>	<b>12,6</b>	<b>39,3</b>	<b>16,5</b>	<b>4,8</b>	<b>5,1</b>	<b>21,6</b>

Pada umumnya di Provinsi DI Yogyakarta prevalensi tertinggi (39,3%) penduduk pertama kali merokok atau mengunyah tembakau adalah pada umur remaja 15 – 19 tahun. Sebagian besar penduduk di semua kabupaten/kota di DI Yogyakarta pertama kali merokok/mengunyah tembakau pada umur tersebut (15 – 19 tahun) dan tertinggi di kota Yogyakarta (48,5%).

**Tabel 3.6.1.6**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok**  
**Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden**  
**di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007**

Karakteristik	Usia Mulai Merokok Tiap Hari (tahun)					
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥ 30
<b>Umur (Tahun)</b>						
10-14	0,0	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-24	0,0	17,4	69,6	6,5	0,0	0,0
25-34	0,0	11,8	54,9	18,4	2,6	0,5
35-44	0,0	13,9	39,4	20,0	6,7	4,3
45-54	0,0	8,5	35,3	22,2	9,9	6,1
55-64	0,0	11,2	22,5	18,2	5,0	10,1
65-74	0,0	16,0	19,6	14,2	6,2	11,2
75+	0,0	7,2	18,3	13,3	1,7	7,8
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki	0,0	12,9	42,2	17,4	5,0	4,5
Perempuan	0,0	11,0	18,8	10,6	2,7	9,8
<b>Pendidikan</b>						
Tidak Sekolah	0,0	10,9	23,3	14,5	5,2	7,9
Tidak Tamat SD	0,0	11,0	23,9	20,0	8,2	6,3
Tamat SD	0,0	15,3	35,1	18,7	4,4	5,4
Tamat SMP	0,0	16,6	43,4	13,4	4,6	3,4
Tamat SMA	0,0	10,6	54,6	16,4	3,6	3,8
Tamat SMA +	0,0	7,0	51,3	17,4	4,3	4,3
<b>Tipe Daerah</b>						
Pekotaan	0,0	12,0	44,0	15,6	4,4	4,4
Pedesaan	0,0	13,4	33,4	17,8	5,2	6,0
<b>Tingkat pengeluaran/ kapita/bulan</b>						
Kuintil-1	0,0	15,9	32,8	14,5	4,9	4,9
Kuintil-2	0,0	14,3	36,2	17,1	4,4	6,6
Kuintil-3	0,0	10,9	35,8	18,2	6,5	4,4
Kuintil-4	0,0	11,2	41,8	15,0	4,6	5,5
Kuintil-5	0,0	9,9	48,5	18,5	3,8	4,3

Berdasarkan semua karakteristik, perokok di Provinsi DI Yogyakarta terbanyak mulai merokok setiap hari pada umur remaja, 15 – 19 tahun. Ada kecenderungan meningkat dengan mulai merokok setiap hari pada umur 15-19 tahun. Tidak ada perbedaan dalam hal umur mulai merokok setiap hari dengan tingkat pengeluaran per kapita

**Tabel 3.6.1.7**  
**Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas yang Merokok**  
**Berdasarkan Umur Pertama Kali Merokok, Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Umur Pertama Kali Merokok						Tidak
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Kulon Progo	1,1	15,6	32,5	16,4	5,8	5,5	23,2
Bantul	1,6	13,1	44,9	12,1	3,2	1,7	23,3
Gunung Kidul	1,5	12,5	25,1	14,9	4,4	5,2	36,4
Sleman	2,5	13,1	32,6	11,6	2,8	3,3	34,3
Kota Yogyakarta	3,3	19,5	44,7	11,9	4,6	3,8	12,2
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>1,9</b>	<b>14,0</b>	<b>35,6</b>	<b>13,1</b>	<b>3,8</b>	<b>3,6</b>	<b>27,9</b>

Tabel 3.6.1.7 memperlihatkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut umur pertama kali merokok/mengunyah tembakau. Umur mulai merokok atau mengunyah tembakau mencakup juga penduduk yang baru pertama pertama kali mencoba merokok atau mengunyah tembakau. Sebagian besar perokok di Provinsi DI Yogyakarta mulai merokok pada umur 15-19 tahun sebesar 35,6% sedangkan diantara kabupaten/kota tertinggi di kabupaten Bantul 44,9%.

**Tabel 3.6.1.8**  
**Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur**  
**Pertama Kali Merokok, Menurut Karakteristik**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Umur pertama kali merokok/kunyah tembakau						Tidak
	5-9	10-14	15-19 t	20-24	25-29	>=30	
<b>Umur (tahun)</b>							
10-14	13,9	55,6	0,0	0,0	0,0	0,0	30,5
15-24	2,1	22,1	54,2	4,6	0,0	0,0	17,0
25-34	1,5	12,5	47,1	14,8	3,2	0,6	20,3
35-44	0,9	13,5	41,8	15,8	4,5	3,4	20,1
45-54	1,6	12,3	32,6	17,9	6,6	5,8	23,2
55-64	2,8	10,2	22,3	14,8	4,9	12,3	32,7
65-74	1,8	12,2	20,3	11,4	5,2	11,7	37,4
75+	1,6	8,9	19,1	12,1	3,1	10,5	34,7
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki	1,9	14,8	37,8	13,8	4,1	2,9	24,7
Perempuan	1,6	8,2	19,8	7,9	2,1	8,7	51,7
<b>Pendidikan</b>							
Tidak Sekolah	2,0	11,3	21,1	9,8	4,6	7,4	43,8
Tidak Tamat SD	4,1	9,2	25,4	15,6	5,1	3,8	36,8
Tamat SD	1,5	17,4	30,0	15,5	3,8	3,7	28,1
Tamat SLTP	1,9	19,1	34,6	11,9	3,1	3,1	26,3
Tamat SLTA	1,4	12,7	51,6	11,9	2,9	1,8	17,7
Tamat PT	1,0	11,7	41,0	16,1	4,9	2,9	22,4
	1,9	14,0	35,6	13,1	3,8	3,6	28,0
<b>Tipe Daerah</b>							
Pekotaan	1,9	14,1	39,7	12,5	3,4	2,5	25,9
Pedesaan	1,9	13,9	30,3	13,8	4,4	5,0	30,7
	1,9	14,0	35,6	13,1	3,8	3,6	28,0
<b>Tingkat pendapatan/Kapita/Bulan</b>							
Kuintil-1	3,2	13,9	29,5	12,6	4,5	4,1	32,2
Kuintil-2	1,9	15,7	34,6	13,9	2,0	3,7	28,2
Kuintil-3	0,8	11,2	34,0	12,4	4,9	4,2	32,5
Kuintil-4	2,0	13,8	36,2	12,9	4,7	3,4	27,0
Kuintil-5	1,6	14,4	42,4	14,1	3,5	2,7	21,3

Berdasarkan karakteristik menunjukkan bahwa, umur pertama kali merokok atau mengunyah tembakau terbanyak adalah pada umur remaja 15 – 19 tahun. Prevalensi penduduk yang mulai merokok pertama kali pada umur tersebut, lebih banyak pada laki-laki, lebih tinggi di perkotaan, dan meningkat dengan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran per kapita. Ada sekitar 14,0 % penduduk dengan kelompok umur 10-14 tahun yang pertama kali mulai merokok pada umur 5 – 9 tahun.

**Tabel 3.6.1.9**  
**Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Perokok di Dalam Rumah
Kulon Progo	79 ,3
Bantul	85 ,7
Gunung Kidul	77 ,9
Sleman	79 ,8
Yogyakarta	77 ,7
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>80 ,7</b>

Perokok di Provinsi DI Yogyakarta sebagian besar (80,7%) merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lainnya. Hal ini akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain menjadi perokok pasif. Prevalensi perokok di dalam rumah yang tinggi adalah di Kabupaten Bantul (85,7%) dan Sleman (79,8%).

**Tabel 3.6.1.10**  
**Sebaran Penduduk Umur 10 tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis Rokok yang Dihisap Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta ,Riskesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kre tek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cang- klong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Kulon Progo	40 ,4	38 ,4	9 ,1	42 ,2	0 ,6	0 ,3	20 ,0	0 ,3
Bantul	58 ,9	28 ,4	6 ,2	19 ,3	0 ,1	0 ,1	10 ,1	0 ,1
Gunung Kidul	36 ,3	41 ,0	9 ,2	53 ,5	0 ,5	0 ,5	14 ,9	0 ,3
Sleman	70 ,0	45 ,6	21 ,1	20 ,4	1 ,2	1 ,9	3 ,0	0 ,4
Kota Yogyakarta	69 ,8	33 ,7	21 ,2	8 ,2	0 ,3	2 ,1	1 ,7	0 ,3
<b>DI</b>	<b>55 ,6</b>	<b>37 ,6</b>	<b>12 ,9</b>	<b>28 ,9</b>	<b>0 ,6</b>	<b>0 ,9</b>	<b>9 ,6</b>	<b>0 ,3</b>

Secara umum, di Provinsi DI Yogyakarta penduduk berumur 10 tahun ke atas lebih banyak yang memilih menghisap rokok kretek dengan filter (55,6%) dan rokok kretek tanpa filter (37,6%) dibandingkan jenis lainnya. Penduduk kabupaten Sleman paling banyak merokok jenis rokok kretek dengan filter (70,0%), sekaligus tertinggi merokok jenis kretek tanpa filter (45,6%)

**Tabel 3.6.1.11**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut**  
**Jenis Rokok yang Dihisap, dan Karakteristik Responden**  
**di Provinsi DI Yogyakarta , Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cang klong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
<b>Umur(Tahun)</b>								
10-14	76,9	23,1	28,6	14,3		7,7	7,7	
15-24	89,4	24,8	34,1	8,0	0,2	1,0	0,5	0,2
25-34	81,9	38,1	21,5	13,8	1,1	1,5	0,4	0,8
35-44	66,9	46,4	9,2	17,9				
45-54	51,0	54,2	6,2	34,3	0,7	1,5	3,2	0,5
55-64	27,9	38,1	2,8	51,4	1,3	1,0	15,6	
65-74	16,1	29,8	1,0	53,2	0,3	0,7	32,7	0,3
75+	9,2	22,4	2,5	50,3		0,5	41,1	0,5
<b>Jenis Kelamin</b>								
Laki	61,4	41,9	14,3	31,8	0,7	1,0	0,5	0,3
Perempuan	9,2	3,5	1,8	5,7		0,4	82,0	0,4
<b>Pendidikan</b>								
Tidak	18,5	28,6	3,8	40,7	0,3	0,8	38,8	0,3
Tidak tamat SD	34,2	42,4	8,0	53,1	0,6	0,6	11,5	
Tamat SD	47,5	44,1	8,4	40,6	0,7	0,9	7,3	0,7
Tamat SMP	67,4	44,8	15,2	20,2	0,2	0,7	3,2	0,2
Tamat SMA	78,5	33,1	21,3	11,7	0,8	1,4	1,0	0,1
Tamat PT	80,4	26,8	16,2	12,8		0,7	1,4	
<b>Tipe Daerah</b>								
Pekotaan	67,5	36,7	17,1	16,5	0,7	1,3	5,0	0,4
Pedesaan	40,6	38,9	7,5	44,6	0,4	0,4	15,5	0,2
<b>Tingkat Pengeluaran per kapita</b>								
Kuintil-1	49,1	41,9	13,0	40,0	0,6	1,5	10,5	49,1
Kuintil-2	50,1	36,7	9,9	30,9	0,5	0,7	12,8	50,1
Kuintil-3	51,6	40,0	9,7	34,5	1,1	1,3	10,7	51,6
Kuintil-4	59,2	41,3	11,5	24,8	0,4	0,7	7,3	59,2
Kuintil-5	67,7	30,4	18,3	15,5	0,2	0,4	6,8	67,7

Tabel 3.6.1.11 memperlihatkan persentase penduduk berumur 10 tahun ke atas yang merokok menurut jenis rokok yang dihisap. Dapat dilihat bahwa sebagian penduduk yang beumur antara 10 – 44 tahun cenderung memilih rokok kretek dengan filter, sedangkan penduduk yang berumur 35 -54 tahun cenderung milih rokok kretek tanpa filter. Menghisap rokok linting dan mengunyah tembakau termasuk banyak dipilih oleh penduduk berumur lanjut (55-75 tahun ke atas). Selain

menghisap rokok retek filter dan tanpa filter, penduduk perempuan banyak yang mengunyah tembakau (82,0%).

Berdasarkan tingkat pendidikan, semua penduduk dengan berbagai strata pendidikan menyukai jenis rokok kretek dengan filter dan ada kecenderungan meningkat merokok kretek menggunakan filter dengan makin tingginya pendidikan. Penduduk di wilayah perkotaan lebih banyak memilih jenis rokok kretek dibandingkan jenis rokok/tembakau lainnya, namun di perdesaan prevalensi penduduk yang memilih rokok dengan atau tanpa filter seimbang. Ada kecenderungan makin meningkat merokok jenis kretek dengan filter dengan makin tingginya pendapatan.

### 3.6.2 Perilaku Konsumsi Buah Dan Sayur

Data frekuensi dan porsi asupan sayur dan buah dikumpulkan dengan menghitung jumlah hari konsumsi dalam seminggu dan jumlah porsi rata-rata 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.

**Tabel 3.6.2.1**

#### **Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Kurang makan buah dan Sayur</b>
Kulon Progo	93,2
Bantul	74,3
Gunung Kidul	95,2
Sleman	84,2
Yogyakarta	94,4
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>86,1</b>

Data dari Tabel 3.6.2.1 menunjukkan secara keseluruhan penduduk umur 10 tahun ke atas di Provinsi DI Yogyakarta kurang mengkonsumsi buah dan sayur (86,1%) . Penduduk kabupaten bantul tertinggi (25,7%) mengkonsumsi sayur dan buah dengan porsi cukup, sedangkan terendah adalah kabupaten Gunung Kidul (4,8%).

**Tabel 3.6.2.2**  
**Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas**  
**Menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Kurang Makan Buah dan Sayur</b>
<b>Umur (tahun)</b>	
10-14 tahun	85 ,0
15-24	86 ,3
25-34	85 ,3
35-44	84 ,7
45-54	86 ,9
55-64	89 ,2
65-74	94 ,1
75+	86 ,1
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki	84 ,7
Perempuan	87 ,3
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	92 ,1
Tidak tamat SD	87 ,2
Tamat SD	86 ,3
Tamat SLTP	85 ,8
Tamat SLTA	84 ,7
Tamat PT	80 ,4
<b>Tipe Daerah</b>	
Pekotaan	84 ,3
Pedesaan	88 ,8
<b>Tingkat pendapatan/kapita/bulan</b>	
Kuintil-1	87 ,7
Kuintil-2	87 ,1
Kuintil-3	87 ,2
Kuintil-4	83 ,3
Kuintil-5	84 ,6

Pada Tabel 3.6.2.3 tampak bahwa kelompok umur yang paling kurang konsumsi buah dan sayur adalah 65-74 tahun (95,3%). Perempuan lebih banyak mengonsumsi buah dan sayur dibandingkan laki-laki dan. Sementara berdasarkan pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik konsumsi buah dan sayur. Daerah pedesaan lebih banyak mengonsumsi buah dan sayur dibandingkan daerah perkotaan. 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, kecuali kuintil 5.



### 3.6.3 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 rata-rata 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 3.6.3.1**  
**Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir,**  
**Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Konsumsi alkohol 12 Bulan terakhir</b>	<b>Konsumsi alkohol 1 Bulan terakhir</b>
Kulon Progo	3,4	1,2
Bantul	2,1	1,5
Gunung Kidul	1,7	0,7
Sleman	4,4	2,2
Yogyakarta	5,1	2,6
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>3,2</b>	<b>1,6</b>

Di Provinsi DI Yogyakarta tampak bahwa prevalensi tertinggi peminum alkohol dalam 12 bulan maupun 1 bulan terakhir adalah dari Kota Yogyakarta, yakni 5,1% dan 2,6%. Sedangkan prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir maupun 1 bulan terakhir terendah pada penduduk Kabupaten Gunung Kidul (1,7%) dan (0,7%)

**Tabel 3.6.3.2**  
**Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut**  
**Karakteristik di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Konsumsi</b>	<b>Konsumsi alkohol</b>
<b>Umur (tahun)</b>		
10-14 tahun		
15-24	7,5	3,7
25-34	6,5	3,2
35-44	2,5	1,4
45-54	2,1	1,2
55-64	0,6	0,2
65-74	0,3	0,1
75+	3,2	1,6
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki	6,5	3,4
Perempuan	0,2	0,0
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	0,6	0,4
Tidak tamat SD	1,4	0,6
Tamat SD	2,2	1,0
Tamat SLTP	4,5	2,4
Tamat SLTA	5,9	3,0
Tamat PT	2,0	1,0
<b>Tipe Daerah</b>		
Pekotaan	4,2	2,2
Pedesaan	1,8	0,8
<b>Tingkat</b>		
Kuintil-1	2,3	1,2
Kuintil-2	2,3	1,3
Kuintil-3	3,2	1,4
Kuintil-4	2,5	1,6
Kuintil-5	4,9	2,4

Dapat diketahui bahwa persentase terbesar penduduk di Provinsi DI YOGYAKARTA yang mengkonsumsi alkohol dalam 12 bulan dan 1 bulan terakhir adalah kelompok umur 25 – 34 tahun, yakni 6,5% dan 3,2%. Persentase penduduk laki-laki yang mengkonsumsi alkohol (6,5%) jauh lebih besar dibandingkan penduduk perempuan (0,2%). Konsumsi alkohol juga lebih sering pada penduduk dengan tingkat pendidikan lebih tinggi (SMA ke atas) dibandingkan pada penduduk dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah, dan lebih banyak dikonsumsi oleh penduduk di daerah perkotaan (4,2%). Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita (kuintil), terlihat bahwa penduduk dengan tingkat pengeluaran per kapita lebih tinggi akan cenderung lebih banyak mengkonsumsi alkohol.

### 3.6.4 Aktifitas Fisik

Aktivitas fisik secara teratur bermanfaat dalam mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Mengukur tingkat aktivitas fisik seseorang di masyarakat bukan pekerjaan yang mudah.

Pada Riskesdas 2007 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 1 kegiatan tanpa henti, dan secara kumulatif 150 menit selama 5 hari dalam 1 minggu. Selain frekuensi dilakukan pula pengumpulan data intensitas, yaitu dengan mengumpulkan data tentang jumlah hari melakukan aktivitas 'berat', 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit aktivitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktivitas yang dilakukan, dimana aktivitas diberi pembobotan, masing-masing untuk aktivitas berat 4 kali, aktivitas sedang 2 kali terhadap aktivitas ringan atau jalan santai.

**Tabel 3.6.4.1**  
**Prevalensi penduduk 10 tahun ke atas yang Melakukan Kegiatan Aktif dan tidak Aktif, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Kurang Aktivitas Fisik</b>
Kulon Progo	40,0
Bantul	45,0
Gunung Kidul	24,5
Sleman	58,7
Yogyakarta	47,9
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>45,3</b>

Dari Tabel 3.6.4.1 menunjukkan kurang dari separuh penduduk Provinsi DI Yogyakarta (45,3%) kurang aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi dijumpai di Kabupaten Gunung Kidul (24,5%) dan Kabupaten Kulon Progo (40,0%)

**Tabel 3.6.4.2**  
**Prevalensi penduduk 10 tahun ke atas yang Melakukan Kegiatan Aktif dan tidak Aktif, Menurut Karakteristik di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Kurang Aktivitas Fisik</b>
<b>Umur (tahun)</b>	
10-14	60,2
15-24	59,7
25-34	44,8
35-44	35,3
45-54	34,3
55-64	31,1
65-74	41,5
75+	65,0
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki	40,4
Perempuan	48,9
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	41,4
Tidak tamat SD	40,8
Tamat SD	33,8
Tamat SLTP	42,7
Tamat SLTA	54,8
Tamat PT	58,9
<b>Tempat tinggal</b>	
Pekotaan	53,0
Pedesaan	32,5
<b>Tingkat</b>	
Kuintil-1	36,3
Kuintil-2	41,6
Kuintil-3	44,6
Kuintil-4	53,1
Kuintil-5	54,0

Menurut kelompok umur kurang aktivitas fisik paling tinggi pada kelompok umur pada kelompok umur 75 tahun ke atas dan 10-14 tahun. Kurang aktivitas fisik juga lebih banyak pada penduduk di perkotaan, dan perempuan. Sedangkan terdapat kecenderungan berkurangnya aktivitas fisik dengan makin tinggi pendidikan dan pendapatan.

### 3.6.5 Pengetahuan Dan Sikap Terhadap 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 3.6.5.1**  
**Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung, dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Pernah mendengar tentang flu</b>	<b>Cara Penularan flu burung</b>	<b>Sikap apabila ada unggas sakit</b>
Kulon Progo	68 ,5	79,8	92,7
Bantul	75 ,9	77,6	94,4
Gunug Kidul	59 ,8	68,4	93,1
Sleman	79 ,4	72,3	94,6
Kota Yogyakarta	89 ,6	77,6	91,2
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>74 ,7</b>	<b>74,6</b>	<b>93,6</b>

Tabel 3.6.5.1 menunjukkan bahwa di Provinsi DI Yogyakarta, sebagian besar penduduknya (74,7%) pernah mendengar tentang flu burung, dengan persentase tertinggi adalah di Kota Yogyakarta (89,6%) dan terendah di Kabupaten Gunung Kidul (59,8%). Tiga perempat lebih penduduk mengetahui cara penularan dan sikap apabila ada unggas sakit. Penduduk yang mengetahui cara penularan yang benar, tertinggi di kabupaten Kulonprogo (79,8%) dan terendah di kabupaten Gunung Kidul (68,4%). Sedangkan sikap yang benar apabila ada unggas sakit, paling tinggi di kabupaten Sleman dan paling rendah di kota Yogyakarta.

**Tabel 3.6.5.2**  
**Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung, dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pernah mendengar tentang flu burung	Cara penularan flu burung	Sikapabila ada unggas sakit
<b>Umur (tahun)</b>			
10-14	73 ,4	71,2	92,1
15-24	92 ,0	79,3	94,0
25-34	89 ,4	81,3	95,2
35-44	83 ,4	76,2	94,5
45-54	73 ,5	71,1	92,3
55-64	58 ,9	68,0	93,8
65-74	42 ,3	58,6	89,2
75+	20 ,7	35,3	88,4
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki	79 ,1	76,9	93,6
Perempuan	70 ,6	72,3	93,7
<b>Pendidikan</b>			
Tidak sekolah	39 ,5	59,6	88,1
Tidak tamat SD	56 ,8	63,1	90,7
Tamat SD	70 ,1	70,3	92,1
Tamat SMP	83 ,5	75,8	93,8
Tamat SMA	92 ,5	80,4	95,4
Tamat SMA +	94 ,2	84,9	97,1
<b>Pekerjaan</b>			
Tidak kerja	56,2	68,8	92,3
Sekolah	85,4	77,8	93,0
Ibu RT	76,9	76,6	95,0
Pegawai	92,3	83,8	94,9
wiraswasta	81,5	72,6	94,2
Petani/nelayan/buruh	64,9	70,0	92,7
Lainnya	76,3	73,4	94,0
<b>Tipe Daerah</b>			
Pekotaan	81 ,2	75,2	93,5
Pedesaan	64 ,9	73,6	93,7
<b>Tingkat Pengeluaran</b>			
Kuintil-1	63 ,6	69,9	91,8
Kuintil-2	69 ,2	73,6	92,7
Kuintil-3	74 ,2	74,0	93,7
Kuintil-4	78 ,8	76,4	95,8
Kuintil-5	84 ,7	81,2	94,4

Berdasarkan kelompok umur, penduduk umur lanjut (> 64 tahun) cenderung lebih sedikit yang pernah mendengar, berpengetahuan dan bersikap benar mengenai flu burung dibandingkan kelompok umur yang lebih muda. Laki-laki lebih banyak tahu dalam hal pengetahuan, cara penularan dan sikap yang benar tentang flu burung dari pada perempuan. Berdasarkan tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik pengetahuan dan sikapnya terhadap flu burung. Selain itu, pengetahuan dan sikap yang benar tentang flu burung lebih banyak dimiliki oleh penduduk yang berprofesi sebagai pegawai (negeri/swasta) dan wiraswasta, dibandingkan profesi pekerjaan lainnya, demikian pula dengan penduduk di perkotaan mempunyai pengetahuan lebih dibandingkan penduduk di perdesaan.

### 3.6.6 Pengetahuan Dan Sikap Terhadap 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 3.6.6.1**  
**Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas, Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/ Kota</b>	<b>Pernah mendengar tentang HIV/AIDS</b>	<b>Berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS</b>	<b>Berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS</b>
Kulon Progo	46 ,3	18,8	64,8
Bantul	56 ,6	4,2	71,3
Gunung Kidul	33 ,8	16,5	44,9
Sleman	67 ,7	11,2	61,0
Yogyakarta	81 ,3	4,5	76,5
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>57 ,4</b>	<b>9,4</b>	<b>64,9</b>

Secara umum dapat terlihat bahwa separuh (57,4%) penduduk di Provinsi DI Yogyakarta yang pernah mendengar dan mengetahui dengan benar tentang penularan HIV/AIDS. Tetapi hanya sekitar 64,9% saja yang berpengetahuan benar tentang cara pencegahan HIV/AIDS dan lebih sedikit lagi penduduk yang mengetahui tentang penularan HIV/AIDS (9,4%)

Prevalensi penduduk Kota Yogyakarta adalah yang tertinggi dalam hal pernah mendengar tentang HIV/AIDS (81,3%), dan pencegahan HIV/AIDS (76,5%). Sedangkan berpengetahuan benar tentang cara penularan tertinggi kabupaten Kulon Progo (18,8%).

**Tabel 3.6.6.2**  
**Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas, Menurut Pengetahuan**  
**Tentang HIV/AIDS, Menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pernah mendengar tentang HIV/AIDS	Berpengetahuan benar tentang	
		penularan HIV/AIDS	pencegahan HIV/AIDS
<b>Umur</b>			
10-14 tahun	37 ,1	5,3	50,7
15-24 tahun	87 ,0	11,7	71,3
25-34 tahun	80 ,0	10,7	65,7
35-44 tahun	67 ,4	7,7	66,2
45-54 tahun	50 ,2	7,7	62,3
55-64 tahun	34 ,1	11,0	59,4
65-74 tahun	19 ,0	8,1	51,1
75+ tahun	7 ,8	3,1	27,3
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki	61 ,4	9,6	64,8
Perempuan	53 ,6	9,3	65,1
<b>Pendidikan</b>			
Tidak sekolah	16 ,0	8,9	38,9
Tidak tamat SD	23 ,7	9,2	42,4
Tamat SD	43 ,2	5,7	51,0
Tamat SMP	70 ,0	8,6	62,3
Tamat SMA	87 ,7	10,0	72,8
Tamat PT	92 ,6	14,1	80,1
<b>Pekerjaan</b>			
Tidak kerja	41,7	12,1	63,0
Sekolah	66,7	10,0	68,5
Ibu RT	63,0	6,3	64,4
Pegawai	87,5	11,3	76,8
wiraswasta	67,9	7,7	64,6
Petani/nelayan/ buruh	39,2	9,9	51,5
Lainnya	59,8	8,3	75,0
<b>Tipe Daerah</b>			
Pekotaan	68 ,9	8,7	67,9
Pedesaan	40 ,1	11,4	57,2
<b>Tingkat Pengeluaran Per Kapita</b>			
Kuintil-1	40,7	4,6	55,0
Kuintil-2	46,2	7,7	58,1
Kuintil-3	56,4	8,7	65,5
Kuintil-4	64,0	9,7	70,3
Kuintil-5	75,1	16,9	75,0



Tabel 3.6.6.2 memperlihatkan bahwa semakin tinggi kelompok umur muda dan produktif (15 - 44 tahun) serta penduduk laki-laki lebih banyak yang mengetahui mengenai HIV/AIDS, memiliki pengetahuan yang benar mengenai cara penularan dan pencegahan HIV/AIDS. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin baik dan benar pengetahuan mengenai HIV/AIDS, baik mengenai cara penularan maupun pencegahannya. Berdasarkan jenis pekerjaan, persentase penduduk yang berprofesi pegawai (negeri/swasta) terbanyak dalam berpengetahuan benar tentang HIV/AIDS. Penduduk perkotaan juga terlihat lebih banyak yang memiliki pengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS dibandingkan penduduk di perdesaan.

Semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, semakin banyak penduduk yang memiliki pengetahuan benar tentang HIV/AIDS.

**Tabel 3.6.6.3**  
**Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas Menurut Sikap Bila Ada Anggota Rumah Tangga Menderita HIV/AIDS dalam Rumah Tangga, dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/ Kota</b>	<b>Meraha siakan</b>	<b>Membica rakan dengan ART lain</b>	<b>Konseling dan pengobat an</b>	<b>Mencari pengo batan alternatif</b>	<b>Mengucil kan</b>
Kulon Progo	20,6	83,1	93 ,8	59 ,7	6 ,9
Bantul	25,4	85,7	96 ,3	61 ,9	6 ,1
Gunung Kidul	16,6	71,6	95 ,1	51 ,2	4 ,3
Sleman	33,2	69,8	93 ,2	57 ,8	7 ,0
Kota Yogyakarta	23,8	89,9	97 ,7	67 ,1	4 ,0
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>26,4</b>	<b>79,0</b>	<b>95 ,1</b>	<b>60 ,0</b>	<b>5 ,9</b>

Hasil riset memperlihatkan bahwa, umumnya sebagian besar sikap penduduk di Provinsi DI Yogyakarta jika ada anggota keluarganya (ART) menderita HIV/AIDS akan melakukan konseling dan mengupayakan pengobatan (95,1%), Lebih dari tiga perempatnya (79,0%) akan membicarakan dengan ART lainnya dan mencarikan pengobatan alternatif (60,0%).Penduduk yang mengucilkan ART yang menderita HIV/AIDS sangat kecil (5,9%)

**Tabel 3.6.6.4**  
**Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke atas Menurut Sikap Bila Ada Anggota Rumah Tangga Menderita HIV/AIDS dalam dan Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Merahasiakan</b>	<b>Membicarakan dengan ART lain</b>	<b>Konseling dan pengobatan</b>	<b>Mencari pengobatan alternatif</b>	<b>Mengucilkan</b>
<b>Umur (tahun)</b>					
10-14	25,1	75,0	90,0	57,0	5,0
15-24	32,4	79,9	96,6	65,2	5,8
25-34	26,4	79,4	95,0	59,3	4,8
35-44	23,2	79,1	96,0	60,5	5,8
45-54	24,2	79,6	95,1	54,4	7,4
55-64	22,1	76,1	93,5	53,4	8,4
65-74	13,6	79,4	93,1	58,5	6,1
75+	34,4	71,0	83,9	59,4	9,4
<b>Jenis Kelamin</b>					
Laki	26,3	79,4	95,2	60,0	5,9
Perempuan	26,5	78,6	95,0	59,8	6,0
	26,4	79,0	95,1	59,9	5,9
<b>Pendidikan</b>					
Tidak sekolah	21,2	73,1	92,3	48,4	3,8
Tidak tamat SD	21,4	72,9	90,3	48,7	5,5
Tamat SD	23,3	76,2	92,9	59,8	5,9
Tamat SMP	26,8	78,3	95,3	61,6	4,8
Tamat SMA	29,9	80,5	96,2	62,2	6,6
Tamat SMA +	22,6	83,4	97,4	58,6	6,1
<b>Pekerjaan</b>					
Tidak kerja	26,5	75,1	94,8	59,8	6,0
Sekolah	32,3	80,1	94,7	63,0	4,9
Ibu RT	25,0	79,2	95,4	60,2	6,7
Pegawai	29,2	81,8	96,1	60,8	6,1
wiraswasta	24,1	79,0	96,2	61,0	5,4
Petani/nelayan/buruh	23,0	76,2	93,3	56,5	6,9
Lainnya	13,8	84,7	97,2	53,1	4,1
<b>Tipe Daerah</b>					
Pekotaan	28,7	79,3	95,3	60,5	5,5
Pedesaan	20,5	78,2	94,6	58,5	7,2
<b>Tingkat Pengeluaran Per Kapita per Bulan</b>					
Kuintil-1	30,1	75,0	92,7	59,6	6,3
Kuintil-2	23,3	79,2	95,3	61,8	5,9
Kuintil-3	24,5	77,5	93,7	58,5	5,6
Kuintil-4	23,5	78,1	95,6	61,8	5,8
Kuintil-5	29,2	82,2	97,4	58,6	6,4

Tabel di atas memperlihatkan bahwa, umumnya sebagian besar sikap penduduk di Provinsi DI Yogyakarta jika ada anggota keluarganya (ART) menderita HIV/AIDS akan melakukan konseling dan mengupayakan pengobatan (95,3%), Lebih dari tiga perempat (78,9%) akan membicarakan dengan ART lainnya dan mencari pengobatan alternatif (59,9%). Penduduk yang mengucilkan ART yang menderita HIV/AIDS sangat kecil (5,4%). Berdasarkan berbagai karakteristik, sebagian besar penduduk akan bersikap benar jika ada ART yang menderita HIV/AIDS dengan melakukan konseling dan mengupayakan pengobatan. Sikap ini lebih banyak dimiliki penduduk dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan penduduk yang bertempat tinggal di perkotaan, dan pada penduduk dengan tingkat pengeluaran per kapita yang lebih tinggi.

### 3.6.7 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 3.6.7.1**  
**Perentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tgn dengan Sabun, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Berperilaku Benar Dalam Hal Bab	Berperilaku Benar Dalam Mencuci Tangan Dengan Sabun
Kulon Progo	88,6	21,6
Bantul	92,1	37,5
Gunung Kidul	91,0	35,2
Sleman	81,3	26,0
Kota Yogyakarta	99,7	45,1
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>89,3</b>	<b>32,8</b>

Secara umum, sebagian besar penduduk di Provinsi DI Yogyakarta (89,3%) mengaku buang air besar (BAB) di jamban. Prevalensi berperilaku benar dalam hal BAB tersebar merata di antara kabupaten/kota dan prevalensir tertinggi ditemui di kota Yogyakarta (99,7%) dan kabupaten bantul (92,1%), hal ini menunjukkan bahwa hampir 100% penduduknya sudah mempunyai jamban. Sedangkan prevalensi terendah adalah di Kabupaten Kulon Progo (88,6%). Perilaku benar dalam cuci tangan, secara umum masih kurang dimiliki oleh penduduk di Provinsi DI Yogyakarta. Hanya 32,8% penduduknya yang berperilaku benar dalam cuci tangan dengan menggunakan sabun.

**Tabel 3.6.7.2**  
**Persentase Penduduk Umur 10 tahun ke Atas yang Berperilaku Benar**  
**Dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan dengan Sabun, Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta, RISKESDAS 2007**

Karakteristik	Berperilaku benar dalam hal BAB	Berperilaku benar cuci tangan dengan sabun
<b>Umur ( tahun)</b>		
10-14	88 ,9	24 ,1
15-24	92 ,4	33 ,4
25-34	89 ,8	38 ,2
35-44	89 ,2	38 ,5
45-54	88 ,1	36 ,1
55-64	88 ,0	30 ,9
65-74	84 ,0	24 ,2
75+	84 ,6	15 ,5
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki	88 ,8	25 ,0
Perempuan	89 ,0	40 ,1
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	81 ,8	26 ,4
Tidak tamat SD	83 ,2	27 ,7
Tamat SD	87 ,5	29 ,6
Tamat SMP	89 ,2	34 ,8
Tamat SMA	94 ,0	35 ,6
Tamat PT	96 ,6	47 ,0
<b>Tipe Daerah</b>		
Pekotaan	90 ,3	28 ,2
Pedesaan	86 ,9	27 ,7
<b>Tingkat Pendapatan/Kapita/bulan</b>		
Kuintil-1	81 ,6	28 ,7
Kuintil-2	84 ,2	28 ,9
Kuintil-3	89 ,1	30 ,7
Kuintil-4	91 ,2	36 ,2
Kuintil-5	95 ,1	38 ,7

Tabel 3.6.7.2 menunjukkan bahwa prevalensi penduduk berperilaku benar dalam BAB menurut kelompok umur tertinggi pada kelompok umur 15 – 24 tahun (92,4 %), sedangkan prevalensi terendah pada kelompok umur lanjut dan ini tidak ada perbedaan antara penduduk laki-laki dan perempuan dalam berperilaku BAB yang benar. Terdapat kecenderungan sejalan antara tingginya berperilaku BAB dengan makin tingginya kuintil. Perilaku benar dalam cuci tangan tampak kurang dimiliki oleh penduduk dan Prevalensi ini merata disemua kelompok umur. Tidak ada perbedaan antara penduduk perempuan dan laki-laki lebih banyak yang berperilaku benar dalam cuci tangan (30,6%) dibandingkan laki-laki (16,9%). Berdasarkan tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran per kapita, menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan maupun pengeluaran per kapita, perilaku BAB dan cuci tangan yang

benar semakin baik. Demikian pula halnya, penduduk di perkotaan berperilaku lebih baik dibandingkan di perdesaan dalam BAB dan cuci tangan yang benar. Berdasarkan profesi pekerjaan, perilaku BAB dan cuci tangan yang benar kurang dimiliki oleh kelompok petani, nelayan dan buruh.

### 3.6.8 Pola Konsumsi Makanan Berisiko

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 3.6.8.1**  
**Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun Ke Atas dengan Konsumsi**  
**Makanan Berisiko Menurut Kabupaten**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Manis	Asin	Berle mak	Jero an	Dipang gang	Diawet kan	Berka fein	Penye dap
Kulon Progo	57,9	7,0	9,5	0,6	1,7	4,1	8,8	89,5
Bantul	80,2	10,7	7,0	0,8	1,2	3,6	9,2	81,7
Gunung Kidul	49,1	12,8	10,9	0,8	2,2	3,4	6,5	87,2
Sleman	80,3	15,4	17,3	4,6	4,2	10,4	14,5	68,1
Kota	78,0	18,9	0,6	1,3	1,6	4,7	17,0	66,9
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>71,2</b>	<b>13,2</b>	<b>14,2</b>	<b>2,0</b>	<b>2,4</b>	<b>5,8</b>	<b>11,2</b>	<b>77,7</b>

Tabel 3.6.8.1 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut kabupaten. Sering mengonsumsi makanan manis dilakukan oleh 71,2% penduduk DI Yogyakarta yang berusia  $\geq 10$  tahun, tertinggi ditemukan di Kabupaten Sleman (80,3%) dan terendah kabupaten Gunung Kidul (49,1%). Sedangkan prevalensi sering mengonsumsi makanan asin penduduk DI YOGYAKARTA ditemukan 13,2%, tertinggi di Kabupaten Yogyakarta (18,9%) dan terendah di Bantul (7,0%). Secara umum, 14,2% penduduk Indonesia sering mengonsumsi makanan berlemak, tertinggi di Kabupaten Sleman (17,3%) dan terendah di Kota Yogyakarta (0,6%). Penyedap sering dikonsumsi oleh 77,7% penduduk secara keseluruhan, tertinggi di Kulon Progo (89,5%) dan terendah di Kota Yogyakarta (66,9%). Sedangkan kafein sering dikonsumsi oleh 11,2% penduduk di Provinsi DI Yogyakarta, tertinggi di Kota Yogyakarta (17,0%) dan terendah di Gunung Kidul (11,2%).

**Tabel 3.6.8.2**  
**Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun Ke Atas dengan Konsumsi**  
**Makanan Berisiko Menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Manis	Asin	Berle mak	Jero an	Dipang gang	Diawet kan	Berka fein	Penye dap
<b>Kelompok Umur (tahun)</b>								
10-14	67,0	12,0	13,4	2,1	2,6	7,3	3,8	78,9
15-24	71,6	13,5	16,4	1,4	2,3	6,4	11,4	72,4
25-34	74,9	14,0	17,0	2,8	2,9	6,7	14,1	78,0
35-44	75,6	14,7	12,9	1,9	2,0	6,7	15,7	79,6
45-54	74,4	13,8	14,6	1,9	2,2	5,1	12,1	80,5
55-64	66,0	12,0	13,3	2,1	3,0	3,9	11,1	79,2
65-74	64,0	10,6	10,8	1,3	1,9	3,6	4,4	77,6
75+	61,0	10,8	9,6	2,2	2,0	3,7	5,9	74,8
<b>Jenis Kelamin</b>								
Laki-laki	74,5	13,1	14,1	2,3	2,6	5,8	15,3	76,7
Perempuan	68,1	13,2	14,3	1,7	2,2	5,8	7,4	78,7
<b>Pendidikan</b>								
Tidak Sekolah	60,1	11,9	9,0	0,9	1,7	4,0	5,7	81,4
Tidak Tmt SD	66,5	13,9	12,0	2,6	3,3	5,8	8,0	83,2
Tamat SD	68,4	12,2	13,1	1,8	2,3	5,9	9,6	81,9
Tamat SLTP	70,9	13,0	13,4	1,8	2,2	6,0	12,8	79,3
Tamat SLTA	78,1	13,4	18,1	2,0	2,4	6,1	14,5	73,0
Tamat PT	81,5	16,1	18,0	2,8	2,3	6,1	15,3	62,8
<b>Tipe Daerah</b>								
Perkotaan	78,9	13,2	16,4	2,5	2,5	6,7	13,8	72,6
Perdesaan	59,7	13,1	10,9	1,2	2,2	4,3	7,3	85,4
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>								
Kuintil 1	66,3	15,5	12,9	2,0	2,1	6,8	9,5	82,1
Kuintil 2	69,6	12,3	14,4	2,5	2,5	5,4	11,0	79,8
Kuintil 3	70,7	14,5	15,9	1,6	2,4	6,0	12,5	80,9
Kuintil 4	72,5	13,7	13,2	2,2	2,1	6,0	10,6	77,3
Kuintil 5	76,2	10,4	13,8	1,6	3,0	4,7	12,0	71,1

Tabel 3.6.8.2 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut karakteristik responden. Menurut umur, perilaku sering mengonsumsi makanan manis cenderung menurun setelah usia 45 tahun, demikian halnya perilaku sering mengonsumsi makanan asin, berlemak, diawetkan, minuman berkafein dan penggunaan bumbu penyedap.

Menurut jenis kelamin, laki-laki cenderung lebih sering mengonsumsi makanan yang manis-manis, jeroan, dipanggang dan minum minuman berkafein dibandingkan perempuan. Sedangkan untuk konsumsi jenis makanan berisiko lainnya pola prevalensi antara laki-laki dan perempuan hampir sama. Menurut tingkat pendidikan, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis, makanan berlemak, diawetkan dan kafein cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya pendidikan. Sedangkan untuk makanan asin, jeroan dan penyedap makanan pola prevalensi menurut tingkat pendidikan nampak tidak beraturan.

Menurut tipe daerah, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis, makanan berlemak, jeroan dan makanan yang diawetkan ditemukan lebih tinggi di perkotaan dibanding perdesaan. Sedangkan pola prevalensi sering mengonsumsi makanan asin dan makanan dipanggang sama antara perkotaan dan perdesaan, sedangkan penggunaan bumbu penyedap cenderung lebih tinggi di perdesaan dibanding perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis cenderung meningkat dengan meningkatnya pendapatan, tetapi konsumsi makanan asin cenderung sebaliknya makin menurun dengan makin meningkatnya pendapatan. Untuk konsumsi makanan berisiko lainnya nampaknya tidak mempunyai pola khusus.

### 3.6.9 Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat

Riskesdas 2007 mengumpulkan 10 indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)<sup>1</sup> 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 ( $\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$ ), 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 3.6.9.1**  
**Sebaran Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat,**  
**Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi DI Yogyakarta Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Baik</b>
Kulon Progo	53,2
Bantul	61,8
Gunung Kidul	54,3
Sleman	64,6
Kota Yogyakarta	57,6
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>58,2</b>

Tabel 3.6.9.1 menunjukkan prevalensi rumah tangga yang memenuhi kriteria PHBS baik di Provinsi DI Yogyakarta. Terlihat bahwa kebiasaan untuk ber-PHBS masih rendah. Prevalensi penduduk di provinsi DI YOGYAKARTA dengan PHBS baik sekitar 58,2% , dengan prevalensi tertinggi di Kabupaten Sleman (64,6%) dan terendah di Kabupaten Kulon Progo (53,2%).

<sup>1</sup> 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 3.6.9.2**  
**Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk Umur 10 tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Kurang Konsumsi</b>	<b>Kurang Aktifitas</b>	<b>Merokok ***</b>
Kulon Progo	93 ,2	40,0	27 ,2
Bantul	74 ,3	45,0	23 ,0
Gunung Kidul	95 ,2	24,5	28 ,0
Sleman	84 ,2	58,7	21 ,5
Kota Yogyakarta	94 ,4	47,9	21 ,0
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>86 ,1</b>	<b>45,3</b>	<b>23 ,8</b>

\* Penduduk umur 10 tahun ke atas yang makan sayur dan/atau buah < 5porsi/hari

\* Penduduk umur 10 tahun ke atas yang melakukan kegiatan kumulatif < 150 menit/minggu atau < 600 MET

\*\*\*Penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok setiap hari

Tabel 3.6.9.2 menggambarkan faktor risiko untuk penyakit tidak menular utama yang dinilai dari 3 indikator yaitu kurang konsumsi sayur, kurang aktifitas fisik dan merokok.

Tabel 3.6.9.3 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan faktor risiko untuk mendapatkan penyakit tidak menular berdasarkan karakteristik. Kelompok umur 65-74 tahun tertinggi dalam kurang mengkonsumsi buah dan sayur dan kurang aktifitas fisik, demikian juga merokok setiap hari cenderung meningkat pada kelompok umur ini dibandingkan kelompok umur lainnya.



**Tabel 3.6.9.3**  
**Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk Umur 10 tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta**

<b>Karakteristik</b>	<b>Kurang Konsumsi</b>	<b>Kurang Aktifitas</b>	<b>Merokok ***</b>
<b>Kelompok Umur</b>			
10-14	85 ,0	60,2	0 ,5
15-24	86 ,3	59,7	19 ,2
25-34	85 ,3	44,8	26 ,0
35-44	84 ,7	35,3	21 ,7
45-54	86 ,9	34,3	26 ,3
55-64	89 ,2	31,1	28 ,6
65-74	94 ,1	41,5	37 ,7
75+	86 ,1	65,0	43 ,8
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-laki	84 ,7	40,4	43 ,2
Perempuan	87 ,3	48,9	5 ,7
<b>Pendidikan</b>			
Tidak Sekolah	92 ,1	41,4	33 ,7
Tidak Tamat SD	87 ,2	40,8	18 ,9
Tamat SD	86 ,3	33,8	23 ,9
Tamat SLTP	85 ,8	42,7	23 ,8
Tamat SLTA	84 ,7	54,8	24 ,5
Tamat PT	80 ,4	58,9	16 ,2
<b>Tipe Daerah</b>			
Perkotaan	84 ,3	53,0	22 ,0
Perdesaan	88 ,8	32,5	26 ,4
<b>Tingkat pengeluaran per Kapita</b>			
Kuintil-1	87 ,7	36,3	26 ,3
Kuintil-2	87 ,1	41,6	27 ,5
Kuintil-3	87 ,2	44,6	22 ,7
Kuintil-4	83 ,3	53,1	21 ,4
Kuintil-5	84 ,6	54,0	20,0

\*Penduduk umur 10 tahun ke atas yang makan sayur dan/atau buah < 5porsi/hari

\*Penduduk umur 10 tahun ke atas yang melakukan kegiatan kumulatif < 150 menit/minggu

\*\*\*Penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok setiap hari

### 3.7. 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:

1. Sarana pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktek dan bidan praktek
2. 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 3.7.1**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh**  
**Ke Sarana Pelayanan Kesehatan\*) Menurut Kabupaten/Kota,**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jarak Ke Yankes			Waktu Tempuh Ke Yankes			
	< 1 Km	1 - 5 Km	> 5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Kulon Progo	31,6	66,9	1,5	74,1	20,1	5,9	
Bantul	34,2	59,7	6,1	64,9	25,5	9,4	0,3
Gunung Kidul	34,2	63,5	2,3	61,6	33,7	4,3	0,5
Sleman	60,2	39,4	0,5	87,5	10,6	1,4	0,5
Kota Yogyakarta	69,7	29,5	0,8	90,3	6,8	2,3	0,6
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>47,5</b>	<b>50,1</b>	<b>2,3</b>	<b>76,2</b>	<b>18,9</b>	<b>4,4</b>	<b>0,4</b>

CATATAN: \*) Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Sarana Pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam Tabel di atas adalah Rumah sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter praktek dan bidan praktek.

Dari segi *jarak* nampak bahwa 47,5% rumah tangga (RT) berjarak kurang dari 1 km dan 50,1% RT berjarak 1-5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa **97,6% RT** di Provinsi DI Yogyakarta berada kurang atau sama dengan 5 km dari fasilitas kesehatan dan 2,3% berada lebih dari jarak tersebut. Kondisi ini tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan. Daerah dengan jumlah penduduk lebih dari 5 km ke fasilitas kesehatan terbesar berada di kabupaten Bantul (6,1%). Dari segi *Waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan* nampak bahwa 76,2% penduduk dapat mencapai ke fasilitas yankes kurang dari atau sama dengan 15 menit, 18,9% antara 16-30 menit. Hal ini dapat dikatakan **95,1% RT** di Provinsi DI Yogyakarta dapat mencapai fasilitas kesehatan dalam waktu 30 menit, sisanya 4,9% memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai fasilitas kesehatan. Kondisi ini tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan.

Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas kesehatan untuk semua kabupaten < 10%. Secara keseluruhan di Provinsi DI Yogyakarta sebagian besar kabupaten/kota relatif sangat baik didasarkan pada jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan (lebih 90% RT berjarak  $\leq$  5 km atau waktu tempuh  $\leq$  30 menit).

**Tabel 3.7.2**  
**Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jarak dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan\*) Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jarak Ke Yankes				Waktu Tempuh Ke Yankes			
	<1 km	1 - 5 km	> 5	Total	$\leq$ 15'	16'-30'	31'-60'	>60'
<b>Tipe Daerah</b>								
Perkotaan	56,2	42,5	1,3	100,0	84,2	13,0	2,4	0,3
Perdesaan	32,9	62,9	4,2	100,0	62,6	28,9	7,9	0,6
<b>Tingkat Pengeluaran per kapita per bulan</b>								
Kuintil-1	31,7	65,2	3,1	100,0	61,6	30,4	7,6	0,4
Kuintil-2	38,3	58,7	3,0	100,0	69,3	24,6	5,2	0,9
Kuintil-3	45,1	51,9	3,0	100,0	74,7	20,9	4,1	0,3
Kuintil-4	50,6	47,6	1,8	100,0	81,7	14,7	3,1	0,4
Kuintil-5	65,3	33,5	1,2	100,0	88,2	8,5	2,9	0,4
Kuintil-1	31,7	65,2	3,1	100,0	61,6	30,4	7,6	0,4

CATATAN: \*) Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Berdasarkan tempat tinggal daerah perkotaan atau perdesaan pada Tabel ini nampak bahwa Akses menuju pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) menurut jarak tidak berbeda di perkotaan ataupun di perdesaan, demikian pula menurut waktu akses di perkotaan tidak berbeda dengan di perdesaan. Ada kecenderungan makin kaya Rumah Tangga tersebut maka makin mudah untuk akses ke pelayanan kesehatan baik menurut jarak maupun waktu tempuh. Untuk itu perlu adanya akselerasi kemudahan akses terhadap RT miskin.

**Tabel 3.7.3**  
**Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat\* menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Jarak Ke Yankes			Waktu Tempuh Ke Yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	$\leq$ 15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Kulon Progo	79,6	20,4		90,4	7,7	1,9	
Bantul	81,1	18,6	0,3	92,7	5,9	1,2	0,3
Gunung Kidul	93,6	6,4		93,1	6,3	0,5	0,2
Sleman	87,6	12,2	0,2	93,8	2,8	0,4	3,0
Kota Yogyakarta	<b>96,1</b>	3,9		<b>98,3</b>	0,6	0,4	0,6
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>87,6</b>	<b>12,3</b>	<b>0,1</b>	<b>93,7</b>	<b>4,4</b>	<b>0,8</b>	<b>1,1</b>

Catatan: Fasilitas Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat : Posyandu, Poskesdes, Polindes

Yang dimaksud dengan Fasilitas Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) adalah : Posyandu / Poskesdes / Polindes. Tabel ini berusaha menggambarkan akses masyarakat ke UKBM. Dari segi *jarak* nampak bahwa 87,6% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 12,3% berjarak 1-5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa hampir 100 % penduduk Provinsi DI Yogyakarta berada kurang atau sama dengan 5 km dari fasilitas UKBM.

Dari segi *Waktu tempuh ke fasilitas UKBM* nampak bahwa 93,7% rumah tangga dapat mencapai ke fasilitas UKBM kurang dari atau sama dengan 15 menit, 4,4% antara 16-30 menit. Hal ini dapat dikatakan 98,1% rumah tangga di Provinsi DI YOGYAKARTA dapat mencapai fasilitas UKBM dalam waktu  $\leq 30$  menit, sisanya 1,9% memerlukan waktu lebih dari itu

**Tabel 3.7.4**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat\* Menurut Karakteristik Rumah Tangga di provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jarak Ke Yankes			Waktu Tempuh Ke Yankes			
	< 1	1 - 5 km	> 5	$\leq 15'$	16'-30'	31'-60'	>60'
<b>Tipe Daerah</b>							
Perkotaan	88,9	11,0	0,1	95,5	2,2	0,5	1,8
Perdesaan	85,4	14,4	0,2	90,5	8,1	1,3	0,2
<b>Tingkat Pengeluaran /Kapita/bulan</b>							
Kuintil-1	87,0	13,0		92,3	5,8	1,5	0,4
Kuintil-2	85,5	14,5		91,8	<b>6,8</b>	0,7	0,7
Kuintil-3	85,3	14,7		93,9	5,0	1,1	
Kuintil-4	87,5	12,2	0,3	<b>95,5</b>	3,8	0,6	0,1
Kuintil-5	<b>91,9</b>	<b>7,8</b>	0,3	94,0	1,5	0,3	4,2
<b>DI Yogyakarta</b>	87,6	12,3	0,1	93,6	4,4	0,8	1,2

Catatan: Fasilitas Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat : Posyandu, Poskesdes, Polindes

Berdasarkan tipe daerah, nampak bahwa Akses menuju pelayanan UKBM, berdasarkan jarak, di perkotaan tidak berbeda dengan di perdesaan, demikian juga menurut waktu tempuh tidak ada perbedaan di perkotaan maupun di perdesaan. Dengan demikian akses RT ke posyandu/polindes/poskesdes dapat ditempuh dengan baik menurut jarak atau waktu tempuhnya di daerah perkotaan maupun di daerah perdesaan.

Gambaran akses ke UKBM berdasarkan kemampuan ekonomi rumah tangga (rata-rata pengeluaran RT perkapita), pada Tabel ini nampak bahwa ada kecenderungan makin kurang mampu RT secara ekonomi, akses ke posyandu/ poskesdes/polindes makin tidak mudah (makin jauh jarak dan makin lama waktu tempuh).

**Tabel 3.7.5**  
**Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan**  
**Posyandu/Poskesdes Menurut Kabupaten**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Kulon Progo	30,3	65.6	4.1
Bantul	26,2	63.4	10.5
Gunung Kidul	22,0	64.0	14.0
Sleman	21,2	62.7	16.2
Kota Yogyakarta	23,3	69.3	7.5
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>23,8</b>	<b>64.4</b>	<b>11.9</b>

Pada Tabel ini nampak bahwa 23.8% rumah tangga di Provinsi DI Yogyakarta telah memanfaatkan posyandu/poskesdes, tertinggi di kabupaten Kulon Progo (30,3%) dan terendah di kabupaten Sleman (21,2%). Di Provinsi DI Yogyakarta 11,9% rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan tersebut. Kabupaten yang lebih 10% RT nya tidak memanfaatkan UKBM adalah: Kabupaten Sleman (16,2%), Gunung Kidul (14,0%), dan Bantul (10,5%). Sebanyak 74,4% rumah tangga merasa tidak membutuhkan UKBM dengan alasan antara lain tidak memiliki balita atau tidak sakit.

**Tabel 3.7.6**  
**Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan**  
**Posyandu/Poskesdes, Menurut Karakteristik Rumah Tangga**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT		
	Ya	Tidak	Tidak Membutuhkan
<b>Tempat Tinggal</b>			
Perkotaan	23,2	12,0	64,8
Perdesaan	24,7	11,7	63,6
<b>Tipe Daerah</b>			
Kuintil-1	33,3	8,4	58,3
Kuintil-2	26,0	11,7	62,2
Kuintil-3	26,1	10,8	63,1
Kuintil-4	24,3	13,1	62,6
Kuintil-5	12,7	14,3	73,0

Bila data pemanfaatan posyandu/poskesdes dikaji berdasarkan tempat tinggal (daerah perdesaan dan perkotaan) maka nampak bahwa tidak terdapat perbedaan antara perkotaan dan perdesaan berkaitan dengan pemanfaatan posyandu/poskesdes oleh RT di Provinsi Jawa Timur. Berdasarkan kuintil kemampuan ekonomi rumah tangga nampak ada kecenderungan makin mampu secara ekonomis RT maka cenderung untuk makin tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes.

**Tabel 3.7.7**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pelayanan**  
**Posyandu/Poskesdes , Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Penim-bangan	Penyu-luhan	Imuni-sasi	KIA	KB	Pengo-batan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
Kulon Progo	84,7	72,4	21,4	30,3	16,3	60,2	74,5	65,7	38,8
Bantul	89,7	48,0	45,8	39,4	10,3	39,7	74,0	65,2	11,3
Gunung Kidul	88,5	78,6	26,9	26,9	16,9	34,8	78,6	62,6	18,0
Sleman	<b>98,6</b>	65,8	38,4	46,5	26,2	67,6	86,0	73,5	54,6
Kota Yogyakarta	92,0	52,2	42,5	42,7	16,4	42,5	79,6	72,8	39,8
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>91,7</b>	<b>62,1</b>	<b>36,8</b>	<b>38,4</b>	<b>17,3</b>	<b>49,7</b>	<b>78,5</b>	<b>68,2</b>	<b>32,5</b>

Pada Tabel 3.7.7. diidentifikasi 9 jenis pelayanan yang diterima rumah tangga di Posyandu/Poskesdes. Dari 9 jenis pelayanan tersebut, penimbangan menempati urutan yang pertama yaitu hampir semua RT yang memanfaatkan pelayanan mendapatkan pelayanan penimbangan Balita, sedangkan konsultasi resiko penyakit menempati urutan yang terakhir. Bila diurutkan berdasarkan persentase terbesar layanan yang pernah diterima RT adalah sebagai berikut : Penimbangan (91,7%), PMT (78,5%), Suplemen Gizi (68,2%), Penyuluhan ( 62,1%), Pengobatan (49,7%),KIA (38,4%), Imunisasi (36,8%), konsultasi resiko penyakit (32.5%), dan terakhir KB (17,3%)

**Tabel 3.7.8**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pelayanan**  
**Posyandu/Poskesdes , Menurut Karakteristik RT**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Penim-bangan	Penyu-luhan	Imuni-sasi	KIA	KB	Pengo-batan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
<b>Tipe Daerah</b>									
Perkotaan	93,7	60,1	41,1	43,2	20,0	51,6	81,2	70,8	37,2
Perdesaan	88,6	65,3	30,0	30,5	13,4	47,0	75,3	63,9	24,8
<b>Tingkat pengeluaran per Kapita per bulan</b>									
Kuintil-1	93,4	68,7	32,4	36,3	16,9	49,5	79,0	66,3	25,1
Kuintil-2	89,3	61,1	27,7	31,3	18,2	47,0	73,3	63,3	28,5
Kuintil-3	89,0	55,8	38,0	37,3	18,1	53,1	79,4	67,7	33,1
Kuintil-4	93,1	61,6	41,0	44,4	15,8	53,8	81,5	69,5	39,3
Kuintil-5	<b>94,8</b>	63,9	50,6	44,3	17,0	41,2	82,5	77,9	38,9

Bila diidentifikasi jenis layanan yang diterima RT di posyandu/poskesdes berdasarkan lokasi tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan) nampak bahwa RT yang mendapat layanan KIA, imunisasi dan konsultasi resiko penyakit di posyandu/poskesdes di daerah perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Sedangkan 6 jenis pelayanan yang lain kurang nampak beda antara RT yang tinggal di Perdesaan dan perkotaan. Baik di perkotaan maupun di perdesaan hampir semua RT ( $\geq 90\%$  RT) yang memanfaatkan posyandu/poskesdes mendapatkan pelayanan penimbangan badan Balita. Tiga jenis pelayanan yang lain yaitu Penyuluhan , PMT dan suplemen gizi diterima oleh lebih dari 50% RT yang memanfaatkan pelayanan posyandu/polindes. Dengan demikian fungsi posyandu/ poskesdes yang menonjol baik di daerah perkotaan maupun perdesaan adalah pelayanan penimbangan balita, PMT dan suplemen gizi.

Pemanfaatan posyandu/poskesdes oleh RT menurut status ekonomi (berdasarkan rata-rata pengeluaran rumah tangga) kurang nampak ada pola yang berbeda antara status ekonomi rendah dan tinggi untuk semua jenis pelayanan yang diberikan.

**Tabel 3.7.9**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Alasan Tidak**  
**Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes , Menurut Kabupaten**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Alasan tidak memanfaatkan		
	Letak Jauh	Tdk ada Posyandu	Layanan tdk lengkap
Kulon Progo	19.0	15.2	65.8
Bantul	1.4	12.8	85.8
Gunung Kidul	1.0	8.1	90.9
Sleman	8.5	1.4	90.1
Kota Yogyakarta	2.3	6.8	90.9
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>5.1</b>	<b>6.3</b>	<b>88.6</b>

Distribusi alasan RT yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menunjukkan bahwa pada tiap kabupaten sangat bervariasi. Di Provinsi DI Yogyakarta dari tiga alasan RT tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/ poskesdes (layanan tidak lengkap, letak jauh dan tidak ada posyandu/poskesdes), terbanyak RT beralasan pelayanan tidak lengkap (88,6%).

**Tabel 3.7.10**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak**  
**Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (di Luar Tidak Membutuhkan) , dan**  
**Karakterisasi Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Alasan tdk memanfaatkan posyandu/polindes		
	Letak jauh	Tdk ada Posyandu	Layanan tdk lengkap
<b>Tempat Tinggal</b>			
Perkotaan	5.7	4.4	90.0
Perdesaan	4.1	9.7	86.2
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan</b>			
Kuintil-1	12.7	7.7	79.6
Kuintil-2	6.1	12.8	81.0
Kuintil-3		4.1	95.9
Kuintil-4	4.0	5.5	90.5
Kuintil-5	5.1	3.0	91.9

Alasan tidak ada posyandu/poskesdes jauh lebih banyak ditemukan pada RT yang tinggal di perdesaan dibandingkan di perkotaan. Sedangkan untuk alasan layanan tidak lengkap dan tidak ada posyandu/poskesdes tidak ada beda berarti antara RT yang tinggal di perdesaan dan di perkotaan.



Dikaji menurut keadaan ekonomi RT, ada kecenderungan semakin mampu secara ekonomi semakin banyak RT tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes dengan alasan pelayanan tidak lengkap dan alasan yang lain cenderung tidak mempunyai pola jika dikaitkan dengan keadaan ekonomi RT

**Tabel 3.7.11**  
**Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa , Menurut Kabupaten Di Provinsi DI Yogyakarta**

Kabupaten	Pemanfaatan Polindes/bidan oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Tidak
Kulon Progo	17.6	31.0	51.3
Bantul	13.1	66.0	20.9
Gunung Kidul	11.9	38.7	49.4
Sleman	2.9	37.6	59.5
Kota Yogyakarta	4.4	80.2	15.4
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>8.7</b>	<b>50.4</b>	<b>40.8</b>

Sebanyak 40,8% rumah tangga di Provinsi DI Yogyakarta tidak memanfaatkan keberadaan polindes/bidan, dan 50,4% merasa tidak membutuhkan keberadaan polindes/bidan desa. Kabupaten yang relatif banyak rumah tangganya tidak memanfaatkan keberadaan polindes/bidan desa adalah kabupaten Sleman (59,5%) dan kabupaten Kulon Progo (51,2%%).

**Tabel 3.7.12**  
**Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa , Menurut Tempat Tinggal di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pemanfaatan Polindes/bidan oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Tidak
<b>Tipe Daerah</b>			
Perkotaan	6.6	57.2	36.1
Perdesaan	12.3	38.8	48.9
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan</b>			
Kuintil-1	14,2	44,1	41,7
Kuintil-2	11,7	41,2	47,1
Kuintil-3	9,9	42,1	48,0
Kuintil-4	7,5	41,4	51,2
Kuintil-5	2,9	36,7	60,4

Menurut daerah tempat tinggal, Rumah Tangga di perdesaan lebih banyak memanfaatkan polindes/bidan desa dibandingkan Rumah Tangga di perkotaan, sedangkan RT yang tidak membutuhkan polindes/bidan desa daerah perkotaan lebih banyak dibandingkan dengan di perdesaan. Nampak ada kecenderungan semakin kaya RT semakin berkurang yang memanfaatkan polindes/bidan desa, dan

semakin kaya RT semakin banyak yang merasa tidak membutuhkan polindes/bidan desa.

**Tabel 3.7.13**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita*	Pengobatan
Kulon Progo	31,6	14,3	14,0	12,3	42,1	86,0
Bantul	31,1	22,5	22,5	14,6	35,4	71,3
Gunung Kidul	33,3	18,2	16,7	18,5	28,8	81,9
Sleman	48,0	48,0	48,0	40,0	<b>60,0</b>	89,3
Kota Yogyakarta	36,4	14,3	14,3	14,3	18,2	68,2
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>33,8</b>	<b>21,4</b>	<b>20,9</b>	<b>17,5</b>	<b>36,1</b>	<b>78,6</b>

\*Bayi/Balita tidak termasuk neonatus

Pada Tabel ini jenis pelayanan polindes/bidan desa dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu pelayanan di *bidang KIA* (pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus pemeriksaan bayi/balita) dan *pengobatan*. Idealnya pelayanan polindes/bidan desa lebih banyak pada pelayanan bidang KIA dari pada pengobatan. Secara keseluruhan di Provinsi DI Yogyakarta proporsi RT yang pernah memperoleh pelayanan pengobatan jauh cukup tinggi (78,6%) dibanding dengan RT yang pernah memperoleh masing-masing jenis pelayanan bidang KIA (< 35%). Jenis pelayanan KIA yang diterima RT yang memanfaatkan polindes/bidan desa mulai terbanyak berturut turut adalah Pemeriksaan bayi/balita (36,1%), Pemeriksaan bayi/balita (33,8%), Pemeriksaan persalinan (24,5%), ibu nifas (24,4%) dan pemeriksaan neonatus (17,5%). Namun hal ini tidak dapat menggambarkan beban kerja polindes/bidan desa, apakah lebih banyak di bidang KIA atau pengobatan. Hal ini disebabkan data ini hanya menggambarkan jenis pelayanan apa yang pernah diperoleh RT dalam memanfaatkan polindes/bidan desa tanpa ditanyakan frekuensi pelayanan tersebut diperoleh.

Proporsi RT menurut jenis pelayanan polindes/bidan desa yang pernah diterima tidak mempunyai pola tertentu dan bervariasi antar kabupaten/kota. Proporsi RT yang memanfaatkan polindes./bidan desa.

**Tabel 3.7.14**  
**Persentase Rumah Tangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan di**  
**Desa Menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di**  
**Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
<b>Tipe Daerah</b>						
Perkotaan	<b>41,6</b>	29,0	28,2	21,0	43,8	74,8
Perdesaan	26,1	14,2	14,2	14,2	29,2	82,1
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan</b>						
Kuintil-1	34,7	19,2	19,4	20,8	<b>32,9</b>	77,9
Kuintil-2	33,3	19,3	17,5	14,3	38,1	77,9
Kuintil-3	32,8	22,4	20,7	13,8	28,8	79,0
Kuintil-4	30,0	24,0	24,0	18,4	<b>46,0</b>	84,3
Kuintil-5	38,1	28,6	28,6	22,7	40,9	68,2

Pemanfaatan pelayanan polindes oleh RT di perkotaan lebih tinggi dari pada perdesaan hampir disemua jenis pelayanan, kecuali pada jenis pelayanan pengobatan dimana perdesaan lebih tinggi daripada perkotaan.

Secara umum tidak terdapat perbedaan yang cukup berarti terhadap jenis pelayanan polindes/bidan desa yang diterima keluarga miskin maupun kaya. Pemanfaatan pemeriksaan kehamilan pada keluarga miskin lebih tinggi daripada keluarga kaya. Sedangkan untuk pemeriksaan Balita keluarga kaya lebih banyak dari pada keluarga miskin.

**Tabel 3.7.15**  
**Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan**  
**Polindes/Bidan di Desa, Menurut Alasan Lain dan Kabupaten**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Alasan tdk memanfaatkan polindes/bidan desa			
	letak jauh	tdk ada polindes/ bidan	layanan tdk lengkap	Lainnya
Kulon Progo	2.1	58.8	0.6	38.5
Bantul	1.4	45.6	40.8	12.2
Gunung Kidul	2.6	72.8	3.5	21.2
Sleman	1.9	79.6	3.3	15.2
Kota Yogyakarta	1.1	57.8	1.1	40.0
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>2.0</b>	<b>70.0</b>	<b>7.5</b>	<b>20.5</b>

Alasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan di Provinsi DI Yogyakarta tertinggi karena tidak ada polindes/bidan desa (70,0%) dan terendah karena letak jauh (2,0%). Tidak ada Polindes/Bidan bervariasi pada masing-masing kabupaten/kota yang tertinggi di kabupaten Sleman (79,6%) dan terendah di kabupaten Bantul (45,6%).

**Tabel 3.7.16**  
**Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan**  
**Polindes/Bidan di Desa, Menurut Alasan Lain dan Karakteristik Rumah**  
**Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Alasan tidak memanfaatkan polindes/bidan desa			
	letak jauh	tdk ada polindes/ bidan	layanan tdk lengkap	Lainnya
<b>Tipe Daerah</b>				
Perkotaan	2.0	72.7	7.9	17.3
Perdesaan	1.9	66.6	7.0	24.5
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan</b>				
Kuintil-1	3.2	66.4	7.3	23.1
Kuintil-2	1.7	73.3	6.4	18.6
Kuintil-3	1.9	72.3	9.4	16.4
Kuintil-4	1.8	67.6	6.6	24.0
Kuintil-5	1.3	70.4	7.9	20.5

Alasan RT yang mengatakan tidak ada polindes/ bidan di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Sedangkan alasan jarak yang jauh banyak pada RT di perdesaan. Sehingga perlunya akselerasi mendekatkan akses polindes bagi RT perdesaan dan pemerataan tenaga bidan di RT perkotaan. Ada kecenderungan alasan letak polindes/ bidan yang jauh makin meningkat seiring dengan makin miskinnya RT tersebut. Sehingga akses polindes perlu ditingkatkan untuk RT miskin. Ada kecenderungan meningkatnya pendapatan RT dengan makin banyak yang tidak membutuhkan Polindes/Bidan

**Tabel 3.7.17**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa (POD)/ Warung Obat Desa (WOD) dan Kabupaten/Kota di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Pemanfaatan POD/WOD oleh RT		
	ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Kulon Progo		<b>98,8</b>	1,2
Bantul	0,3	89,2	10,5
Gunung Kidul	0,8	97,2	2,0
Sleman	0,2	94,2	5,6
Kota Yogyakarta	<b>2,7</b>	85,7	11,6
DI Yogyakarta	0,7	92,7	6,6

Pemanfaatan POD/WOD tiap kabupaten/kota sangat rendah yaitu di bawah 10 %. Pemanfaatan tertinggi pada Kota Yogyakarta. Sehingga perlu adanya penelusuran alasan tidak memanfaatkan POD/WOD.

**Tabel 3.7.18**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa (POD)/ Warung Obat Desa (WOD) menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pemanfaatan POD/WOD oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
<b>Tipe Daerah</b>			
Perkotaan	0,8	90,1	9,0
Perdesaan	0,4	97,2	2,3
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan</b>			
Kuintil-1	0,5	96,4	3,1
Kuintil-2	0,3	94,8	4,8
Kuintil-3	1,3	92,9	5,8
Kuintil-4	0,4	93,0	6,6
Kuintil-5	0,8	88,2	11,0

Pemanfaatan POD/WOD oleh RT masih sangat minim baik di perdesaan ataupun di perkotaan, meskipun terlihat perdesaan lebih besar pemanfaatannya. Tidak ada perbedaan antara pemanfaatan POD/WOD, baik pada RT kaya atau RT miskin

**Tabel 3.7.19**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta**

Kabupaten/Kota	Alasan tidak memanfaatkan POD/WOD			
	lokasi jauh	tdk ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Kulon Progo		99.5		0.5
Bantul		99.5	0.2	0.3
Gunung Kidul		99.5		0.5
Sleman	0.2	91.2		8.6
Kota Yogyakarta		98.4		1.6
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>0.1</b>	<b>96.7</b>	<b>0.0</b>	<b>3.3</b>

Sebagian besar masyarakat di kabupaten/kota dengan alasan tidak memanfaatkan POD/WOD adalah tidak adanya POD/WOD (96,7%)

**Tabel 3.7.20**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan**  
**Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD)**  
**Menurut Karakteristik Rumah Tangga**  
**di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Alasan tidak memanfaatkan POD/WOD			
	lokasi jauh	tdk ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
<b>Tipe Daerah</b>				
Perkotaan	0.1	95.3		4.6
Perdesaan		98.8	0.1	1.1
<b>Tingkat Pengeluaran per kapita per Bulan</b>				
Kuintil-1		97.3	0.2	2.5
Kuintil-2		97.9		2.1
Kuintil-3		98.6		1.4
Kuintil-4		96.5		3.5
Kuintil-5	0.3	92.7		7.0

Tabel di atas menyajikan informasi tentang alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga. Alasan utama terbanyak yang dikemukakan adalah tidak adanya POD/WOD. Tidak tampak perbedaan antara daerah perdesaan dan perkotaan dalam hal alasan utama untuk tidak memanfaatkan POD/WOD, begitu pula menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

### **3.8. 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.

**Tabel 3.8.1**  
**Persentase Renduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskedas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat berobat rawat inap								
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RSLN	RSB	Puskes-mas	Nakes	Batra	Lain-nya	Tidak Rawat inap
Kulon Progo	5.8	4.7		0.8	2.1	1.6	0.0	0.1	84.8
Bantul	3.9	5.0		0.2	1.0	0.3		0.0	89.5
Gunung Kidul	3.9	4.5	0.0	1.3	1.6	0.6	0.0	0.1	87.8
Sleman	3.2	5.8		0.5	0.4	0.2		0.2	89.8
Kota Yogyakarta	3.7	10.7		1.3	0.5	0.2			83.5
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>4.1</b>	<b>5.9</b>	<b>0.0</b>	<b>0.8</b>	<b>1.2</b>	<b>0.6</b>	<b>0.0</b>	<b>0.1</b>	<b>87.3</b>

Sebagian besar masyarakat di Provinsi DI Yogyakarta menggunakan tempat berobat rawat inap di RS swasta (5,9%). Kota Yogyakarta merupakan pengguna RS swasta terbanyak (10,7%) sebagai tempat berobat rawat inap, sedangkan kabupaten Kulon Progo terbanyak menggunakan RS Pemerintah untuk menjalani rawat inap (5,8%).

**Tabel 3.8.2**  
**Persentase Tempat Berobat Rawat Inap Menurut Tempat Tinggal di Provinsi DI Yogyakarta, Riskedas 2007**

Karakteristik	Tempat berobat rawat inap								
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RSLN	RSB	Puskes-mas	Nakes	Batra	Lain-nya	Tidak Rawat inap
<b>Tipe daerah</b>									
Perkotaan	4.3	7.0		0.6	0.7	0.4		0.1	86.8
Perdesaan	4.0	4.7	0.0	1.0	1.7	0.8	0.0	0.1	87.8
<b>Pengeluaran perkapita perbulan</b>									
Kuintil1	3.6	2.9		0.7	1.5	0.4		0.0	90.8
Kuintil2	3.5	4.7		0.7	1.0	0.7	0.1	0.2	89.1
Kuintil3	4.6	6.4		1.0	1.5	0.4		0.1	85.9
Kuintil4	4.4	6.4	0.0	0.9	0.7	0.7		0.0	86.7
Kuintil5	4.5	8.9		0.8	1.1	0.6			84.0

Rumah sakit di perkotaan (Pemerintah atau swasta) cenderung lebih banyak dimanfaatkan untuk rawat inap dibandingkan Rumah sakit (RS Pemerintah dan



swasta) di perdesaan. Wilayah perdesaan lebih banyak memanfaatkan Puskesmas dan RSB.

Rumah Sakit Swasta paling banyak dimanfaatkan untuk tempat berobat rawat inap. Ada kecenderungan pemanfaatan RS Swasta sebagai rawat inap seiring dengan makin meningkatnya status ekonomi

**Tabel 3.8.3**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan Dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Kulon Progo	76.3	11.8	23.1	1.9	7.8
Bantul	68.8	10.4	14.6	2.9	14.2
Gunung Kidul	84.2	3.3	16.1	2.6	11.0
Sleman	81.4	18.6	8.2	2.1	12.9
Kota Yogyakarta	85.2	19.1	11.3	1.9	9.3
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>79.1</b>	<b>12.2</b>	<b>15.4</b>	<b>2.3</b>	<b>10.7</b>

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemerintah Daerah

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Sebagian besar kabupaten menggunakan sumber biaya 'out of pocket' untuk rawat inap. Sedangkan penggunaan Askeskin/SKTM untuk rawat inap terbesar adalah kabupaten Kulon Progo (23,1%).

**Tabel 3.8.4**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan Dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
<b>Tipe Daerah</b>					
Perkotaan	77,8	16,7	11,5	2,6	12,3
Perdesaan	80,9	6,7	17,8	2,0	10,4
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita per Kabupaten</b>					
Kuintil 1	68,4	4,7	29,8	5,3	22,2
Kuintil 2	78,8	6,6	19,2	2,5	10,0
Kuintil 3	81,2	8,6	16,9	1,9	14,3
Kuintil 4	81,1	14,5	7,9	2,8	12,5
Kuintil 5	81,3	24,4	3,8	0,7	

Penggunaan askeskin sebagai sumber pembiayaan sebagian besar di daerah perdesaan, sedangkan penggunaan askes/Jamsostek terbesar ada di perkotaan.

Ada kecenderungan makin meningkat status ekonomi menurut kuintil (Kaya) , makin meningkat pula pemanfaatan sumber biaya asuransi (Askes/Jamsostek) untuk rawat inap. Terlihat pula adanya 'penyimpangan' penggunaan sumber biaya askeskin / Surat Keterangan Tidak Mampu oleh penduduk Kaya.

**Tabel 3.8.5**  
**Persentase Penduduk yang Memanfaatkan Tempat Berobat Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat Berobat Rawat Jalan									
	RS Pemerintah	RS Swasta	RSB	PUSK	POLI	NAKES	BATTRA	Lainnya	Di Rumah	Tdk Rjk
Kulon Progo	2.2	2.8	0.2	20.8	3.0	20.2	0.4	0.2	0.4	49.7
Bantul	1.8	4.1	0.1	8.3	0.8	10.7		0.2	0.0	73.9
Gunung Kidul	1.4	1.3	0.7	23.9	2.2	24.2	0.2	0.1	0.3	45.7
Sleman	3.1	5.0	0.2	15.5	1.9	16.4	0.2	0.2	0.2	57.5
Kota Yogyakarta	3.8	7.4	0.3	11.4	1.5	7.7	0.3	0.4	0.3	66.9
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>2.4</b>	<b>3.9</b>	<b>0.3</b>	<b>16.2</b>	<b>1.9</b>	<b>16.3</b>	<b>0.2</b>	<b>0.2</b>	<b>0.2</b>	<b>58.5</b>

Persentase tertinggi penggunaan tempat berobat rawat jalan adalah oleh Nakes (16,3%), diikuti oleh Puskesmas (16,2%) dan pemanfaatan terbesar Nakes dilakukan penduduk kabupaten Gunung Kidul (24.2%), sedangkan pemanfaatan berobat rawat jalan di puskesmas terbanyak juga dilakukan penduduk kabupaten Gunung Kidul (23,9%)

**Tabel 3.8.6**  
**Persentase Penduduk yang Memanfaatkan Tempat Berobat Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tempat Berobat Rawat Jalan									
	RS Pemerintah	RS Swasta	Rsb	Pusk	Poli	Nakes	BATTRA	Lainnya	Di Rmh	Tdk Rjk
<b>Tipe Daerah</b>										
Perkotaan	3.0	5.5	0.2	12.2	1.7	12.7	0.2	0.3	0.2	64.1
Perdesaan	1.7	2.2	0.4	20.5	2.1	20.1	0.2	0.1	0.3	52.3
<b>Tingkat</b>										
Kuintil 1	2.0	1.7	0.2	20.2	1.3	12.4	0.2	0.2	0.1	61.5
Kuintil 2	1.7	2.6	0.2	16.4	2.1	16.3	0.2	0.0	0.3	60.2
Kuintil 3	2.8	3.3	0.4	17.1	1.6	17.6	0.1	0.3	0.2	56.5
Kuintil 4	2.6	4.5	0.4	15.1	2.1	16.4	0.2		0.3	58.5
Kuintil 5	2.8	7.5	0.3	12.1	2.3	18.7	0.2	0.4	0.2	55.5

Masyarakat di daerah perkotaan lebih banyak memanfaatkan RS Pemerintah dan RS Swasta, sedangkan masyarakat perdesaan lebih banyak memanfaatkan Puskesmas dan Nakes.

Terlihat kecenderungan menurun dalam hal pemanfaatan berobat jalan di Puskesmas dengan meningkatnya pendapatan masyarakat, demikian pula dengan penggunaan tempat berobat rawat jalan oleh Nakes yang cenderung menurun dengan meningkatnya pendapatan. Sebaliknya dengan pemanfaatan tempat berobat jalan di RS Swasta makin meningkat dengan meningkatnya pendapatan masyarakat

**Tabel 3.8.7**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Sumber Pembiayaan Dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Sumber pembiayaan rawat jalan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Kulon Progo	80.5	3.8	13.2	2.4	2.1
Bantul	88.5	6.0	4.0	0.5	2.7
Gunung Kidul	69.0	24.7	9.0	1.3	2.1
Sleman	81.2	9.3	6.0	1.7	4.5
Kota Yogyakarta	75.3	9.8	10.3	2.7	7.5
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>77.8</b>	<b>11.9</b>	<b>8.9</b>	<b>1.7</b>	<b>3.3</b>

Sebagian besar kabupaten menggunakan pembiayaan 'out of pocket' untuk rawat jalan. Pemanfaatan Aseskin/SKTM tertinggi di kabupaten Kulon Progo (13,2%) dan penggunaan Askes/Jamsostek tertinggi di kabupaten Gunung Kidul (24,7%).

**Tabel 3.8.8**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Sumber Pembiayaan Dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
<b>Tipe Daerah</b>					
Perkotaan	81.4	9.0	6.7	1.3	4.3
Perdesaan	74.9	14.4	10.8	2.1	2.5
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan</b>					
Kuintil 1	71.9	6.9	19.6	3.3	2.1
Kuintil 2	79.6	10.5	9.1	1.5	3.3
Kuintil 3	77.1	12.2	8.0	1.6	3.9
Kuintil 4	79.2	13.4	6.9	1.3	3.0
Kuintil 5	80.6	15.9	2.3	1.0	4.2

Penggunaan 'out of pocket' dalam pembiayaan rawat jalan masih cukup tinggi baik diperkotaan maupun diperdesaan, sedangkan penggunaan askes/jamsostek lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan. Namun penggunaan aseskin/SKTM di perdesaan lebih tinggi dari pada perkotaan.

Penggunaan 'out of pocket' dalam pembiayaan rawat jalan masih cukup tinggi sebanding dengan meningkatnya status ekonomi. Ada penyimpangan penggunaan aseskin/SKTM oleh penduduk kaya (kuintil 5) sebanyak 2,3%.

### 3.8.1 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.3.9.1 menggambarkan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut kabupaten.

**Tabel 3.8.1.1**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten /Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Kemudahan dikunjungi
Kulon Progo	85.0	88.8	87.5	87.9	90.7	88.2	89.4	94.4
Bantul	94.2	92.1	92.1	92.1	91.7	90.4	92.5	92.5
Gunung Kidul	89.4	90.1	86.1	87.5	88.6	87.2	88.3	93.8
Sleman	90.7	91.7	89.6	92.2	95.3	95.3	91.2	93.3
Kota Yogyakarta	93.0	93.4	93.8	94.1	94.1	95.3	92.6	94.5
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>90.1</b>	<b>91.0</b>	<b>89.6</b>	<b>90.5</b>	<b>91.8</b>	<b>90.9</b>	<b>90.6</b>	<b>93.8</b>

Penilaian ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap antar kabupaten/kota tertinggi diberikan masyarakat Provinsi DI Yogyakarta untuk kemudahan dikunjungi (93,8%) dan terendah pada kejelasan informasi (89,6%).

**Tabel 3.8.1.2**  
**Persentase penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Mudahan dikunjungi
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	90.4	91.3	90.8	91.4	92.1	92.7	90.5	92.4
Perdesaan	89.8	90.8	88.3	89.4	91.4	88.8	90.8	95.3
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>								
Kuintil 1	91.4	92.5	89.8	89.8	90.9	88.2	87.7	93.0
Kuintil 2	90.9	89.5	89.0	87.7	89.0	87.7	92.7	93.2
Kuintil 3	90.5	91.9	90.1	92.6	94.0	93.3	92.6	95.8
Kuintil 4	89.2	91.4	87.4	91.1	91.8	90.7	89.2	94.8
Kuintil 5	89.2	90.1	91.4	90.4	92.3	92.6	90.4	92.0

**Tabel 3.8.1.3**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan**  
**Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Risesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Kulon Progo	81.1	93.9	89.1	89.3	92.1	91.2	89.8
Bantul	92.8	95.5	93.3	92.0	93.0	91.8	92.3
Gunung Kidul	88.7	94.7	87.3	89.2	91.4	90.2	94.1
Sleman	88.6	95.3	94.0	93.4	94.6	94.7	95.3
Kota Yogyakarta	91.1	95.0	94.4	94.2	95.8	94.2	95.4
<b>DI Yogyakarta</b>	<b>87.7</b>	<b>94.8</b>	<b>90.8</b>	<b>91.1</b>	<b>93.0</b>	<b>92.1</b>	<b>93.2</b>

Masyarakat disetiap kabupaten mempunyai persepsi penilaian hampir sama untuk jenis pelayanan. Jenis ketanggapan pelayanan rawat jalan yang dinilai terbaik adalah dalam hal keramahan (94.8%), diikuti kebebasan dalam memilih fasilitas kesehatan (92.1%), namun yang masih sedikit lebih rendah adalah penilaian terhadap waktu tunggu (87.7%)

**Tabel 3.8.1.4**  
**Persentase penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Waktu tunggu</b>	<b>Keramahan</b>	<b>Kejelasan informasi</b>	<b>Ikut ambil keputusan</b>	<b>Kerahasiaan</b>	<b>Kebebasan pilih fasilitas</b>	<b>Kebersihan ruangan</b>
<b>Tipe Daerah</b>							
Perkotaan	89.4	95.1	93.3	93.0	94.5	93.4	93.8
Perdesaan	86.2	94.5	88.7	89.5	91.7	91.0	92.7
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan</b>							
Kuintil-1	86.2	94.5	88.8	86.9	90.0	88.9	91.5
Kuintil-2	85.7	93.8	90.3	89.5	92.2	90.5	92.9
Kuintil-3	88.4	95.2	91.1	91.9	94.5	94.0	94.8
Kuintil-4	87.9	94.8	91.6	92.5	93.0	92.3	91.3
Kuintil-5	89.7	95.6	91.9	93.8	94.7	94.0	95.0

Tidak tampak perbedaan penilaian ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan antara masyarakat perkotaan maupun perdesaan, sebagian besar atau >85 % menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan baik.

### **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 berdasarkan Rata-Rata Pemakaian Air Per**  
**Orang Per Hari menurut Kabupaten di Propinsi DI**  
**Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Jumlah Rata-Rata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari (Dalam Liter)				
	<5	5-19,9	20-49,9	51-99,9	≥ 100
Kulon progo	0.6	3.1	10.5	19.8	66.0
Bantul	0.5	2.9	10.6	33.5	52.4
Gunung kidul	0.2	6.6	25.5	33.4	34.4
Sleman	0.1	0.7	12.2	30.7	56.3
Kota Yogyakarta	0.4	3.1	4.7	13.9	78.0
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>0.3</b>	<b>2.9</b>	<b>13.0</b>	<b>28.2</b>	<b>55.5</b>

Lebih dari separuh penduduk di Provinsi DI Yogyakarta mengkonsumsi air per orang perhari di atas 100 liter (Akses Optimal) (55,5%). Apabila dibandingkan antar wilayah kabupaten/kota, persentase tertinggi masyarakat dengan konsumsi air di atas 100 liter adalah Kota Yogyakarta dan Kabupaten Kulon Progo. Sedangkan akses terhadap penggunaan air bersih yang rendah sebesar 3,2 % ('tidak akses' sebesar 0,3% dan 'akses kurang' sebesar 2,9%).

Dilihat dari karakteristik rumah tangga, rerata pemakaian air bersih per orang per hari menunjukkan perbedaan, baik menurut tipe daerah maupun menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 3.9.1.2**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Rata-Rata Pemakaian Air Bersih**  
**Per Orang Per Hari menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran per**  
**Kapita di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jumlah Rata-Rata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari (Dalam Liter)				
	<5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	>100
<b>Tempat tinggal</b>					
Perkotaan	0.2	2.0	9.1	27.2	61.5
Perdesaan	0.3	4.8	19.6	30.0	45.4
<b>Tingkat Pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil 1	0.3	4.9	19.0	27.6	48.1
Kuintil 2	0.5	4.2	12.8	27.4	55.2
Kuintil 3	0.3	1.5	11.1	27.9	59.1
Kuintil 4	0.2	1.8	10.9	24.8	62.2
Kuintil 5	0.0	2.5	11.2	33.3	53.0

Persentase konsumsi air dengan jumlah 100 liter per orang per hari (akses optimal) di daerah perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan daerah di perkotaan. Menurut kuintil, tidak ada kecenderungan semakin baik kondisi ekonominya maka akan semakin tinggi konsumsinya.



Di samping jumlah pemakaian air bersih untuk keperluan rumah tangga, ditanyakan juga tentang jarak dan waktu tempuh ke sumber air, serta persepsi tentang ketersediaan sumber air. Kepada kepala rumah tangga ditanyakan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menjangkau sumber air bersih pulang pergi, berapa jarak antara rumah dengan sumber air, dan bagaimana kemudahan dalam memperoleh air bersih. Hasil tersaji pada Tabel 3.9.1.3.

**Tabel 3.9.1.3**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Waktu, Jarak, Ketersediaan Air Bersih menurut Kabupaten Di Propinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Lama Waktu Dan Jarak Untuk Menjangkau Sumber Air				Ketersediaan Air		
	Waktu (Menit)		Jarak (Kilometer)		Mudah Sepanjang Tahun	Sulit Pada Musim Kemarau	Sulit Sepanjang Tahun
	≤30	>30	≤1	>1			
Kulon progo	98.8	1.2	97.8	2.2	76.5	21.6	1.9
Bantul	99.7	0.3	99.6	0.4	88.1	11.9	0.0
Gunung kidul	97.9	2.1	95.7	4.3	60.5	39.1	0.3
Sleman	95.8	4.2	96.9	3.1	94.7	5.3	0.0
Kota Yogyakarta	98.8	1.2	98.4	1.6	96.1	3.7	0.2
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>97.9</b>	<b>2.1</b>	<b>97.7</b>	<b>2.3</b>	<b>85.1</b>	<b>14.6</b>	<b>0.3</b>

Berdasarkan ketersediaan air bersih, rumah tangga di kabupaten/kota yang mengalami kesulitan air bersih pada musim kemarau, adalah Kabupaten Gunung Kidul (39,1%). Dalam hal jarak dan waktu, pada umumnya rumah tangga di kabupaten/kota dapat menjangkau sumber air dalam waktu ≤ 30 menit dan jarak ≤ 1 km.

Akses air bersih menurut waktu, jarak dan ketersediaan air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 3.9.1.4**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Waktu, Jarak dan Ketersediaan Air Bersih, dan Tempat Tinggal Serta Tingkat Pengeluaran Per kapita, di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Lama Waktu Dan Jarak Untuk Menjangkau Sumber Air				Ketersediaan Air		
	Waktu (Menit)		Jarak (Kilometer)		Mudah Sepanjang Tahun	Sulit Pada Musim Kerau	Sulit Sepanjang Tahun
	≤30	>30	≤1	>1			
<b>Tempat Tinggal</b>							
Perkotaan	97,8	2,2	98,4	1,6	97,1	2,8	0,0
Perdesaan	97,8	2,2	96,4	3,6	64,6	34,8	0,7
<b>Tingkat Pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil 1	97.2	2.8	95.5	4.5	80.1	19.6	0.3
Kuintil 2	97.1	2.9	98.0	2.0	82.5	17.2	0.3
Kuintil 3	97.4	2.6	97.8	2.2	86.8	13.0	0.2
Kuintil 4	98.3	1.7	98.2	1.8	85.2	14.6	0.2
Kuintil 5	99.4	0.6	98.8	1.2	91.4	8.4	0.2

Dalam hal waktu, jarak dan ketersediaan air bersih, kondisi di perkotaan dan pedesaan tidak jauh berbeda.

Berdasarkan kuintil, tidak terdapat perbedaan yang mencolok antara waktu dan jarak untuk menjangkau serta ketersediaan air bersih

Dalam rangka memperoleh air untuk keperluan rumah tangga bila sumbernya berada di luar pekarangan, ditanyakan siapa yang biasanya mengambil air dalam rumah tangga tersebut, sebagai upaya untuk melihat aspek gender dan perlindungan anak. Aspek gender dalam pengambilan air bersih dapat dilihat pada Tabel di bawah ini

**Tabel 3.9.1.5**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Anggota Rumah Tangga (ART) yang**  
**Biasa Mengambil Air Bersih yang Bersumber di Dalam Pekarangan, dan**  
**Kabupaten/Kota, Di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	ART Yang Biasa Mengambil Air			
	Perempuan		Laki-Laki	
	Dewasa	Anak (<12 Th)	Dewasa	Anak (<12 Th)
Kulon Progo	70.0	0.0	30.0	0.0
Bantul	33.8	0.0	66.2	0.0
Gunung kidul	28.4	0.7	68.1	2.8
Sleman	61.4	2.9	35.7	0.0
Kota Yogyakarta	42.1	0.0	52.6	5.3
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>42.0</b>	<b>0.9</b>	<b>55.6</b>	<b>1.5</b>

Individu yang biasa mengambil air dalam rumah tangga di di Provinsi DI Yogyakarta lebih banyak laki-laki dewasa, dan kabupaten yang mengambil air lebih banyak laki-laki dewasa adalah Kabupaten Gunung kidul.

Proporsi individu yang mengambil air bersih di rumah tangga menunjukkan variasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Hasil tercantum pada Tabel di bawah :

**Tabel 3.9.1.6**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Anggota Rumah Tangga (ART)**  
**yang Biasa Mengambil Air Bersih yang Bersumber di Dalam**  
**Pekarangan, menurut Tempat Tinggal Desa/Kota, di Provinsi DI**  
**Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Tempat Tinggal	Orang Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga			
	Perempuan		Laki-Laki	
	Dewasa	Anak (<12 Th)	Dewasa	Anak (<12 Th)
<b>Tempat Tinggal</b>				
Perkotaan	51.7	2.2	44.9	1.1
Perdesaan	38.0	0.4	59.6	2.0
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>				
Kuintil 1	44.8	0.0	55.2	0.0
Kuintil 2	44.0	2.4	50.0	3.6
Kuintil 3	37.9	1.5	60.6	0.0
Kuintil 4	36.4	0.0	61.4	2.3
Kuintil 5	31.6	0.0	57.9	10.5

Individu yang biasa mengambil air, di perkotaan lebih banyak perempuan dewasa dibanding laki-laki dewasa. Sebaliknya, di pedesaan lebih banyak laki-laki dewasa yang mengambil air dibanding perempuan dewasa.

Berdasarkan kuintil, persentase individu yang biasa mengambil air dalam rumah tangga lebih banyak laki-laki dewasa. Terdapat kecenderungan negatif antara kuintil dengan individu dewasa yang biasa mengambil air dalam rumah tangga.

Penggunaan tenaga anak-anak di bawah umur 12 tahun baik laki-laki maupun perempuan jauh lebih kecil dibandingkan individu dewasa.

Data kualitas fisik air untuk keperluan minum rumah tangga dikumpulkan dengan cara wawancara dan pengamatan, meliputi kekeruhan, bau, rasa, warna dan busa. Kategori kualitas fisik air minum baik bila air tersebut tidak keruh, tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna dan tidak berbusa.

**Tabel 3.9.1.7**  
**Persentase Rumah Tangga berdasarkan Kualitas Fisik Air Minum, Menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Kualitas Fisik Air Minum (Utama)					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Kulon Progo	3.7	4.0	2.2	0.6	0.9	92.9
Bantul	1.7	0.8	0.3	0.1	0.6	97.6
Gunung Kidul	3.9	1.5	1.2	0.7	0.7	95.2
Sleman	3.0	2.4	0.2	0.0	1.4	95.7
Kota Yogyakarta	6.4	7.4	5.7	1.2	5.7	90.2
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>3.4</b>	<b>2.8</b>	<b>1.4</b>	<b>0.4</b>	<b>1.7</b>	<b>94.9</b>

Catatan : \* Tidak Keruh, Berwarna, Berasa, Berbusa Dan Berbau

Lebih dari 90 % rumah tangga di Provinsi DI Yogyakarta mempunyai kualitas fisik air baik. Tidak terdapat perbedaan yang mencolok dalam hal kualitas air (keruh, bau, warna, rasa busa) diantara kabupaten/kota.

Proporsi kualitas fisik air minum rumah tangga yang baik bervariasi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 3.9.1.8**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum, dan Tempat Tinggal serta Tingkat Pengeluaran Per Kapita, di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kualitas Fisik Air Minum					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
<b>Tempat Tinggal</b>						
Perkotaan	3,3	3,1	1,7	0,4	2,2	95,1
Perdesaan	3,6	2,1	1,0	0,4	0,9	94,8
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>						
Kuintil 1	3.5	3.1	2.0	0.3	2.1	95.0
Kuintil 2	3.7	2.9	1.2	0.5	2.5	94.8
Kuintil 3	3.1	2.6	1.6	0.5	1.4	94.9
Kuintil 4	4.8	3.2	1.2	0.5	1.5	93.5
Kuintil 5	2.2	2.0	0.9	0.3	0.9	96.6

Catatan : \* Tidak Keruh, Berwarna, Berasa, Berbusa Dan Berbau

Tidak terdapat perbedaan yang mencolok antara perkotaan dan pedesaan dalam hal kualitas fisik air minum. Kualitas air minum di perkotaan maupun di pedesaan pada umumnya baik.

Kualitas fisik air minum (keruh, bau, warna, rasa, busa) rumah tangga dalam semua kuintil pada umumnya baik. Tidak terdapat perbedaan kualitas fisik air minum untuk setiap kuintil.

Data jenis sumber air minum utama yang digunakan rumah tangga diambil dari data Kor Susenas 2007.

**Tabel 3.9.1.9**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten,**  
**Di Propinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007**

Kabupaten	Jenis Sumber Air Minum										
	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Kulon Progo	0.6	9.3	0.0	0.3	54.2	18.6	8.4	8.7	0.0	0.0	0.0
Bantul	4.2	1.7	0.1	5.5	81.5	2.6	2.1	2.3	0.0	0.0	0.0
Gunung kidul	0.5	26.7	1.5	3.1	37.9	9.3	2.6	1.5	0.2	16.7	0.0
Sleman	18.8	3.4	0.0	20.3	51.0	6.0	0.6	0.1	0.0	0.0	0.0
Kota Yogyakarta	21.4	16.3	0.6	2.6	58.0	0.6	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>10.4</b>	<b>9.9</b>	<b>0.4</b>	<b>8.8</b>	<b>57.2</b>	<b>6.2</b>	<b>2.0</b>	<b>1.7</b>	<b>0.0</b>	<b>3.1</b>	<b>0.0</b>

Sebagian besar rumah tangga menggunakan sumur terlindung sebagai sumber air minum. Kabupaten Gunung Kidul masih memanfaatkan air hujan dan air sungai sebagai sumber air. Penggunaan air kemasan tertinggi di Kota Yogyakarta dan penggunaan ledeng eceran tertinggi di Kabupaten Gunung Kidul.

Sebaran proporsi penggunaan jenis sumber air minum bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 3.9.1.10**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Tempat**  
**Tinggal Desa/Kota,Serta Tingkat Pengeluaran Per Kapita**  
**Di Provinsi DI Yogyakarta,Susenas 2007**

Karakteristik	Jenis Sumber Air Minum										
	Air Kemasan	Leding Eceran	Leding Meteran	Sumur Bor /Pompa	Sumur Terlindung	Sumur Terlindung	Mata Air Terlindung	Mata Air Td	Air Sungai	Air Hujan	Lainnya
<b>Tempat Tinggal</b>											
Perkotaan	16.2	7.5	0.1	11.9	61.1	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Perdesaan	0.6	13.9	0.8	3.6	50.7	11.7	5.4	4.7	0.1	8.5	0.0
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>											
Kuintil 1	0.8	8.8	0.2	4.0	65.5	11.2	2.8	3.1	0.0	3.7	0.0
Kuintil 2	0.8	9.8	0.5	6.3	68.2	6.6	2.2	1.8	0.2	3.7	0.0
Kuintil 3	1.9	9.4	0.5	10.8	65.3	6.5	2.0	1.5	0.0	2.2	0.0
Kuintil 4	9.5	11.1	0.5	16.1	50.5	4.9	2.2	1.5	0.0	3.5	0.2
Kuintil 5	39.4	10.4	0.3	7.0	36.6	2.0	1.1	0.6	0.0	2.6	0.0

Sumber air minum di perkotaan maupun di pedesaan lebih banyak menggunakan sumber terlindung. Air kemasan lebih banyak digunakan di perkotaan. Menurut kuintil penggunaan air kemasan mempunyai kecenderungan meningkat dengan naiknya kuintil

Tabel di bawah ini menggambarkan jenis tempat penampungan air untuk keperluan minum yang digunakan rumah tangga dan jenis pengolahan air minum yang dilakukan sebelum air tersebut dikonsumsi

**Tabel 3.9.1.11**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan**  
**Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum ,dan Kabupaten,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten	Tempat Penampungan			Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan				
	Wadah Ter Buka	Wadah Ter Tutup	Tdk Ada Wadah	Lang sung diminum	Dima sak	Di sa ring	Ba han Kimia	Lain nya
Kulon progo	11.9	64.7	23.4	0.3	99.4	3.7	0.9	0.9
Bantul	6.7	32.9	60.4	0.4	98.8	0.4	0.1	0.3
Gunung kidul	20.2	69.6	10.2	1.2	96.2	14.1	1.6	2.1
Sleman	7.5	63.3	29.2	1.5	90.8	3.7	0.7	8.8
Kota Yogyakarta	7.9	57.7	34.3	1.4	92.2	3.1	0.6	6.6
<b>Propinsi DI Yogyakarta</b>	<b>10.2</b>	<b>56.4</b>	<b>33.3</b>	<b>1.1</b>	<b>94.8</b>	<b>4.8</b>	<b>0.7</b>	<b>4.3</b>

Tempat penampungan air minum terbesar dalam wadah tertutup rapat, Kabupaten Bantul terendah (32,9%) dalam penggunaan penampungan air dengan wadah

tertutup, sedangkan sebagian besar rumah tangga melakukan pengolahan air minum dengan cara dimasak.

Proporsi penggunaan tempat penampungan air dan pengolahan air sebelum dikonsumsi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 3.9.1.12**  
**Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita , di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tempat Penampungan			Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan				
	Wadah Terbuka	Wadah Tertutup	Tdk Ada Wadah	Langsung Di Minum	Dimasak	Disaring	Bahan Kimia	Lainnya
<b>Tempat Tinggal</b>								
Perkotaan	8.2	51.8	40.0	1.1	93.3	2.0	0.5	5.8
Perdesaan	13.8	64.2	22.0	0.9	97.2	9.4	1.2	1.8
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>								
Kuintil 1	9.8	47.8	42.3	0.9	97.7	6.3	0.8	1.1
Kuintil 2	10.9	48.8	40.2	0.3	99.2	3.9	1.1	1.3
Kuintil 3	10.7	56.9	32.4	0.8	97.4	4.5	0.5	1.7
Kuintil 4	10.9	62.5	26.7	1.2	94.5	5.4	0.9	3.9
Kuintil 5	9.0	66.1	24.9	2.2	85.1	3.6	0.3	13.8

Daerah perkotaan banyak yang tidak menggunakan wadah penampungan untuk air minum (40,0%), sedangkan sebagian besar baik perkotaan maupun perdesaan mengolah air minum dengan memasak.

Penggunaan wadah tertutup sebagai penampung air minum tersebar merata antara kuintil, dan pengolahan air terbesar dengan cara dimasak dan tersebar merata di antara kuintil.

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses terhadap air bersih 'baik' apabila pemakaian air minimal 20 liter per orang per hari, sarana sumber air yang digunakan *improved*, dan sarana sumber air berada dalam radius 1 kilometer dari rumah. Data konsumsi air dan jarak ke sumber air berasal dari Riskesdas 2007, sedangkan data jenis sarana air minum berasal dari Kor Susenas 2007. Sarana sumber air yang *improved* menurut WHO/Unicef adalah sumber air jenis perpipaan/ledeng, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan; selain dari itu dikategorikan *not improved*.

**Tabel 3.9.1.13**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap**  
**Air Bersih dan Kabupaten, Susenas 2007**

<b>Kabupaten</b>	<b>Akses Air Bersih</b>	
	<b>Kurang</b>	<b>Akses*)</b>
Kulon Progo	31.0	69.0
Bantul	12.7	87.3
Gunung Kidul	20.9	79.1
Sleman	27.6	72.4
Kota Yogyakarta	26.0	74.0
<b>Provinsi</b>	<b>22.8</b>	<b>77.2</b>
<b>DI Yogyakarta</b>		

\*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Berdasarkan kriteria tersebut, secara umum terdapat 77,2% yang mempunyai akses baik terhadap air bersih. Kabupaten dengan proporsi akses kurang terhadap air bersih di bawah rerata provinsi sebanyak 2 kabupaten terendah Bantul (12,7%), dan Gunung Kidul (20,9%).

Proporsi rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 3.9.1.14**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap**  
**Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Indonesia,**  
**Susenas dan Riskesdas 2007**

<b>Tempat Tinggal</b>	<b>Akses Air Bersih</b>	
	<b>Kurang</b>	<b>Akses*)</b>
<b>Tempat Tinggal</b>		
Perkotaan	22.4	77.6
Perdesaan	23.5	76.5
<b>Tingkat Pengeluaran per Bulan</b>		
Kuintil 1	22.5	77.5
Kuintil 2	15.2	84.8
Kuintil 3	13.1	86.9
Kuintil 4	19.5	80.5
Kuintil 5	44.1	55.9

\*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Tabel di atas menunjukkan tidak ada perbedaan akses kurang maupun akses baik di perkotaan dan di perdesaan terhadap air bersih. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin besar proporsi rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih, kecuali pada kuintil 5.



### 3.9.2 Fasilitas buang air besar

Data fasilitas buang air besar meliputi jenis penggunaan fasilitas buang air besar dan jenis fasilitas buang air besar. Data ini diambil dari data rumah tangga Kor Susenas 2007.

**Tabel 3.9.2.1**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007**

Kabupaten	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tdk Pakai
Kulon Progo	75.5	18.0	0.3	6.2
Bantul	70.8	18.6	0.8	9.9
Gunung Kidul	82.4	14.6	0.5	2.5
Sleman	52.3	33.1	0.0	14.6
Kota Yogyakarta	56.7	40.6	2.7	0.0
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>65.4</b>	<b>25.8</b>	<b>0.7</b>	<b>8.1</b>

Secara umum rumah tangga di Provinsi DI Yogyakarta menggunakan fasilitas buang air besar sendiri. Rentang nilai terbesar di Kabupaten Gunung Kidul (82,4%) dan terendah Kabupaten Sleman (52,3%), sedangkan pemakaian bersama terbesar di Kota Yogyakarta (40,6%), diikuti Kabupaten Sleman (33,1%) dan yang presentase tidak pakai fasilitas buang air besar Kabupaten Sleman tertinggi (14,6%).

**Tabel 3.9.2.2**  
**Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jenis Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran per Kapita Di Provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007**

Karakteristik	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tdk Ada
<b>Tempat Tinggal</b>				
Perkotaan	59.3	30.8	0.9	9.1
Perdesaan	75.9	17.2	0.3	6.6
<b>Tingkat Pengeluaran/Kapita</b>				
Kuintil 1	59.0	21.9	1.5	17.6
Kuintil 2	67.0	22.5	0.6	9.9
Kuintil 3	68.5	21.9	0.9	8.6
Kuintil 4	73.9	22.6	0.3	3.2
Kuintil 5	58.5	40.0	0.0	1.6

Persentase penggunaan fasilitas buang air besar sendiri di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di kota, sedangkan pemakaian bersama di kota lebih tinggi. Berdasarkan kuintil penggunaan fasilitas buang air besar sendiri ada kecenderungan naik sebanding dengan peningkatan kemampuan ekonomi, kecuali kuintil 5. Untuk

pemakaian fasilitas buang air besar bersama, tertinggi pada kuintil 5 dan yang tidak menggunakan tertinggi pada kuintil 1.

**Tabel 3.9.2.3**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten di provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007**

Kabupaten	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Pleng-sengan	Cemplung/ Cubluk	Tidak Pakai
Kulon Progo	71.9	0.7	27.4	0.0
Bantul	92.5	3.7	3.8	0.0
Gunung Kidul	48.5	0.8	50.5	0.2
Sleman	97.3	1.1	1.6	0.0
Kota Yogyakarta	94.3	5.5	0.2	0.0
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>83.3</b>	<b>2.4</b>	<b>14.3</b>	<b>0.0</b>

Sebagian besar rumah tangga di Provinsi DI Yogyakarta terbesar penggunaan leher angsa, diikuti penggunaan cemplung/cubluk. Kabupaten Sleman terbesar menggunakan jenis leher angsa, sedangkan Kabupaten Gunung Kidul pengguna terbesar jenis cemplung/cubluk.

**Tabel 3.9.2.4**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Buang Air Besar Menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi DI Yogyakarta , Susenas 2007**

Karakteristik	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Pleng-sengan	Cemplung/ Cubluk	Tidak Pakai
<b>Tempat Tinggal</b>				
Perkotaan	96.7	2.3	1.0	0.0
Perdesaan	61.1	2.4	36.4	0.1
<b>Tingkat Pengeluaran/ kapita</b>				
Kuintil 1	70.6	3.9	25.5	0.0
Kuintil 2	79.5	1.7	18.8	0.0
Kuintil 3	84.1	3.2	12.5	0.2
Kuintil 4	87.8	1.3	10.9	0.0
Kuintil 5	92.6	1.9	5.5	0.0

Di Daerah perkotaan lebih banyak Rumah Tangga yang menggunakan jenis pembuangan tinja leher angsa, tetapi di perdesaan banyak yang menggunakan jenis cemplung atau cubluk.

Ada kecenderungan meningkatnya penggunaan jenis leher angsa sejalan dengan naiknya kuintil. Sebaliknya dengan penggunaan jenis cemplung/cubluk, ada kecenderungan menurunnya penggunaan jenis cemplung/cubluk seiring dengan naiknya kuintil.

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses sanitasi disebut 'baik' bila rumah tangga menggunakan sarana pembuangan kotoran sendiri dengan jenis sarana jamban leher angsa

**Tabel 3.9.2.5**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Kabupaten, Susenas 2007**

Kabupaten	Sanitasi	
	Kurang	Akses**)
Kulon Progo	45.7	54.3
Bantul	34.4	65.6
Gunung Kidul	58.1	41.9
Sleman	48.0	52.0
Kota Yogyakarta	45.6	54.4
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>46.0</b>	<b>54.0</b>

\*) menggunakan jamban sendiri, jenis latrin (Susenas, 2007).

Berdasarkan kriteria tersebut, secara umum rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi sebesar 54,0%. Terdapat 2 kabupaten dengan akses baik terhadap sanitasi di bawah rerata Provinsi, yaitu Gunung Kidul (41,9%), disusul oleh Sleman (52,0%).

Proporsi rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 3.9.2.6**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga di Indonesia, Susenas dan Riskesdas 2007**

Tempat Tinggal	Sanitasi	
	Kurang	Akses**)
<b>Tempat Tinggal</b>		
Perkotaan	42.5	57.5
Perdesaan	52.1	47.9
<b>Tingkat Pengeluaran/Kapita</b>		
Kuintil 1	58.5	41.5
Kuintil 2	46.9	53.1
Kuintil 3	41.1	58.9
Kuintil 4	35.9	64.1
Kuintil 5	47.6	52.4

\*) menggunakan jamban sendiri, jenis latrin (Susenas, 2007).

Tabel di atas menunjukkan proporsi rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi lebih tinggi di perkotaan (57,5%), dibandingkan dengan di perdesaan (47,9%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi proporsi rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi, kecuali untuk kuintil 5.

**Tabel 3.9.2.7**  
**Persentase Rumah Tangga berdasarkan Tempat Pembuangan Akhir**  
**Tinja menurut Kabupaten, Di Provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007**

Kabupaten	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai /Laut	Lobang Tanah	Pantai / Tanah	Lainnya
Kulon Progo	64.1	2.5	5.0	27.9	0.3	0.3
Bantul	72.9	0.1	10.3	16.2	0.4	0.1
Gunung Kidul	41.8	0.2	0.8	55.6	0.0	1.6
Sleman	75.7	3.9	12.2	8.0	0.0	0.2
Kota Yogyakarta	91.8	0.2	4.7	2.2	0.0	1.0
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>69.9</b>	<b>1.6</b>	<b>7.7</b>	<b>20.0</b>	<b>0.1</b>	<b>0.6</b>

Sebagian besar rumah tangga mempunyai pembuangan akhir tinja tangki/SPAL dengan prosentase tertinggi di Kota Yogyakarta dan terendah Kabupaten Gunung Kidul. Rumah tangga yang tidak memiliki SPAL, sebagian besar dengan membuat lobang tanah, dan penggunaan terbesar di Kabupaten Gunung Kidul dan terendah Kota Yogyakarta.

Proporsi rumah tangga dengan penggunaan tempat pembuangan akhir tinjanya jenis tangki /SPAL (saniter) bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 3.9.2.8**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pembuangan Akhir**  
**Tinja menurut Tempat Tinggal dan Tingkat pengeluaran Per**  
**perkapita, Susenas 2007**

Karakteristik	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai /Laut	Lobang Tanah	Pantai / Tanah	Lainnya
<b>Tempat Tinggal</b>						
Perkotaan	79.9	1.7	9.5	8.6	0.0	0.4
Perdesaan	52.9	1.3	4.8	39.7	0.4	0.9
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>						
Kuintil 1	51.9	2.6	16.4	27.8	0.5	0.8
Kuintil 2	62.7	2.9	9.6	24.5	0.0	0.3
Kuintil 3	71.7	1.1	8.5	17.8	0.0	0.9
Kuintil 4	77.9	1.1	2.8	17.4	0.0	0.9
Kuintil 5	85.4	0.2	1.6	12.7	0.0	0.2

Proporsi rumah tangga di daerah perkotaan lebih banyak menggunakan tangki/SPAL, sedangkan daerah perdesaan lebih banyak memakai lobang tanah sebagai tempat pembuangan akhir tinja.

Berdasarkan kuintil ada kecenderungan meningkatnya penggunaan tangki/SPAL sebagai tempat pembuangan akhir tinja seiring dengan naiknya kuintil. Sebaliknya dengan penggunaan lobang tanah ada kecenderungan negatif yang berarti menurunnya penggunaan lobang dengan naiknya kuintil.

### 3.9.3 Sarana Pembuangan Air Limbah

Data penggunaan saluran pembuangan air limbah (SPAL) rumah tangga didapatkan dengan cara wawancara dan pengamatan.

**Tabel 3.9.3.1**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah menurut Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Saluran Pembuangan Air Limbah Rumah Tangga		
	Terbuka	Tertutup	Tanpa Saluran
Kulon Progo	36.4	33.6	29.9
Bantul	36.5	58.9	4.6
Gunung Kidul	40.8	16.3	42.9
Sleman	20.4	73.0	6.6
Kota Yogyakarta	4.8	93.2	2.1
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>27.4</b>	<b>57.9</b>	<b>14.7</b>

Sebagian besar Rumah Tangga di Provinsi DI Yogyakarta telah menggunakan saluran pembuangan air limbah tertutup kecuali Kabupaten Gunung Kidul dan Kabupaten Kulon Progo sebagian besar masih menggunakan saluran pembuangan terbuka.

**Tabel 3.9.3.2**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita, di Propinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Saluran Pembuangan Air Limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tanpa Saluran
<b>Tempat tinggal</b>			
Perkotaan	20.6	75.1	4.2
Perdesaan	38.8	28.7	32.5
<b>Tingkat Tingkat Pengeluaran Per Kapita</b>			
Kuintil 1	36.7	42.8	20.5
Kuintil 2	30.5	51.4	18.1
Kuintil 3	28.2	57.0	14.9
Kuintil 4	22.1	65.4	12.5
Kuintil 5	19.5	73.2	7.3

Dalam hal penggunaan saluran pembuangan air limbah sebagian besar daerah perkotaan menggunakan saluran tertutup, sedangkan daerah perdesaan lebih banyak menggunakan saluran terbuka.

Ada kecenderungan penggunaan saluran pembuangan terbuka dengan kuintil, yang berarti semakin sedikit Rumah Tangga dengan pendapatan tinggi yang mempunyai saluran pembuangan terbuka.

### 3.9.4 Pembuangan Sampah

Data pembuangan sampah meliputi ketersediaan tempat penampungan /pembuangan sampah di dalam dan di luar rumah.

**Tabel 3.9.4.1**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Di Luar Rumah dan Kabupaten di Propvinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Penampungan Sampah Dalam Rumah			Penampungan Sampah Di Luar Rumah		
	Ter Tutup	Ter Buka	Tidak Ada	Ter Tutup	Ter Buka	Tidak Ada
Kulon Progo	8.3	61.7	29.9	3.1	38.3	58.6
Bantul	7.8	22.8	69.4	5.8	81.5	12.7
Gunung Kidul	3.6	29.6	66.8	2.3	57.6	40.1
Sleman	17.8	38.6	43.5	11.0	37.3	51.7
Kota Yogyakarta	12.5	18.5	69.0	22.1	57.6	20.3
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>11.0</b>	<b>32.4</b>	<b>56.6</b>	<b>9.0</b>	<b>54.9</b>	<b>36.1</b>

Masih sedikit rumah tangga yang mempunyai sarana pembuangan sampah baik yang terletak di dalam maupun di luar rumah. Sebagian besar rumah tangga mempunyai penampungan sampah terbuka.

Proporsi rumah tangga yang memiliki tempat sampah bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 3.9.4.2**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Di Luar Rumah Menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran per Kapita , di Provinsi DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Penampungan Sampah Dalam Rumah			Penampungan Sampah Di Luar Rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
<b>Tempat Tinggal</b>						
Perkotaan	14.5	31.2	54.3	12.8	55.7	31.4
Perdesaan	4.9	34.5	60.7	2.3	53.6	44.1
<b>Tingkat Pengeluaran Per Kapita</b>						
Kuintil 1	4.2	27.4	68.4	4.8	45.9	49.3
Kuintil 2	7.7	34.0	58.3	7.7	49.8	42.5
Kuintil 3	10.8	34.8	54.4	8.3	55.0	36.6
Kuintil 4	15.5	33.5	50.9	10.0	58.9	31.1
Kuintil 5	16.7	32.3	51.0	14.0	65.1	20.9

Daerah perkotaan mempunyai kepemilikan sarana pembuangan sampah tertutup lebih banyak dibandingkan dengan daerah perdesaan dan kepemilikan sarana

pembuangan sampah tertutup mengalami peningkatan sejalan dengan naiknya pendapatan.

### 3.9.5 Perumahan

Data perumahan yang dikumpulkan dan menjadi bagian dari persyaratan rumah sehat adalah jenis lantai rumah, kepadatan hunian, dan keberadaan hewan ternak dalam rumah. Data jenis lantai, luas lantai rumah dan jumlah anggota rumah tangga diambil dari Kor Susenas 2007, sedangkan data pemeliharaan ternak diambil dari Riskesdas 2007. Kepadatan hunian diperoleh dengan cara membagi jumlah anggota rumah tangga dengan luas lantai rumah dalam meter persegi. Hasil perhitungan dikategorikan sesuai kriteria Permenkes tentang rumah sehat, yaitu memenuhi syarat bila  $\geq 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$  (tidak padat) dan tidak memenuhi syarat bila  $< 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$  (padat).

**Tabel 3.9.5.1**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Lantai Rumah**  
**menurut Kepadatan Hunian, dan Kabupaten di Provinsi DI Yogyakarta,**  
**Susenas 2007**

Kabupaten	Jenis Lantai		Kepadatan Hunian	
	Bukan Tanah	Tanah	$\geq 8 \text{ M}^2/\text{Kapita}$	$< 8 \text{ M}^2/\text{Kapita}$
Kulon progo	74.3	25.7	98.1	1.9
Bantul	83.8	16.2	92.8	7.2
Gunung kidul	84.5	15.5	99.0	1.0
Sleman	95.0	5.0	93.2	6.8
Kota Yogyakarta	95.1	4.9	83.0	17.0
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>88.3</b>	<b>11.7</b>	<b>93.2</b>	<b>6.8</b>

Sebagian besar rumah tangga di kabupaten/kota memakai lantai bukan tanah, dan sebagian besar rumah tangga mempunyai kepadatan hunian yang rendah. Terlihat penggunaan lantai tanah tertinggi Kabupaten Kulon Progo dan yang mempunyai kepadatan hunian tinggi Kota Yogyakarta.

**Tabel 3.9.5.2**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian, Menurut Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi DI Yogyakarta, Susenas 2007**

Karakteristik	jenis lantai		kepadatan hunian	
	bukan tanah	tanah	≥ 8 m <sup>2</sup> /kapita	< 8 m <sup>2</sup> /kapita
<b>Tempat Tinggal</b>				
Perkotaan	92.5	7.5	90.2	9.8
Perdesaan	81.2	18.8	98.2	1.8
<b>Tingkat Pengeluaran Per kapita</b>				
Kuintil 1	80.4	19.6	86.3	13.7
Kuintil 2	84.0	16.0	93.1	6.9
Kuintil 3	88.3	11.7	96.0	4.0
Kuintil 4	92.9	7.1	96.1	3.9
Kuintil 5	96.0	4.0	94.2	5.8

Terlihat perbedaan pemakaian lantai bukan tanah dan lantai tanah di wilayah perkotaan dan perdesaan, demikian pula dengan kepadatan hunian di kedua wilayah. Wilayah perdesaan pemakaian lantai tanah lebih besar dari pada di perkotaan, sedangkan kepadatan hunian lebih tinggi di perkotaan dari pada di perdesaan.

Proporsi rumah tangga yang memelihara ternak bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.



**Tabel 3.9.5.3**  
**Persentase Rumah Tangga Yang Memelihara Ternak/Hewan Menurut Jenis, Tempat dan Kabupaten**  
**di Provinsi, DI Yogyakarta, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Ternak Unggas			Ternak Sedang (Kambing/Domba/Babi dll)			Ternak Besar (Sapi/Kerbau/Kuda Dll)			Anjing/Kucing/Kelinci		
	Dalam Rumah	Luar Rumah	Tidak Pelihara	Dalam Rumah	Luar Rumah	Tidak Pelihara	Dalam Rumah	Luar Rumah	Tidak Pelihara	Dalam Rumah	Luar Rumah	Tidak Pelihara
Kulon progo	5.2	63.3	31.5	0.0	23.8	76.2	0.6	31.8	67.6	18.0	5.9	76.2
Bantul	1.9	36.4	61.7	0.1	8.8	91.0	0.1	15.6	84.2	2.7	2.4	94.9
Gunung kidul	6.2	53.2	40.6	1.5	55.7	42.9	0.5	49.4	50.1	7.6	6.6	85.9
Sleman	4.3	28.4	67.2	0.4	5.9	93.7	0.1	7.7	92.2	8.2	6.7	85.1
Kota Yogyakarta	5.1	12.9	82.0	0.0	0.4	99.6	0.0	0.2	99.8	3.7	2.5	93.9
<b>Provinsi DI Yogyakarta</b>	<b>4.3</b>	<b>36.1</b>	<b>59.5</b>	<b>0.4</b>	<b>16.9</b>	<b>82.7</b>	<b>0.2</b>	<b>18.7</b>	<b>81.0</b>	<b>7.0</b>	<b>4.9</b>	<b>88.0</b>

Sebagian besar masyarakat memelihara unggas dan masih ada rumah tangga yang memelihara ternak di dalam rumah baik unggas, ternak sedang, besar dan anjing/kucing/kelinci.

**Tabel 3.9.5.4**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan Dan Tempat Tinggal desa/Kota,**  
**Provinsi DI Yogyakarta,Riskesdas 2007**

Karakteristik	Ternak Unggas			Ternak Sedang (Kambing/Domba/Babi DII)			Ternak Besar (Sapi/Kerbau/Kuda DII)			Anjing/Kucing/Kelinci		
	Dalam Rumah	Luar Rumah	Tidak Pelihara	Dalam Rumah	Luar Rumah	Tidak Pelihara	Dalam Rumah	Luar Rumah	Tidak Pelihara	Dalam Rumah	Luar Rumah	Tidak Pelihara
<b>Tempat Tinggal</b>												
Perkotaan	3.5	26.0	70.5	0.1	4.5	95.4	0.1	6.6	93.3	5.6	4.5	89.9
Perdesaan	5.8	53.4	40.8	1.0	38.2	60.8	0.5	39.4	60.1	9.5	5.5	85.0
<b>Tingkat Pengeluaran Per Kapita</b>												
Kuintil 1	5.7	44.1	50.2	0.8	25.6	73.6	0.5	24.2	75.3	8.3	6.9	84.7
Kuintil 2	5.4	42.4	52.2	0.8	20.3	78.9	0.2	21.0	78.9	8.2	4.6	87.2
Kuintil 3	4.3	35.5	60.2	0.5	14.7	84.9	0.2	21.6	78.2	7.0	3.7	89.3
Kuintil 4	4.2	34.8	61.0	0.2	13.6	86.3	0.2	16.0	83.8	7.4	4.8	87.8
Kuintil 5	1.9	23.8	74.4	0.2	10.1	89.8	0.2	10.9	89.0	4.3	4.3	91.3

Di daerah perdesaan lebih banyak yang memelihara ternak dibandingkan dengan daerah perkotaan dan terlihat kecenderungan memelihara ternak di dalam rumah seiring dengan menurunnya pendapatan.

## 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=738/24/2002](http://www.medem.com/MedLB/article_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub_cat=738/24/2002).
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 Coronary Syndrome 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*, 8<sup>th</sup> Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.
39. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : *Clinical Hypertention*, 7<sup>th</sup> 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 Kavar, 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 Recource, 1999
59. S.Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001
60. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan.Jakarta, 7-8 Desember 2005.
61. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan viramin 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 Aproach 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

### DAFTAR SUSUNAN TIM PELAKSANA

Berdasarkan keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan R.I, Nomor : HK.00.07/I/1001/2007, tentang pembentukan tim pelaksana Riset kesehatan dasar wilayah II tanggal 22 Maret 2007, nama-nama pelaksana Riskesdas D.I. Yogyakarta adalah sebagai berikut :

#### Tingkat Provinsi D.I.Yogyakarta :

Pengarah	: Ir. Bambang Susanto Priyohardi,MPA ( Sekda Provinsi, Ka. Balitbangda Prov )
Koordinator	: dr.Bondan Agus Suryanto, SE MA (Kadinkes Provinsi)
Penanggung jawab operasional (Es III/IV Propinsi	: dra. Siti Munawaroh Apt. M.Kes
Wakil penanggung jawab (Kasi Litbang Puldata)	: drh. Berty Murtiningsih, M.Kes
Penanggung jawab teknis (Peneliti balitbangkes/Poltekkes)	: dra. Harijani, APU
Wakil Penanggung Jawab teknis (Peneliti balitbangkes)	: dra. Ani Isnawati,M.Kes
Anggota -1 (Dir Poltekkes)	: Dr. Lucky Herawati,SKM, M.Sc
Sekretaris Urs.Logistik	: Nyata Amd.
Urusan.Keuangan dan Administrasi	: Purwanto Buono

#### Tingkat Kabupaten /Kota Yogyakarta

Pengarah/Sekwilda	: drs. Rapingun
Koordinator kadinkes kab/kota	: dr.Choirul Anwar M.Kes
Penanggung jwb.oprs	: dr. Sudarman
Wkl penangg.jwb.oprs	: drg. Arief Hariton M.Kes
Penangg. Jwb. Teknis	: Nurul Huda Syamsiatun
Angg.(Dir RS)	: dr.Mulyo Hartono Sp.PD
Urs. Log.	: Aris Sukrisna Amd
Urs.Keu & adm	: Hanif Kholishoh SKM



### **Tingkat Kabupaten Sleman**

Pengarah/Sekwilda : Ir. Sutrisno.MES  
Koordinator kadinkes kab/kota : drg. Intriati Y M.Kes

Penanggung jwb.oprs : dr. Joko Hastaryo M.Kes

Wkl penangg.jwb.oprs : Haryanto SKM  
Penangg. Jwb. Teknis : drg.Lely Andayasari M.Kes  
Angg.(Dir RS) : dr. Sardjoko M.Kes  
Urs. Log. : Sri Widiastuti SKM  
Urs.Keu & adm : Sukartini

### **Tingkat Kabupaten Kulon Progo**

Pengarah/Sekwilda : drs. Soim, MM  
Koordinator kadinkes kab/kota : dr. Lestaryono, M.Kes

Penanggung jwb.oprs : Novi Handani SKM

Wkl penangg.jwb.oprs : Sugiarto SKM  
Penangg. Jwb. Teknis : dra. Mariana Raini, M.Kes  
Angg.(Dir RS) : dr.Bambang Haryatno M.Kes  
Urs. Log. : Suhardyati SKM  
Urs.Keu & adm : Sri Wijastuti

### **Tingkat Kabupaten Bantul**

Pengarah/Sekwilda : Drs. Gendut Sudarta KD MMA  
Koordinator kadinkes kab/kota : dr. Siti Noor Zaenab M.Kes

Penanggung jwb.oprs : Siti Noor Afifah SE

Wkl penangg.jwb.oprs : Agus Budiraharja SKM M.Kes  
Penangg. Jwb. Teknis : drg.Made Ayu Lely M.Kes  
Angg.(Dir RS) : dr. I Wayan Sudana M.Kes  
Urs. Log. : Heru Purwanto S. Far  
Urs.Keu & adm : Nantirah B Sc

### **Tingkat Kabupaten Gunung Kidul**

Pengarah/Sekwilda : Drs. Bambang Harianto MM  
Koordinator kadinkes kab/kota : drg. Widodo MM

Penanggung jwb.oprs : Bakti Pratiwi BSc

Wkl penangg.jwb.oprs : dr. Martha Handoko M.Kes  
Penangg. Jwb. Teknis : Kartini SKM  
Angg.(Dir RS) : dr. Sri Raharto M.Kes  
Urs. Log. : drs. Ely Siswanto  
Urs.Keu & adm : Giyatmiyati SE