

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

Indikator	SDKI	SKRT	KOR Susenas	Riskesdas
Sampel	35.000	10.000	280.000	280.000
Pola Mortalitas	Nasional	S/J/KTI	--	Nasional
Perilaku	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Gizi dan Pola Konsumsi	--	S/J/KTI	Propinsi	Kabupaten
Sanitasi Lingkungan	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Penyakit	--	S/J/KTI	--	Prop/Kab
Cedera dan Kecelakaan	Nasional	S/J/KTI	--	Prop/Kab
Disabilitas	--	S/J/KTI	--	Prop/Kab
Gigi dan Mulut	--	--	--	Prop/Kab
Biomedis	--	--	--	Nasional Perkotaan

Keterangan: 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:

1. Bagaimana status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota?
2. Apa dan bagaimana faktor-faktor yang melatarbelakangi status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota?
3. Apa masalah kesehatan masyarakat yang spesifik di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota?

1.4 Tujuan Riskesdas

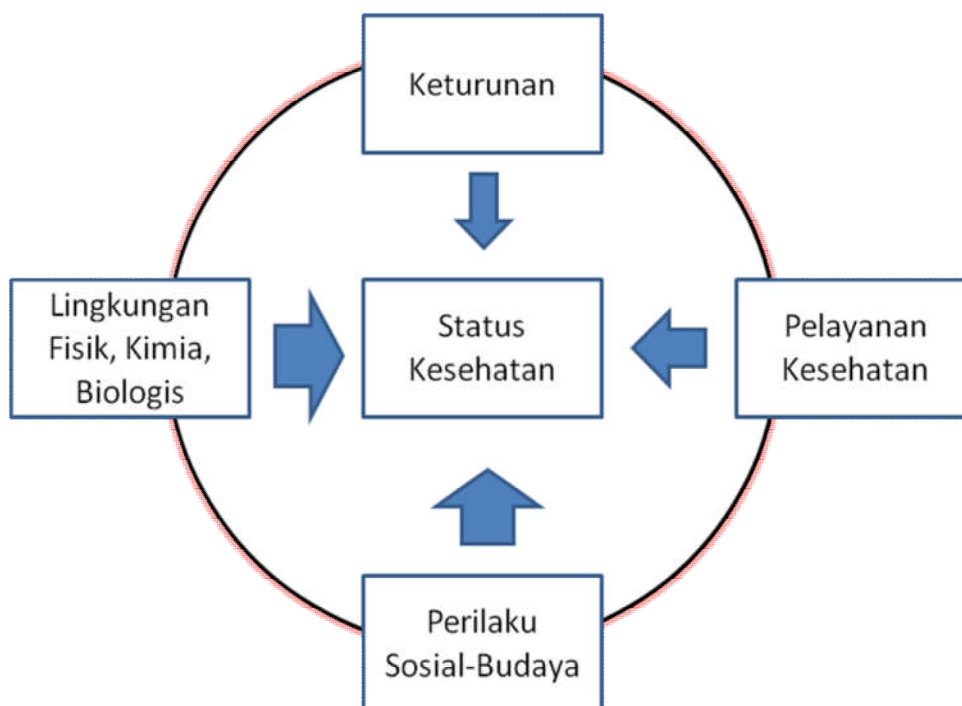
Tujuan Riskesdas adalah sebagai berikut:

1. Menyediakan informasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota.
2. Menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan termasuk alokasi sumber daya di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota.
3. Menyediakan peta status dan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota.
4. Membandingkan status kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakangi di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota.

1.5 Kerangka Pikir

Kerangka pikir Riskesdas didasari oleh kerangka pikir Henrik 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 1.5
Faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)

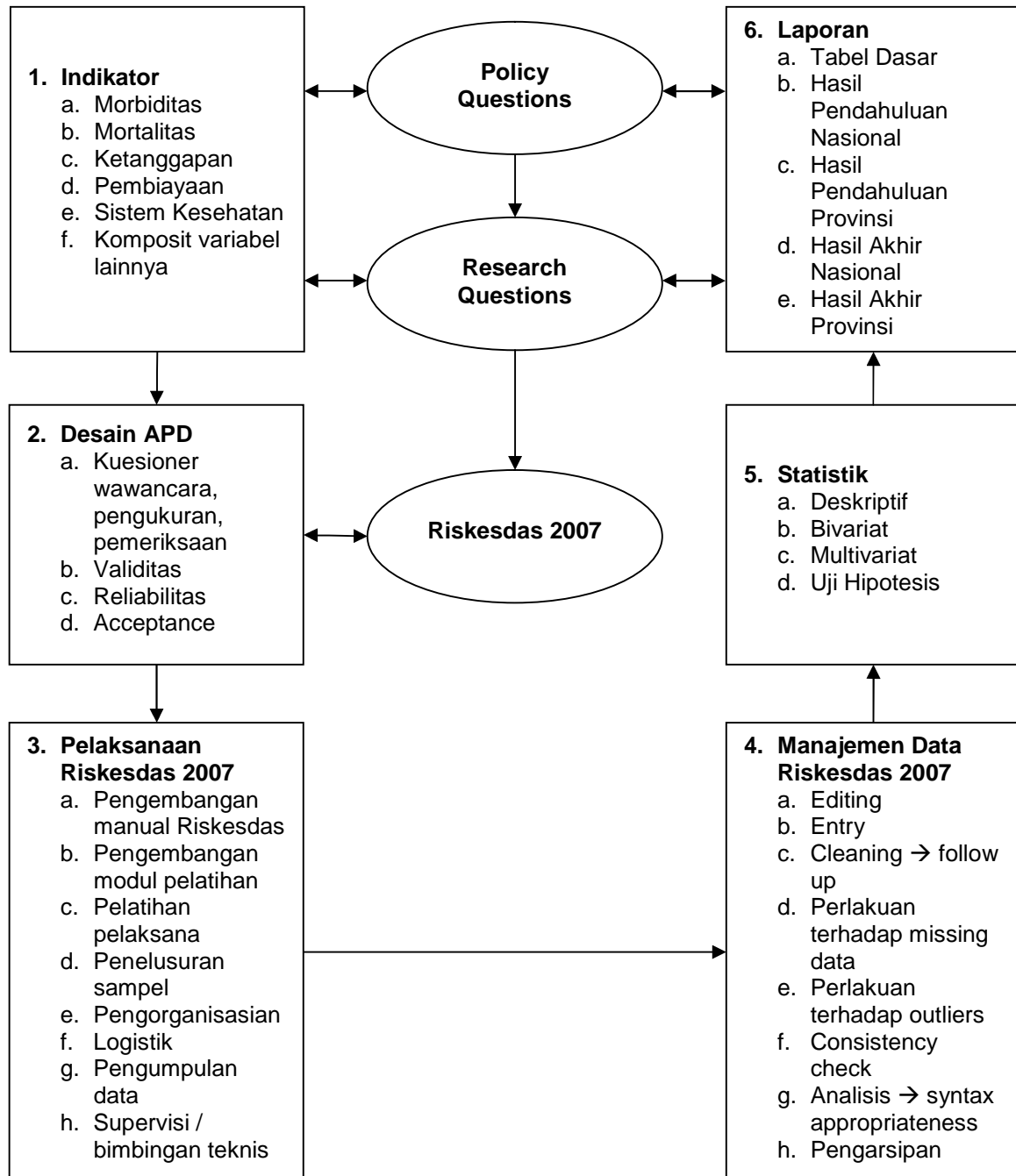


Pada Riskesdas tahun 2007 ini tidak semua indikator status kesehatan dan faktor-faktor yang berhubungan dengan status kesehatan tersebut dikumpulkan. Indikator yang diukur adalah sebagai berikut :

1. Status kesehatan, mencakup variabel:
 - a. Mortalitas (pola penyebab kematian untuk semua umur).
 - b. Morbiditas, meliputi prevalensi penyakit menular dan penyakit tidak menular.
 - c. Disabilitas (ketidakmampuan).
 - d. Status gizi balita, ibu hamil, wanita usia subur (WUS) dan semua umur dengan menggunakan Indeks Masa Tubuh (IMT).
 - e. Kesehatan jiwa.
2. Faktor lingkungan, mencakup variabel:
 - a. Konsumsi gizi, meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral.
 - b. Lingkungan fisik, meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah.
 - c. Lingkungan sosial, meliputi Tingkat Pendidikan, tingkat sosial-ekonomi, perbandingan kota-desa dan perbandingan antar provinsi, kabupaten dan kota.
3. Faktor perilaku, mencakup variabel:
 - a. Perilaku merokok/konsumsi tembakau dan alkohol.
 - b. Perilaku konsumsi sayur dan buah.
 - c. Perilaku aktivitas fisik.
 - d. Perilaku gosok gigi.
 - e. Perilaku higienis (cuci tangan, buang air besar).
 - f. Pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap flu burung, HIV/AIDS.
4. Faktor pelayanan kesehatan, mencakup variabel:
 - a. Akses terhadap pelayanan kesehatan, termasuk untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat.
 - b. Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.
 - c. Ketanggapan pelayanan kesehatan.
 - d. Cakupan program KIA (pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi dan imunisasi).

1.6 Alur Pikir Riskedas 2007

Gambar 1.6
Alur Pikir Riskedas Provinsi Nusa Tenggara Barat 2007



1.7 Pengorganisasian Riskesdas

Riskesdas direncanakan dan dilaksanakan dengan melibatkan berbagai pihak, antara lain BPS, 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:

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

1.8 Manfaat Riskesdas

Riskesdas memberikan manfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan berupa:

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

1.9 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*).

1.10 Persetujuan Etik Riskesdas

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

BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS

2.1 Disain

Riskesdas 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. Laporan Hasil Riskesdas 2007 akan menggambarkan berbagai masalah kesehatan di tingkat nasional dan variabilitas antar provinsi, sedangkan di tingkat provinsi, dapat 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 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, atau survei lainnya seperti data kemiskinan yang menggunakan desain sampling yang sama. 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

Secara nasional. Sampel Riskesdas 2007 di tingkat kabupaten/kota berasal dari 440 kabupaten/kota (dari jumlah keseluruhan sebanyak 456 kabupaten/kota) yang tersebar merata di 33 (tiga puluh tiga) provinsi Indonesia. Khusus Provinsi Nusa Tenggara Barat dilakukan di 9 Kabupaten/Kota.

2.2 Populasi dan 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

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, Riskesdas menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas 2007. Dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus yang Persentaseonal terhadap jumlah rumah tangga di kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah blok sensus masuk kedalam sampel blok sensus pada sebuah kabupaten/kota bersifat Persentaseonal terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability 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 yang berjumlah 360 sampel blok sensus,.

2.3.2 Penarikan Sampel Rumah Tangga

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), yang menjadi sampel rumah tangga dengan jumlah rumah tangga di blok sensus tersebut. Secara keseluruhan, jumlah sampel rumah tangga dari 9 kabupaten/kota Susenas 2007 adalah 5.760 rumah tangga.

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 diatas maka diambil sebagai sampel individu. Dari 9 kabupaten/kota di NTB pada Susenas 2007 terdapat sampel anggota rumah tangga.

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. Di NTB, terpilih sampel anggota rumah tangga berasal dari blok sensus perkotaan yang terpilih dari 9 kabupaten/kota dalam Susenas 2007.

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. Dalam Riskesdas 2007 dilakukan test cepat yodium dalam garam pada 5.700 sampel rumah tangga dari 9 kabupaten/kota.

Untuk pengukuran kedua, dipilih secara acak 2 Rumah tangga yang mempunyai anak usia 6-12 tahun dari 16 RT per blok sensus di 30 kabupaten yang dapat mewakili secara nasional. NTB tidak termasuk sampel untuk pengambilan urine di lapangan.

2.4 Variabel

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

2.4.1 .Kuesioner Rumah Tangga (RKD07.RT)

1. Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
2. Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
3. Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
4. Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);
5. Blok V tentang mortalitas (10 variabel);
6. Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);
7. Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel).

2.4.2 Kuesioner Gizi (RKD07.GIZI)

1. Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu.

2.4.3 Kuesioner Individu (RKD07.IND)

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

2.4.4 Kuesioner Autopsi Verbal Untuk Umur <29 Hari (RKD07.AV1)

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

2.4.5 Kuesioner Autopsi Verbal untuk Umur <29 hari-<5 Tahun (RKD07.AV2)

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

Kuesioner Autopsi Verbal untuk Umur 5 Tahun Ke atas (RKD07.AV3)

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

Catatan:

Selain keenam kuesioner tersebut di atas, terdapat 2 formulir yang digunakan untuk pengumpulan data tes cepat yodium garam (Form Garam) dan data yodium di dalam urin (Form Pemeriksaan Urin).

2.4 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data

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

1. Pengumpulan data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.RT
 - a. Responden untuk Kuesioner RKD07.RT adalah Kepala Keluarga, atau Ibu Rumah Tangga atau Anggota Rumah Tangga yang dapat memberikan informasi;
 - b. Dalam Kuesioner RKD07.RT terdapat verifikasi terhadap keterangan anggota rumah tangga yang dapat menunjukkan sejauh mana sampel Riskesdas 2007 identik dengan sampel Susenas 2007;
 - c. 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.
2. Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND
 - a. 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;
 - b. 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;

- c. Anggota rumah tangga berumur ≥ 15 tahun menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Sendi, Penyakit Tekanan Darah Tinggi, Stroke, disabilitas, kesehatan mental, pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkaran perut, serta pengukuran lingkaran lengan atas (khusus untuk wanita usia subur 15-45 tahun, termasuk ibu hamil);
 - d. Anggota rumah tangga berumur ≥ 30 tahun menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Katarak;
 - e. Anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan pertumbuhan;
 - f. Anggota rumah tangga berumur ≥ 10 tahun menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terkait dengan Penyakit Flu Burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, penggunaan alkohol, aktivitas fisik, serta perilaku terkait dengan konsumsi buah-buahan segar dan sayur-sayuran segar;
 - g. Anggota rumah tangga berumur < 12 bulan menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;
 - h. Anggota rumah tangga berumur > 5 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
 - i. Anggota rumah tangga berumur ≥ 12 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen;
 - j. Anggota rumah tangga berumur 6-12 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan urin.
3. Pengumpulan data kematian dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3;
 4. Pengumpulan data biomedis berupa spesimen darah dilakukan di 33 provinsi di Indonesia dengan populasi penduduk di blok sensus perkotaan di Indonesia. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) dari rumah tangga terpilih di blok sensus perkotaan terpilih sesuai Susenas Provinsi Nusa Tenggara Barat 2007. Rangkaian pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:
 - a. Blok sensus perkotaan yang terpilih pada Susenas 2007, dipilih sejumlah 15% dari total blok sensus perkotaan.
 - b. Rumah tangga yang terpilih berjumlah 336 RT.
Sampel darah diambil dari seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) yang menanda-tangani *informed consent*. Pengambilan darah tidak dilakukan pada anggota rumah tangga yang sakit berat, riwayat perdarahan dan menggunakan obat pengencer darah secara rutin.
Untuk pemeriksaan kadar glukosa darah, data dikumpulkan dari anggota rumah tangga berumur ≥ 15 tahun, kecuali wanita hamil (alasan etika). Responden terpilih memperoleh pembebanan sebanyak 75 gram glukosa oral setelah puasa 10–14 jam. Khusus untuk responden yang sudah diketahui positif menderita Diabetes Mellitus (berdasarkan konfirmasi dokter), maka hanya diberi pembebanan sebanyak 300 kalori (alasan medis dan etika). Pengambilan darah vena dilakukan setelah 2 jam pembebanan. Darah didiamkan selama 20–30 menit, disentrifus sesegera mungkin dan kemudian dijadikan serum. Serum segera diperiksa dengan menggunakan alat kimia klinis otomatis. Nilai rujukan (WHO, 1999) yang digunakan adalah sebagai berikut:
 - a. Normal (Non DM) < 140 mg/dl
 - b. Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) $140 - < 200$ mg/dl
 - c. Diabetes Mellitus (DM) ≥ 200 mg/dl.
 5. Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas Provinsi Nusa Tenggara Barat 2007 dilakukan dengan tes cepat yodium menggunakan "iodina test".

2.6 Manajemen Data

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

2.6.1 Editing

Editing adalah salah satu mata rantai yang secara potensial dapat menjadi *tahune 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 kritical dalam proses editing. Ketua Tim Pewawancara harus dapat membagi waktu untuk tugas pengumpulan data dan editing segera setelah selesai pengumpulan data pada setiap blok sensus. Fokus perhatian Ketua Tim Pewawancara adalah kelengkapan dan konsistensi jawaban responden dari setiap kuesioner yang masuk. Kegiatan ini seyogyanya dilaksanakan segera setelah diserahkan oleh pewawancara. Ketua Tim Pewawancara harus mengkonsultasikan seluruh masalah *editing* yang dihadapinya kepada Penanggung Jawab Teknis (PJT) Kabupaten dan/atau Penanggung Jawab Teknis (PJT) Provinsi.

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

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

2.6.3 Cleaning

Tahapan *cleaning* dalam manajemen data merupakan proses yang amat menentukan kualitas hasil Riskesdas 2007. Tim Manajemen Data menyediakan pedoman khusus untuk melakukan *cleaning* data Riskesdas. Perlakuan terhadap *missing values*, *no responses*, *outliers* amat menentukan akurasi dan presisi dari estimasi yang dihasilkan Riskesdas 2007. Petugas *cleaning* data harus melaporkan keseluruhan proses perlakuan *cleaning* kepada penanggung jawab analisis Riskesdas agar diketahui jumlah sampel terakhir yang digunakan untuk kepentingan analisis. Besaran numerator dan denominator dari suatu estimasi yang mengalami proses data *cleaning* merupakan bagian dari laporan hasil Riskesdas 2007. Bila pada suatu saat data Riskesdas 2007 dapat diakses oleh publik, maka informasi mengenai imputasi (proses data *cleaning*) dapat meredam munculnya pertanyaan-pertanyaan mengenai kualitas data.

2.6.4 Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data

Pengumpulan data Riskesdas 2007 direncanakan untuk dilakukan segera setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007. NTB termasuk Korwil III bersama-sama dengan 7 propinsi di Indonesia Timur, yaitu Jawa Timur, Bali, NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat

Jadwal pengumpulan data yang diharapkan adalah segera setelah Susenas 2007 dikumpulkan, yaitu bulan Juli 2007. Untuk Riskesdas, pelaksanaan pengumpulan data bervariasi mulai dari Juli 2007-Januari 2008 untuk Kabupaten/Kota di 28 Provinsi, dan NTBG termasuk pada jadwal tersebut.

2.7 Keterbatasan Riskesdas

Keterbatasan Riskesdas 2007 mencakup berbagai permasalahan *non-random error*. Banyaknya sampel blok sensus, sampel rumah tangga, sampel anggota rumah tangga serta luasnya cakupan wilayah merupakan faktor penting dalam pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 2007. Pengorganisasian Riskesdas 2007 melibatkan berbagai unsur Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, pusat-pusat penelitian, balai/balai besar, loka, serta perguruan tinggi setempat. Proses pengadaan logistik untuk kegiatan Riskesdas 2007 terkait erat dengan ketersediaan biaya. Perubahan kebijakan pembiayaan dalam tahun anggaran 2007 dan prosedur administrasi yang panjang dalam proses pengadaan barang menyebabkan keterlambatan dalam kegiatan pengumpulan data. Keterlambatan pada fase ini telah menyebabkan keterlambatan pada fase berikutnya.

Tabel 2.7.1
Jumlah Blok Sensus (BS) Menurut Susenas dan Riskesdas 2007
Provinsi Nusa Tenggara Barat

Kabupaten/Kota	Jumlah BS Susenas	Jumlah BS Riskesdas	Jml BS yang Tidak Ada	Jumlah RT Riskesdas
Lombok Barat	40	40	0	640
Lombok Tengah	42	42	0	672
Lombok Timur	44	44	0	704
Sumbawa	40	40	0	640
Dompu	38	38	0	608
Bima	38	38	0	608
Sumbawa Barat	40	40	0	640
Kota Mataram	38	38	0	608
Kota Bima	38	38	0	608
Provinsi NTB	360	360	0	5.760
INDONESIA	17357	17150	207	258,284

Tabel 2.7.1
Jumlah Sampel Biomedis per Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas, 2007

Kabupaten/Kota	Jumlah Sampel Biomedis	Jumlah RT Biomedis
Lombok Barat	2	32
Lombok Tengah	1	16
Lombok Timur	3	48
Sumbawa	2	32
Dompu	1	16
Bima	-	-
Sumbawa Barat	2	32
Kota Mataram	6	96
Kota Bima	4	64
Provinsi NTB	21	336

2.8 Hasil 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. Dengan 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. Riskesdas yang terdiri dari 6 Kuesioner dan 11 Blok Topik Analisis perlu menghitung jumlah sampel yang dipergunakan untuk mendapatkan hasil analisis baik secara nasional, provinsi, kabupaten/kota, serta karakteristik penduduk. Jumlah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Riskesdas yang terkumpul perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis.

Berikut ini rincian jumlah sampel yang dipergunakan untuk analisis data, terutama dari hasil pengukuran dan pemeriksaan dan kelompok umur.

1. Status gizi
Untuk analisis status gizi, kelompok umur yang digunakan adalah balita, anak usia 6-14 tahun, wanita usia 15-45 tahun, dewasa usia 15 tahun ke atas.
2. Hipertensi
Untuk analisis hasil pengukuran tekanan darah pada kelompok umur 18 tahun ke atas
3. Pemeriksaan katarak
Untuk analisis pemeriksaan katarak adalah pada umur 30 tahun ke atas
4. Pemeriksaan visus
Untuk analisis visus untuk umur 6 tahun ke atas
5. Pemeriksaan Gigi
Analisis untuk umur 12 tahun ke atas
6. Perilaku dan Disabilitas

2.9 Response Rate

Tabel 2.9
Response Rate Rumah Tangga Riskesdas terhadap Susenas
Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, 2007

Kode	Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/Susenas
		N	%	N	%	
5201	Lombok Barat	635	0.25	640	0.23	99.2
5202	Lombok Tengah	666	0.26	672	0.24	99.1
5203	Lombok Timur	695	0.27	704	0.25	98.7
5204	Sumbawa	630	0.24	640	0.23	98.4
5205	Dompu	599	0.23	608	0.22	98.5
5206	Bima	617	0.24	640	0.23	96.4
5207	Sumbawa Barat	628	0.24	640	0.23	98.1
5271	Kota Mataram	593	0.23	608	0.22	97.5
5272	Kota Bima	584	0.23	608	0.22	96.1

BAB 3. HASIL RISKESDAS

3.1 Profil Nusa Tenggara Barat

3.1.1 Keadaan Wilayah

Provinsi Nusa Tenggara Barat terdiri dari 2 (dua) pulau besar yaitu pulau Lombok dan pulau Sumbawa, dengan luas wilayah 20.153,10 km² dan jumlah penduduk 4.292.491 jiwa dengan kepadatan penduduk 213 jiwa per km² terdiri dari penduduk laki-laki 2.043.689 jiwa dan perempuan 2.248.802 jiwa. Jumlah penduduk per Kabupaten/Kota terlihat pada tabel 3.1.1.

Tabel 3.1.1
Jumlah Kecamatan, Desa/Kelurahan dan Peduduk per Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2007

No.	Kabupaten/Kota	Jumlah Kecamatan	Jumlah Desa/Kel	Jumlah Penduduk
1	Lombok Barat	15	121	796.107
2	Lombok Tengah	12	124	831.286
3	Lombok Timur	20	119	1.056.312
4	Sumbawa	23	165	406.888
5	Dompu	8	68	208.867
6	Bima	14	177	412.504
7	Sumbawa Barat	5	49	97.013
8	Kota Mataram	3	50	356.141
9	Kota Bima	3	38	127.373
Provinsi NTB		103	911	4.292.491

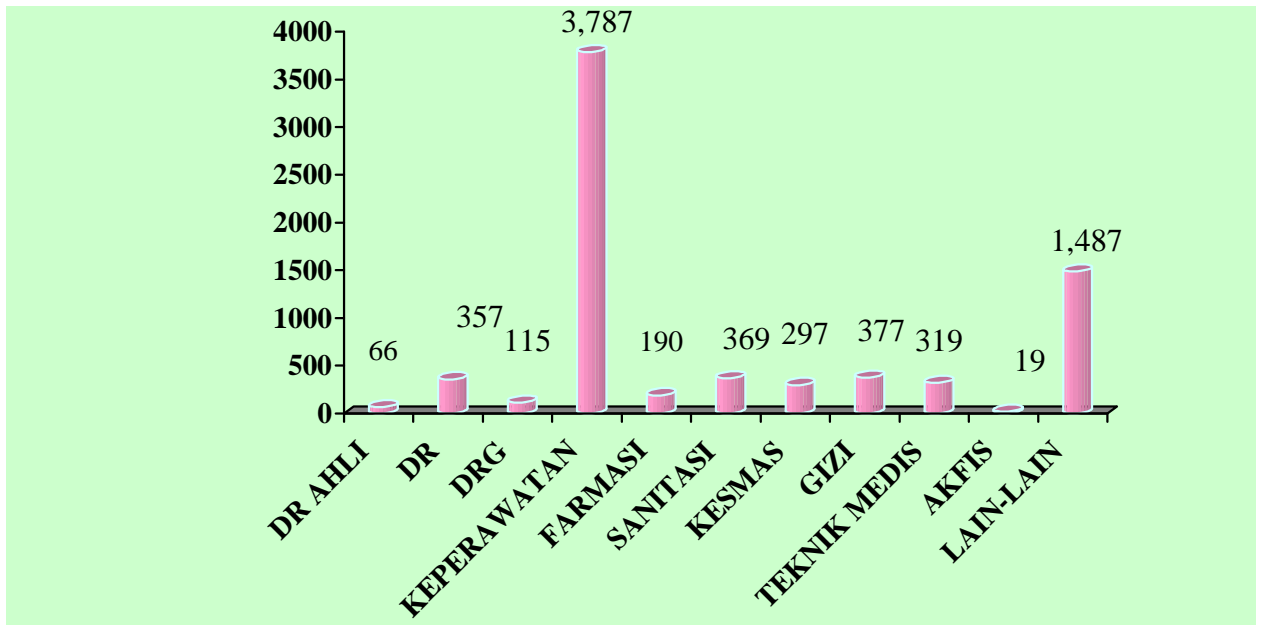
3.1.2 Keadaan Fasilitas Kesehatan

Tabel 3.1.2
Jumlah RSU, Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), Polindes dan Posyandu Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2007

No	Kabupaten/Kota	Fasilitas Kesehatan				
		RSU	Puskesmas	Pustu	Polindes	Posyandu
1	Lombok Barat	1	19	75	86	822
2	Lombok Tengah	1	22	70	96	1.193
3	Lombok Timur	1	29	76	102	1.176
4	Sumbawa	1	17	84	66	513
5	Dompu	1	9	46	37	293
6	Bima	1	20	68	90	513
7	Sumbawa Barat	-	6	17	14	141
8	Kota Mataram	-	8	17	8	283
9	Kota Bima	-	5	25	22	111
Provinsi NTB		6	135	478	521	5.045

3.1.3 Keadaan Tenaga Kesehatan

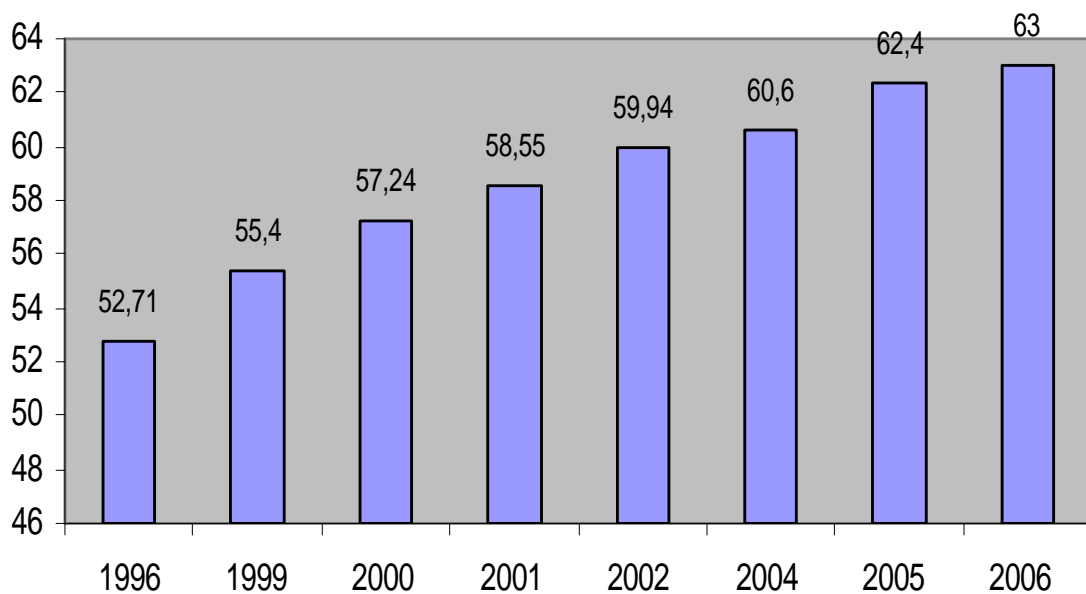
Gambar 3.1.3
Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Sebelas Kategori
Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2007



3.1.4 Hasil Pembangunan Kesehatan

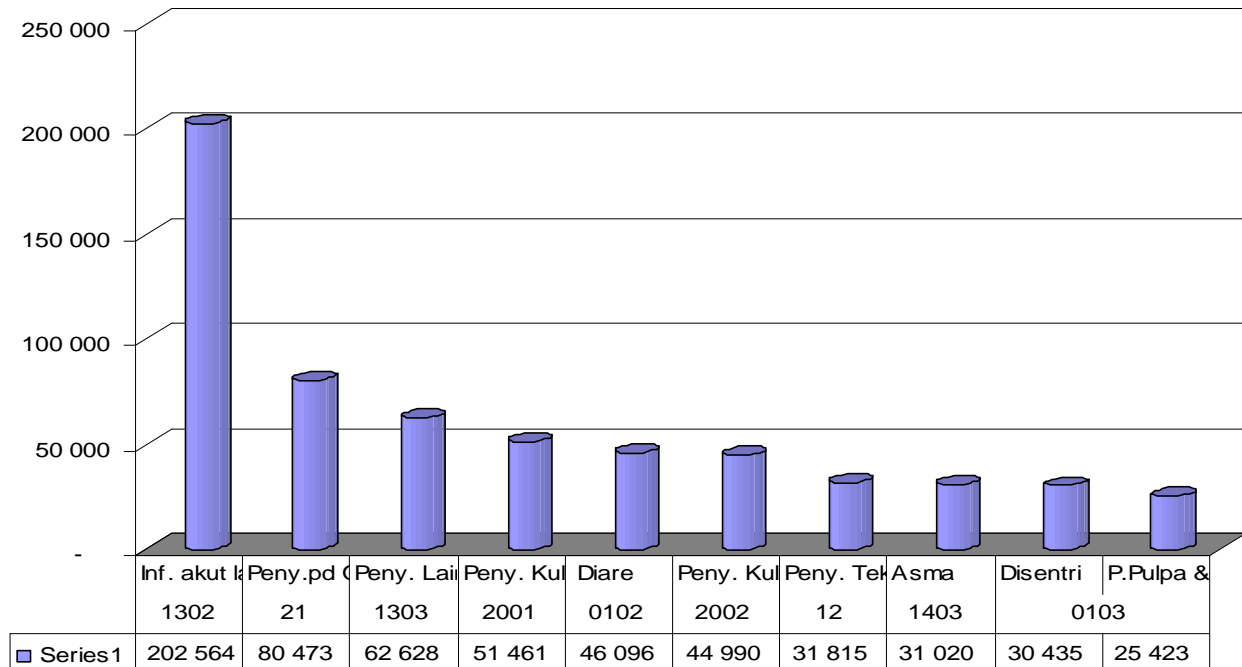
Perkembangan Indeks Pembangunan Manusia

Gambar 3.1.4.1
Perkembangan IPM Provinsi Nusa Tenggara Barat



Sepuluh Penyakit Terbanyak Tahun 2007

Gambar 3.1.4.2
Sepuluh Penyakit Terbanyak di Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2007



3.2 Status Gizi

3.2.1 Status Gizi Balita

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Berat badan anak ditimbang dengan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg, panjang badan diukur dengan lengtahun-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 :

1. Berdasarkan indikator BB/U:
 - a. Kategori Gizi Buruk Z-score < -3,0
 - b. Kategori Gizi Kurang Z-score \geq -3,0 s/d Z-score < -2,0
 - c. Kategori Gizi Baik Z-score \geq -2,0 s/d Z-score \leq 2,0
 - d. Kategori Gizi Lebih Z-score > 2,0
2. Berdasarkan indikator TB/U:
 - a. Kategori Sangat Pendek Z-score < -3,0
 - b. Kategori Pendek Z-score \geq -3,0 s/d Z-score < -2,0
 - c. Kategori Normal Z-score \geq -2,0

3. Berdasarkan indikator BB/TB:
 - a. Kategori Sangat Kurus Z-score < -3,0
 - b. Kategori Kurus Z-score \geq -3,0 s/d Z-score < -2,0
 - c. Kategori Normal Z-score \geq -2,0 s/d Z-score \leq 2,0
 - d. Kategori Gemuk Z-score > 2,0

Perhitungan angka prevalensi :

1. Prevalensi gizi buruk = (Jumlah balita gizi buruk/jumlah seluruh balita) x 100%
2. Prevalensi gizi kurang = (Jumlah balita gizi kurang/jumlah seluruh balita) x 100%
3. Prevalensi gizi baik = (Jumlah balita gizi baik/jumlah seluruh balita) x 100%
4. Prevalensi gizi lebih = (Jumlah balita gizi lebih/jumlah seluruh balita) x 100%

3.2.1.1 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 kurang mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut.

Data tentang status gizi balita dikumpulkan dari hasil penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan. Anak dimaksud adalah anak umur 0-59 bulan ketika survei dilakukan. Pada perhitungan status gizi anak balita dilakukan dengan membandingkan antara berat badan dengan umur, serta berat badan dengan tinggi badan. Adapun kriteria yang digunakan untuk mengkatagorikan status gizi yaitu dengan kriteria yang dianjurkan oleh WHO. Anak balita yang berada pada katagori kurus dan sangat kurus, berat badan rendah dan sangat rendah serta pendek dan sangat pendek merupakan anak balita yang harus mendapat prioritas penanganan dalam perbaikan gizi.

Target program perbaikan gizi nasional tahun 2015 adalah mencapai prevalensi *gizi kurang+buruk (BB/U)* 20%, untuk target MDG tahun 2015 adalah prevalensi *gizi kurang+buruk (BB/U)* 18,5%. Untuk balita pendek+sangat pendek (TB/U), jika prevalensinya masih 20% atau lebih maka dapat dikatakan di kabupaten tersebut masalah balita pendek masih tinggi. Sedangkan balita kurus+sangat kurus (BB/TB), bila prevalensinya 10-15% maka kabupaten tersebut memiliki masalah balita kurus+sangat kurus yang SERIUS, dan bila prevalensi tersebut lebih dari 15% maka kabupaten tersebut mengalami masalah balita yang kritis.

Dalam pembahasan kategori status gizi balita berdasarkan indikator BB/U sering digabungkan antara gizi buruk dan gizi kurang dengan menggunakan istilah gizi kurang+buruk. Status "sangat kurus" dan "kurus" berdasarkan indikator BB/TB digabung dengan menggunakan istilah kurus+sangat kurus. Status "sangat pendek" dan "pendek" berdasarkan indikator TB/U digabung dengan menggunakan istilah pendek+sangat pendek.

Tabel 3.2.1.1
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota
di Provins Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Lombok Barat	7,8	19,8	65,6	6,8
Lombok Tengah	4,2	14,0	78,7	3,1
Lombok Timur	7,3	18,2	72,4	2,2
Sumbawa	11,1	16,7	67,6	4,6
Dompu	11,6	18,4	66,9	3,1
Bima	15,7	17,5	63,2	3,6
Sumbawa Barat	9,9	11,5	73,2	5,4
Kota Mataram	3,9	9,5	84,0	2,6
Kota Bima	8,4	18,4	69,5	3,7
Provinsi NTB	8,1	16,7	71,4	3,7

*) BB/U = berat badan menurut umur

Secara umum, prevalensi *gizi kurang+buruk* di propinsi NTB adalah 24,8% berarti belum mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18,5%). Dari 9 kabupaten/kota hanya ada 1 kabupaten yang sudah mencapai target nasional dan target MDGs 2015, yaitu Kota Mataram. Sedangkan prevalensi tertinggi *gizi kurang+buruk* ada di Kabupaten Bima (33,2%).

Di provinsi NTB masalah *gizi lebih* juga perlu diperhatikan. Secara umum, prevalensi balita gizi lebih sebesar 3,7 %, dengan Kabupaten Lombok Barat yang perlu diwaspadai karena memiliki prevalensi gizi lebih mendekati 10%.

3.2.1.2 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 dan sangat pendek** dalam diskusi selanjutnya digabung menjadi satu kategori dan disebut masalah **kependekan**.

Tabel 3.2.1.2
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U*) dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Lombok Barat	21,3	20,4	58,3
Lombok Tengah	27,0	18,1	55,0
Lombok Timur	23,1	20,0	56,9
Sumbawa	24,3	23,9	51,8
Dompu	23,4	18,9	57,7
Bima	27,5	19,1	53,4
Sumbawa Barat	28,4	18,2	53,4
Kota Mataram	16,7	18,5	64,8
Kota Bima	26,6	22,9	50,6
Provinsi NTB	23,8	19,9	56,3

*) TB/U= Tinggi Badan menurut Umur

Prevalensi balita *pendek+sangat pendek* di propinsi NTB adalah 43,7% . Angka tersebut berada di atas angka nasional (36,5%). Dan secara umum masalah balita *pendek+sangat pendek* di provinsi NTB masih cukup tinggi karena memiliki prevalensi di atas 20%. Prevalensi tertinggi Balita *pendek+sangat pendek* ada di Kota Bima (49,5%).

3.2.1.3 Status Gizi Balita berdasarkan Indikator BB/TB

Tabel 3.2.1.3.2 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/TB.

Indikator BB/TB menggambarkan status gizi yang sifatnya **akut** sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu yang pendek, seperti menurunnya nafsu makan akibat sakit atau karena menderita diare. Dalam keadaan demikian berat badan anak akan cepat turun sehingga tidak Persentaseonal lagi dengan tinggi badannya dan anak menjadi kurus.

Di samping mengindikasikan masalah gizi yang bersifat akut, indikator BB/TB juga dapat digunakan sebagai indikator kegemukan. Dalam hal ini berat badan anak melebihi Persentase normal terhadap tinggi badannya. Kegemukan ini dapat terjadi sebagai akibat dari pola makan yang kurang baik atau karena keturunan. Masalah kekurusan dan kegemukan pada usia dini dapat berakibat pada rentannya terhadap berbagai penyakit degeneratif pada usia dewasa (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 digunakan **masalah kekurusan** untuk gabungan kategori sangat kurus dan kurus. Besarnya masalah kekurusan pada balita yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat (**public healthahun 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 Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Lombok Barat	10,0	7,3	69,1	13,6
Lombok Tengah	4,9	4,1	76,3	14,7
Lombok Timur	6,1	8,9	75,4	9,6
Sumbawa	13,4	7,3	60,2	19,1
Dompu	11,5	10,0	64,4	14,0
Bima	11,0	9,9	68,9	10,2
Sumbawa Barat	6,9	7,3	64,1	21,7
Kota Mataram	5,0	9,1	76,8	9,1
Kota Bima	8,2	6,1	69,0	16,7
Provinsi NTB	7,9	7,6	71,6	12,9

*) BB/TB = Berat Badan menurut Tinggi Badan

Secara umum, prevalensi balita *kurus+sangat kurus* di propinsi NTB adalah 15,5%, sehingga berada pada batas kondisi yang dianggap kritis (di atas 15%). Dari 9 kabupaten/kota di NTB, hanya Kabupaten Lombok Tengah yang berada di bawah batas keadaan serius menurut indikator status gizi BB/TB (di bawah 10%). Prevalensi tertinggi balita *kurus+sangat kurus* terdapat di Kabupaten Dompu (21,5%). Masalah kegemukan di provinsi NTB juga perlu diperhatikan karena prevalensinya sudah diatas 10%.

Ringkasan tabel status gizi balita menurut kabupaten/kota:

1. Secara umum prevalensi gizi kurang+buruk di Provinsi Nusa Tenggara Barat belum mencapai target nasional perbaikan gizi 2015 maupun target MDGs 2015.
2. Masalah gizi yang dihadapi provinsi NTB adalah masalah gizi akut dan kronis karena prevalensi “*kurus+sangat kurus*” dan prevalensi “*pendek+sangat pendek*” termasuk tinggi (>10% dan >20%)

Secara nasional prevalensi kekurusan pada balita adalah 13,6%.

Berdasarkan indikator BB/TB juga dapat dilihat prevalensi kegemukan di kalangan balita. Secara nasional prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB adalah sebesar 12,2%. Delapan belas provinsi memiliki masalah kegemukan pada balita di atas angka nasional.

3.2.1.4 Status Gizi Balita Berdasarkan Karakteristik Responden

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

Tabel 3.2.1.4.1 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/U balita dengan variabel-variabel karakteristik responden.

Tabel 3.2.1.4.1
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden,
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Kelompok Umur (Bulan)				
0-5	5,1	8,6	78,9	7,4
6-11	8,0	10,9	76,7	4,4
12-23	5,1	17,1	72,8	4,9
24-35	10,6	16,8	69,8	2,7
36-47	9,8	20,5	66,3	3,4
48-60	7,6	17,0	72,4	3,0
Jenis Kelamin				
Laki-laki	9,2	16,2	71,2	3,5
Perempuan	7,0	17,3	71,7	4,0
Pendidikan KK				
Tidak Tamat SD dan Tidak Sekolah	9,6	16,7	68,8	4,9
Tamat SD	8,4	18,5	69,6	3,5
Tamat SLTP	7,5	14,7	75,0	2,9
Tamat SLTA	7,4	17,2	72,5	2,9
Tamat PT	3,0	13,9	80,2	2,9
Pekerjaan				
Tidak Kerja/Sekolah/Ibu RT	9,0	17,8	70,0	3,2
TNI/Polri/PNS/BUMN	2,1	13,3	82,1	2,4
Pegawai Swasta	8,6	9,9	75,2	6,4
Wiraswasta/Dagang/Jasa	7,4	17,1	71,1	4,3
Petani/Nelayan	9,6	16,9	69,5	4,1
Buruh dan Lainnya	7,7	17,6	71,7	3,0
Tempat Tinggal				
Kota	6,9	18,3	72,5	2,2
Desa	8,8	15,8	70,8	4,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil 1	9,2	19,3	67,1	4,3
Kuintil 2	10,9	15,7	69,8	3,6
Kuintil 3	7,5	16,6	73,2	2,6
Kuintil 4	6,6	16,1	72,8	4,4
Kuintil 5	4,8	14,4	77,3	3,5

Dari tabel 3.2.1.4.1 dapat dilihat bahwa secara umum ada kecenderungan arah yang mengaitkan antara status gizi BB/U dengan karakteristik responden, yaitu:

- a. Semakin bertambah umur, prevalensi gizi kurang cenderung meningkat, sedangkan untuk gizi lebih cenderung menurun.
- b. Tidak nampak adanya perbedaan yang mencolok pada prevalensi gizi buruk, kurang, baik maupun lebih antara balita laki-laki dan perempuan.
- c. Semakin tinggi Pendidikan KK semakin rendah prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balita, sebaliknya terjadi peningkatan gizi baik dan gizi lebih.
- d. Kelompok dengan KK berpenghasilan tetap (TNI/Polri/PNS/BUMN dan Pegawai Swasta) memiliki prevalensi gizi buruk dan gizi kurang yang relatif rendah.
- e. Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang daerah perkotaan relatif lebih rendah dari daerah Pedesaan.
- f. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan semakin rendah prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balitanya, dan sebaliknya, untuk gizi baik dan gizi lebih semakin meningkat.

Tabel 3.2.1.4.2 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi TB/U balita dengan variabel-variabel karakteristik responden.

Tabel 3.2.1.4.2
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden
di Propinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Kelompok Umur (Bulan)			
0-5	15,2	13,1	71,7
6-11	34,7	14,0	51,3
12-23	25,3	18,4	56,3
24-35	30,3	21,2	48,5
36-47	27,4	21,3	51,3
48-60	17,2	21,3	61,4
Jenis Kelamin			
Laki-laki	24,4	20,0	55,6
Perempuan	23,2	19,8	57,1
Pendidikan			
Tidak Tamat SD dan Tidak Sekolah	27,0	21,3	51,7
Tamat SD	28,5	18,1	53,4
Tamat SLTP	19,3	18,8	61,9
Tamat SLTA	18,4	19,6	62,0
Tamat PT	17,9	22,0	60,2
Pekerjaan			
Tidak Kerja/Sekolah/Ibu RT	31,0	19,1	50,0
TNI/Polri/PNS/BUMN	15,6	24,3	60,1
Pegawai Swasta	14,8	17,3	67,9
Wiraswasta/Dagang/Jasa	18,9	19,3	61,8
Petani/Nelayan	24,9	19,7	55,4
Buruh dan Lainnya	26,8	20,1	53,1
Tempat Tinggal			
Kota	21,4	20,0	58,6
Desa	25,2	19,8	55,0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil 1	24,4	19,5	56,1
Kuintil 2	28,7	20,0	51,4
Kuintil 3	23,4	20,5	56,1
Kuintil 4	23,7	18,3	58,0
Kuintil 5	16,8	21,0	62,2

Status Gizi TB/U Balita Menurut Karakteristik Responden

1. Prevalensi balita pendek+sangat pendek tertinggi pada kelompok umur 24-35 bulan.
2. Berdasarkan Jenis Kelamin, terlihat prevalensi *pendek+sangat pendek* balita laki-laki edikit lebih tinggi dibanding dengan balita perempuan.
3. Ditinjau dari segi Pendidikan KK, terlihat prevalensi balita pendek+sangat pendek jauh lebih tinggi pada Pendidikan KK tidak sekolah/tidak tamat SD dibanding tingkat pendidikan lainnya.
4. Menurut pekerjaan utama KK terlihat bahwa pada keluarga yang kepala keluarganya Tidak Bekerja/sekolah/ibu rumah tangga memiliki prevalensi tertinggi

pada balita *pendek+sangat pendek* dan prevalensi terendah untuk balita dengan tinggi badan normal menurut umur.

5. Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi balita pendek+sangat pendek yang tinggal di Kota lebih rendah dari balita yang tinggal di Desa.
6. Semakin tinggi kuintil pengeluaran keluarga per kapita per bulan semakin rendah prevalensi balita pendek+sangat pendek dan semakin tinggi prevalensi balita dengan tinggi badan normal.

Tabel 3.2.1.4.3 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi TB/U balita dengan variabel-variabel karakteristik responden

Tabel 3.2.1.4.3
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)*dan Karakteristik Responden
di Propinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kelompok Umur (Bulan)				
0-5	4,9	2,2	63,6	29,4
6 -11	9,5	4,7	61,2	24,7
12-23	8,0	7,8	72,6	11,6
24-35	10,6	7,1	68,2	14,1
36-47	7,4	9,9	71,5	11,3
48-60	6,9	8,0	76,8	8,3
Jenis Kelamin				
Laki-laki	8,5	8,1	68,8	14,5
Perempuan	7,4	7,1	74,4	11,2
Pendidikan				
Tidak tamat SD dan Tidak Sekolah	8,0	8,0	71,1	12,9
Tamat SD	6,7	5,1	72,9	15,3
Tamat SLTP	8,8	6,7	73,2	11,3
Tamat SLTA	10,6	9,4	68,7	11,4
Tamat PT	3,1	9,7	74,5	12,7
Pekerjaan Utama KK				
Tidak Kerja/Sekolah/Ibu RT	5,8	9,1	70,8	14,3
TNI/Polri/PNS/BUMN	2,4	9,0	74,4	14,2
Pegawai Swasta	11,3	4,8	75,3	8,7
Wiraswasta/Dagang/Jasa	6,4	7,6	73,5	12,5
Petani/Nelayan	10,9	8,9	65,2	15,0
Buruh dan Lainnya	7,0	5,5	77,2	10,4
Desa/Kota				
Kota	8,6	6,4	73,1	11,8
Desa	7,5	8,3	70,7	13,5
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil 1	9,0	10,3	68,2	12,5
Kuintil 2	9,2	6,2	72,5	12,1
Kuintil 3	8,4	6,0	71,7	13,9
Kuintil 4	4,6	5,8	75,3	14,3
Kuintil 5	7,4	9,0	72,0	11,6

Status gizi BB/TB balita menurut karakteristik responden.

1. Prevalensi tertinggi balita *kurus+sangat kurus* berada pada kelompok umur 24-35 bulan, sedangkan prevalensi tertinggi balita gemuk berada pada kelompok umur 0-5 bulan.
2. Prevalensi *kurus+sangat kurus* serta gemuk pada balita laki-laki cenderung lebih banyak daripada balita perempuan.
3. Tidak ditemukan pola hubungan yang jelas antara tingkat Pendidikan KK dengan prevalensi balita *kurus+sangat kurus*. Demikian pula halnya antara pekerjaan utama KK serta Tingkat pengeluaran per kapita.
4. Tidak ditemukan perbedaan prevalensi balita *kurus+sangat kurus* yang berarti berdasarkan karakteristik tempat tinggal, tetapi dalam hal masalah balita gemuk di daerah Kota cenderung lebih tinggi dari di daerah Desa.

Tabel 3.2.1.4.4 di bawah ini menyajikan gabungan prevalensi balita menurut ke tiga indikator status gizi yang digunakan yaitu BB/U (Gizi Buruk dan Kurang), TB/U (kependekan), BB/TB (kekurusan). Indikator TB/U memberikan gambaran masalah gizi yang sifatnya kronis dan BB/TB memberikan gambaran masalah gizi yang sifatnya akut.

Tabel 3.2.1.4.4
Prevalensi Balita Menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	BB/U Bur-Kur	TB/U: Kronis (Kependekan)	BB/TB: Akut (Kekurusan)	Akut*	Kronis**
Lombok Barat	27,6	41,7	17,3	√	√
Lombok Tengah	18,2	35,1	9,0	-	√
Lombok Timur	25,5	43,1	15,0	√	√
Sumbawa	27,8	48,2	20,7	√	√
Dompu	30,0	42,3	21,5	√	√
Bima	23,2	46,6	20,9	√	√
Sumbawa Barat	21,4	46,6	14,2	√	√
Kota Mataram	13,4	45,2	14,1	√	√
Kota Bima	26,8	49,5	14,3	√	√
Provinsi NTB	24,8	43,7	15,5	√	√

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

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

Terdapat 8 (delapan) kabupaten/kota yang masih menghadapi permasalahan gizi akut dan seluruh kabupaten/kota (9 kabupaten/kota) di NTB menghadapi permasalahan gizi akut dan kronis. Hanya Kabupaten Lombok Tengah yang tidak menghadapi permasalahan gizi akut tetapi masih menghadapi gizi kronis.

3.2.2 Indeks Massa Tubuh

Dalam pembahasan status gizi orang dewasa akan lebih difokuskan pada masalah kegemukan yang terdiri dari masalah berat badan (BB) lebih dan masalah obese karena lebih ditujukan untuk upaya pencegahan kejadian penyakit degeneratif di kalangan orang dewasa. Dalam ulasan selanjutnya masalah BB lebih dan Obese akan digabung dengan menggunakan istilah “kegemukan”. Bahasan berikutnya menyangkut aspek IMT menurut Kabupaten/Kota, IMT menurut Karakteristik, obesitas sentral dan status gizi WUS 15-45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)

3.2.3 Indeks Massa Tubuh Menurut Kabupaten/Kota

Tabel 3.2.3.1 hingga tabel 3.2.3.3 membahas tentang status gizi orang dewasa umur 15 tahun ke atas yang lebih difokuskan pada masalah kegemukan. Masalah kegemukan ini diungkap melalui berat badan (BB) lebih dan obese dalam upaya melakukan pencegahan kejadian penyakit degeneratif di kalangan orang dewasa. Perhitungan berat badan dengan membandingkan IMT dengan berat badan dengan umur, yang mana IMT <18,5 disebut normal, 18,5-24,9 disebut berat badan lebih, dan IMT: ≥25 disebut obesitas. Dalam tabel BB lebih dan Obese digabung dengan menggunakan istilah “obesitas sentral” yang diukur melalui lingkar perut. Untuk laki-laki dikategorikan obesitas sentral jika hasil pengukuran lebih besar dari 90 centimeter, sedangkan untuk wanita lebih besar dari 82 centimeter.

Tabel 3.2.3.1
Persentase Penduduk Umur 15 Tahun Ke atas Menurut Indeks Massa Tubuh dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Status Gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Lombok Barat	15,7	70,4	6,5	7,4
Lombok Tengah	19,0	69,2	6,3	5,5
Lombok Timur	17,5	66,8	7,4	8,3
Sumbawa	12,1	76,6	6,7	4,7
Dompu	20,7	69,2	5,0	5,1
Bima	22,8	66,5	5,8	4,9
Sumbawa Barat	11,5	74,5	7,5	6,5
Kota Mataram	15,9	64,4	8,5	11,3
Kota Bima	19,0	65,2	7,3	8,5
Provinsi NTB	17,3	68,8	6,8	7,0

Kurus: IMT <18.5; Normal: 18.5-24.9; BB lebih: IMT : 25-27; Obese: IMT ≥27k

Masalah kegemukan (berat badan lebih+obese) pada orang dewasa di Provinsi NTB sudah terlihat tinggi dengan prevalensi 13,8%. Semua kabupaten/kota di provinsi Jawa Barat memiliki prevalensi kegemukan pada orang dewasa yang tinggi (di atas 10%), dengan prevalensi kegemukan tertinggi di Kota Mataram (19,8%).

Tabel 3.2.3.2
Persentase Penduduk Laki-laki Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Indeks Massa Tubuh dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Status Gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Lombok Barat	17,1	74,7	3,6	4,6
Lombok Tengah	21,1	72,1	4,2	2,6
Lombok Timur	19,7	71,2	5,1	4,0
Sumbawa	10,8	78,5	7,0	3,7
Dompu	20,5	72,8	3,4	3,4
Bima	25,5	69,0	2,7	2,8
Sumbawa Barat	9,9	81,4	4,3	4,3
Mataram	16,6	67,6	8,5	7,3
Kota Bima	20,7	68,5	6,4	4,4
Provinsi NTB	18,6	72,5	4,9	4,0

Untuk penduduk laki-laki, prevalensi kegemukan termasuk rendah (di bawah 10%) dengan prevalensi tertinggi di Kota Mataram dan terendah di kabupaten Bima

Tabel 3.2.3.3
Persentase Penduduk Perempuan Umur 15 Tahun Ke atas Menurut Indeks Massa Tubuh dan Kabupaten/Kota di Prov Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Status Gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Lombok Barat	14,5	66,7	8,9	9,8
Lombok Tengah	17,4	67,1	7,9	7,6
Lombok Timur	16,0	63,5	9,1	11,4
Sumbawa	13,4	74,4	6,3	5,8
Dompu	20,6	66,2	6,5	6,8
Bima	20,4	64,3	8,6	6,8
Sumbawa Barat	13,1	67,5	10,6	8,8
Kota Mataram	15,2	61,1	8,5	15,3
Kota Bima	17,4	61,9	8,3	12,4
Provinsi NTB	16,3	65,8	8,4	9,6

Dari tabel terlihat bahwa prevalensi kegemukan untuk penduduk perempuan termasuk tinggi (18%). Prevalensi tertinggi ada di Kota Mataram dan terendah di Kabupaten Sumbawa.

3.2.4 Indeks Massa Tubuh Menurut Karakteristik Responden

Seperti halnya status gizi dewasa yang ditinjau dari Indeks Masa Tubuh, maka pada tabel berikut adalah Indeks Masa Tubuh menurut karakteristik responden, yang terdiri dari kelompok umur, Jenis Kelamin, Pendidikan KK, Pekerjaan KK, tempat tinggal dan pengeluaran per kapita dalam rumah tangga. Tabel 3.2.4 sampai dengan tabel 3.2.4.1.2 merupakan tabel status gizi menurut karakteristik responden.

Tabel 3.2.4
Sebaran Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas Menurut Indeks Massa Tubuh dan Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/U			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Umur (Tahun)				
15-24	26,4	68,3	3,1	2,2
25-34	11,4	72,3	8,4	7,9
35-44	8,5	69,8	11,2	10,5
45-54	10,5	70,6	8,7	10,1
55-64	18,4	68,1	5,3	8,1
65-74	31,8	59,1	2,9	6,2
75+	42,1	50,7	2,1	5,0
Jenis Kelamin				
Laki-laki	38,0	54,2	3,7	4,1
Perempuan	34,8	51,2	6,2	7,7
Pendidikan				
Tidak Sekolah	21,8	65,2	5,9	7,2
Tamat Tamat SD	15,2	69,9	6,7	8,1
Tamat SD	16,2	69,2	7,7	6,9
SLTP	20,5	68,8	5,5	5,2
SLTA	15,2	70,5	7,1	7,2
PT	8,6	71,9	9,9	9,6
Pekerjaan				
Tidak Kerja/Sekolah/Ibu RT	31,9	58,3	4,3	5,5
TNI/Polri/PNS/BUMN	56,7	39,8	1,6	1,9
Pegawai Swasta	11,5	65,1	10,7	12,6
Wiraswasta/Dagang/Jasa	9,1	72,3	9,1	9,4
Petani/Nelayan	13,1	67,0	9,8	10,1
Buruh dan Lainnya	15,9	73,5	5,9	4,8
Tempat Tinggal				
Kota	16,4	66,2	7,8	9,6
Desa	18,0	70,5	6,1	5,4
Tingkat Pengeluaran per Kapita				
Kuintil-1	21,8	68,1	6,2	3,9
Kuintil-2	18,0	71,1	5,1	5,8
Kuintil-3	16,4	69,9	6,1	7,7
Kuintil-4	16,1	68,6	7,1	8,2
Kuintil-5	15,3	66,9	9,1	8,8

Menurut karakteristik responden terlihat bahwa, prevalensi kegemukan tertinggi pada kelompok umur 35-44 tahun dan perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Tidak terdapat pola khusus berdasarkan tingkat pendidikan, namun prevalensi tertinggi ada pada tingkat pendidikan Perguruan Tinggi.

Untuk pekerjaan, sangat jelas bahwa pekerjaan TNI/Polri/PNS/BUMN, memiliki prevalensi kegemukan yang jauh lebih rendah (3,5%) dibandingkan pekerjaan lain. Secara umum penduduk kota lebih tinggi prevalensinya daripada penduduk desa serta angka kejadian kegemukan cenderung meningkat sejalan dengan meningkatnya pengeluaran perkapita keluarga.

3.2.4.1 Obesitas Sentral

Tabel 3.2.4.1.1 adalah prevalensi obesitas sentral pada penduduk umur 15 tahun ke atas menurut Kabupaten/kota dan tabel 3.15 menurut karakteristik responden.

Tabel 3.2.4.1.1
Prevalensi Obesitas Sentral Pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Obesitas Sentral	
	Ya	Tidak
Lombok Barat	9.5	90.5
Lombok Tengah	9.6	90.4
Lombok Timur	14.8	85.2
Sumbawa	5.4	94.6
Dompu	8.2	91.8
Bima	7.3	92.7
Sumbawa Barat	11.8	88.2
Kota Mataram	16.8	83.2
Kota Bima	12.7	87.3
NTB	11.0	89,0

*Lingkar perut laki-laki >90, perempuan > 82

Prevalensi obesitas sentral di Provinsi NTB sedikit di atas 10%, sehingga juga memerlukan perhatian karena berkaitan dengan faktor resiko penyakit-penyakit degeneratif seperti penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler). Prevalensi obesitas tertinggi terdapat di Kota Mataram (16.8%).

Tabel 3.2.4.1.2
Prevalensi Obesitas Sentral Pada Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas
Menurut Karakteristik Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Obesitas Sentral*	
	Ya	Tidak
Umur		
15-24 Tahun	3.8	96.2
25-34 Tahun	11.5	88.5
35-44 Tahun	16.2	83.8
45-54 Tahun	15.7	84.3
55-64 Tahun	13.5	86.5
65-74 Tahun	10.4	89.6
75+ Tahun	8.6	91.4
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	3.1	96.9
Perempuan	17.6	82.4
Pendidikan		
Tidak Sekolah	12.8	87.2
Tidak Tamat SD	12.2	87.8
Tamat SD	11.4	88.6
Tamat SMP	7.9	92.1
Tamat SMA	9.7	90.3
Tamat PT	14.3	85.7
Pekerjaan		
Tidak Kerja	8.6	91.4
Sekolah	1.9	98.1
Ibu RT	22.6	77.4
Pegawai	13.5	86.5
Wiraswasta	16.9	83.1
Petani/Nelayan/Buruh	7.1	92.9
Lainnya	6.8	93.2
Tempat Tinggal		
Kota	14.5	85.5
Desa	8.8	91.2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil 1	7.4	92.6
Kuintil 2	8.0	92
Kuintil 3	10.5	89.5
Kuintil 4	12.9	87.1
Kuintil 5	15.0	85

*Lingkar perut laki-laki >90, perempuan > 82

Berdasarkan karakteristik responden, tampak bahwa prevalensi obesitas sentral tertinggi pada kelompok umur 35-44 tahun dan perempuan jauh lebih tinggi daripada laki-laki. Untuk karakteristik lain, secara umum prevalensi obesitas sentral sama dengan prevalensi kegemukan

3.2.4.2 Status Gizi Wanita Usia Subur (WUS) 15-45 Tahun Berdasarkan Indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)

Tabel 3.2.4.2.1 dan tabel 3.2.4.2.2 menyajikan gambaran masalah gizi pada WUS yang diukur dengan LILA. Hasil pengukuran LILA ini disajikan menurut Kabupaten/Kota 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 3.2.4.2.1
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Risiko KEK* (%)
Lombok Barat	10.1
Lombok Tengah	15.7
Lombok Timur	11.5
Sumbawa	11.2
Dompu	12.3
Bima	15.7
Sumbawa Barat	13.6
Kota Mataram	11.0
Kota Bima	11.3
Provinsi NTB	12.4

Tabel 3.2.4.2.2
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Perempuan Umur 15-45 Tahun Menurut Karakteristik, di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	KEK
Pendidikan	
Tidak Sekolah	13,1
Tidak Tamat Tamat SD	12,0
Tamat SMP	11,2
Tamat SMA	13,8
Tamat PT	11,5
Tipe Daerah	
Perkotaan	11,7
Pedesaan	12,9
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil-1	14,2
Kuintil-2	13,5
Kuintil-3	12,0
Kuintil-4	11,5
Kuintil-5	11,3

Tabel 3.2.4.2.1 menunjukkan 3 Kabupaten dengan prevalensi risiko KEK di atas angka nasional (13,6%) yaitu Kab. Lombok Tengah, Kab. Bima sedangkan Kab. Sumbawa Barat sama dengan rerata nasional dan di atas rerata provinsi NTB (12,4%).

Kecenderungan risiko KEK berdasarkan tabulasi silang antara prevalensi Risiko KEK dengan karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.2.4.2.2 adalah:

1. Berdasarkan tingkat pendidikan, gambaran di NTB menunjukkan bahwa tidak ada kecenderungan lebih tinggi atau lebih rendah risiko KEK
2. Di provinsi NTB, prevalensi risiko KEK lebih tinggi di daerah desa dibanding kota walau tidak terlalu besar.
3. Di NTB menunjukkan hubungan negatif antara tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita dengan risiko KEK. Semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan cenderung semakin rendah risiko KEK.

3.2.5 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 defisit energi adalah rumah tangga dengan konsumsi "energi rendah" yaitu bila konsumsi energi lebih rendah dari angka rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007, sedangkan RT defisit protein adalah RT dengan konsumsi "protein rendah" yaitu bila konsumsi protein lebih rendah dari angka rerata konsumsi protein nasional dari data Riskesdas 2007.

Pada tabel 3.2.5.1 disajikan angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari. Konsumsi energi per kapita per hari pada RT di Provinsi Nusa Tenggara Barat lebih rendah dari pada angka nasional (1735,5 kkal untuk energi dan 55,5 gram untuk protein) yaitu 1644,6 kkal dan 52,4 gram. Kabupaten/Kota dengan angka konsumsi energi terendah adalah Kota Mataram (1334,7 kkal), dan kabupaten dengan angka konsumsi energi tertinggi adalah Kabupaten Lombok Barat (1906,9 kkal). Kabupaten dengan konsumsi protein terendah adalah Kabupaten Lombok Tengah (46,6 kkal), dan kabupaten dengan konsumsi protein tertinggi adalah Kabupaten Lombok Barat (61,5 gram).

Sebanyak satu kabupaten dengan rerata angka konsumsi energi di atas rerata angka konsumsi energi nasional, yaitu Kabupaten Lombok Barat, sedangkan 8 Kabupaten/Kota di bawah rerata nasional. Sebanyak tiga kabupaten dengan rerata angka konsumsi protein diatas angka nasional yaitu Kabupaten Lombok Barat (61,5 g), Sumbawa Barat (61,4 g) dan Kabupaten. Bima (56,5 g).

Tabel 3.2.5.1
Konsumsi Energi dan Protein per Kapita per Hari Menurut Kabupaten/Kota,
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Lombok Barat	1906.9	702.5	61.5	26.5
Lombok Tengah	1591.8	596.0	46.6	21.9
Lombok Timur	1646.8	640.9	47.5	23.5
Sumbawa	1514.9	811.2	54.0	28.8
Dompu	1620.5	659.9	52.4	25.2
Bima	1691.7	684.5	56.5	24.4
Sumbawa Barat	1560.1	715.8	61.4	27.5
Kota Mataram	1334.7	560.1	53.9	24.9
Kota Bima	1465.5	600.9	51.5	24.3
Provinsi NTB	1644.7	678.6	52.4	25.3

Tabel 3.2.5.2 adalah informasi prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional dari data Riskesdas 2007-2008 menurut kabupaten. Data pada tabel tersebut menunjukkan bahwa prevalensi RT dengan konsumsi energi dan protein “rendah” sebesar 62,9 % dan 63,1 %. Di Indonesia, secara nasional prevalensi RT dengan konsumsi energi dan protein rendah “lebih rendah dari rerata konsumsi per kapita per hari” adalah 59,0 % dan 58,5 %.

Kabupaten/Kota dengan konsumsi energi “rendah” yang prevalensinya tertinggi adalah Kabupaten Kota Mataram (79,6 %), dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah Kabupaten Lombok Barat (48,8 %). Semua Kabupaten/Kota di Nusa Tenggara Barat mempunyai prevalensi RT dengan konsumsi protein lebih rendah dari prevalensi nasional, dan yang prevalensinya tertinggi adalah Kota Mataram (20,4%).

Tabel 3.2.5.2
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka
Rerata Nasional, Menurut Provinsi, di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Energi < Rerata Nasional (%)	Protein < Rerata Nasional (%)
Lombok Barat	48.8	51.2
Lombok Tengah	66.7	66,6
Lombok Timur	63.4	61,2
Sumbawa	70.2	71,2
Dompu	61.0	62,4
Bima	57.1	57,8
Sumbawa Barat	65.6	66,2
Kota Mataram	79.6	79,9
Kota Bima	73.7	73,2
Provinsi NTB	62.9	63,1

Berdasarkan angka rerata konsumsi energi dan protein Nasional (1735 kkal dan 55,5 gram) dari data Riskesdas 2007-2008

Tabel 3.2.5.3 adalah informasi tentang prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional dari data Riskesdas 2007-2008 menurut tipe desa (kota/desa) dan kuintil pengeluaran RT. Prevalensi RT di kota yang konsumsi energi dibawah angka rerata nasional lebih tinggi dari RT di desa, sebaliknya prevalensi RT di desa yang konsumsi protein dibawah angka rerata nasional lebih tinggi dari di Kota. Menurut kuintil pengeluaran RT, semakin tinggi kuintil pengeluaran RT semakin rendah prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein “rendah (dibawah angka rerata nasional).

Tabel 3.2.5.3
Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Angka Rerata Nasional Menurut Tipe Daerah dan Kuintil Pengeluaran RT, di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskedas 2008

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Tipe Daerah		
Kota	63.8	59.4
Desa	62.4	66.3
Tingkat Pengeluaran RT		
Kuintil-1	66.8	70.9
Kuintil-2	65.2	67.1
Kuintil-3	64.5	65.3
Kuintil-4	63.9	63.4
Kuintil-5	53.9	48.8

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

3.2.6 Konsumsi Garam Beriodium

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

Tabel 3.2.6.1
Persentase Rumah-Tangga yang Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rumah Tangga Mempunyai Garam Cukup Iodium (%)
Lombok Barat	19.3
Lombok Tengah	34.9
Lombok Timur	30.0
Sumbawa	27.3
Dompu	11.4
Bima	12.7
Sumbawa Barat	51.0
Kota Mataram	49.4
Kota Bima	15.5
Provinsi NTB	27.9

Pada penulisan laporan ini yang disajikan hanya yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3). Tabel 3.2.6.1 memperlihatkan persentase rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3) menurut kabupaten/kota. Di NTB baru sebanyak 27,9% rumah tangga di NTB mempunyai garam cukup iodium, dan angka tersebut jauh di bawah rata-rata nasional, yakni sebanyak 62,3%. Pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 maupun target ICCIDD/UNICEF/WHO *Universal Salt Iodization* (USI) atau “garam beriodium untuk semua” yaitu minimal 90% rumah-tangga menggunakan garam cukup iodium. Semua Kabupaten/Kota tidak bisa mencapai target garam beriodium ($< 90\%$).

Tabel 3.2.6.2
Persentase Rumah-Tangga yang Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rumah Tangga Mempunyai Garam Cukup Iodium (%)
Pendidikan KK	
Tidak Sekolah	24.7
SD Tidak Tamat	21.4
SD Tamat	29.2
SMP Tamat	25.8
SLTA Tamat	30.5
SLTA+	22.9
Pekerjaan KK	
Tidak Bekerja	29.8
Sekolah	28.0
Ibu Rumah Tangga	30.5
Pegawai Negeri/ Swasta	27.2
Petani/Buruh/Nelayan	27.5
Lainnya	19.8
Tipe daerah	
Perkotaan	38.5
perdesaan	21.9
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil-1	22.0
Kuintil-2	24.0
Kuintil-3	27.0
Kuintil-4	36.9
Kuintil-5	58.4

Persentase rumah tangga mengkonsumsi garam cukup iodium di perkotaan lebih tinggi daripada di perdesaan. Menurut tingkat pendidikan Kepala Keluarga dan pekerjaan Kepala Keluarga tidak terlihat pola yang jelas rumah tangga mengkonsumsi garam cukup iodium. Persentase rumah tangga mengkonsumsi garam cukup iodium terlihat semakin meningkat seiring dengan kuintil tingkat pengeluaran per kapita.

3.3 Kesehatan Ibu dan Anak

3.3.1 Status Imunisasi

Mulai tahun 1977, Departemen Kesehatan melaksanakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) pada anak, sebagai wujud dari komitmen terhadap program Expanded Program of Immunization yang dilakukan oleh WHO dalam upaya untuk menurunkan kejadian penyakit pada anak. Jenis imunisasi dan daerah yang dicakup saat itu masih terbatas yang terus dikembangkan sehingga pada tahun 1997 terdapat lima penyakit anak utama yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) yang dicakup dalam PPI yaitu satu kali imunisasi BCG untuk mencegah tuberculosis; tiga kali imunisasi DPT untuk mencegah difteri, pertusis, dan tetanus; empat kali imunisasi polio; dan satu kali imunisasi campak. Mulai tahun 1997, program imunisasi dikembangkan dengan memasukkan tiga dosis vaksin hepatitis B (HB).

Upaya menurunkan penyakit pada anak melalui program PPI tersebut terus dilanjutkan dan ditingkatkan. Untuk mempercepat eliminasi penyakit polio di seluruh dunia, WHO membuat rekomendasi untuk melakukan PIN. Indonesia melakukan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) dengan memberikan satu dosis polio pada bulan September 1995, 1996, dan 1997. Pada tahun 2002, PIN dilaksanakan kembali dengan menambahkan imunisasi campak di beberapa daerah. Setelah adanya kejadian luar biasa (KLB) *acute flacid paralysis* (AFP) pada tahun 2005, PIN tahun 2005 dilakukan kembali dengan memberikan tiga kali/ dosis polio saja pada bulan September, Oktober, dan November. Pada tahun 2006 PIN diulang kembali dua kali/ dosis polio saja yang dilakukan pada bulan September dan Oktober 2006.

Imunisasi universal pada PD3I sangat penting untuk menurunkan kesakitan dan kematian bayi dan anak. Perbedaan cakupan imunisasi pada balita di antara berbagai kelompok masyarakat sangat penting untuk perencanaan program imunisasi dan mendayagunakan sumber daya ke daerah tertentu. Selain itu, cakupan imunisasi juga diperlukan dalam pemantauan dan evaluasi program imunisasi.

Dalam Riskesdas 2007, data imunisasi untuk anak umur 0-59 bulan dikumpulkan melalui tiga cara yaitu dengan wawancara kepada ibu (menurut ingatan/ persepsi ibu), catatan tertulis yang ada pada Kartu Menuju Sehat (KMS), dan catatan tertulis pada Buku KIA. Sesuai dengan pedoman WHO, anak yang mendapatkan imunisasi lengkap bila anak sudah mendapatkan satu kali BCG, tiga kali DPT dan polio, serta satu kali campak. Semua imunisasi yang dianjurkan harus diberikan sebelum anak berumur 12 bulan (Depkes RI, 2003). (Departemen Kesehatan, Direktorat Epim-Kesma. Program Imunisasi di Indonesia: Bagian 1, Jakarta, Depkes, 2003).

Status Imunisasi dapat dikategorikan Lengkap, Tidak Lengkap, Belum pernah di Imunisasi, dan Imunisasi campak. Sebagai Definisi Operasional Status Imunisasi adalah:

1. Status Imunisasi Lengkap: sudah mendapat imunisasi BCG, Polio 3, DPT 3, Hepatitis B 3 dan Campak menurut pengakuan/ catatan KMS/ catatan KIA.
2. Status Imunisasi Tidak Lengkap: jika ada salah satu dari imunisasi BCG, Polio 3, DPT 3, Hepatitis B 3 dan Campak menurut pengakuan/ catatan KMS/ catatan KIA tidak diberikan.
3. Belum pernah diimunisasi: sama sekali belum pernah mendapat imunisasi menurut pengakuan/ catatan KMS/ catatan KIA.
4. Status Imunisasi Campak: digunakan oleh program sebagai indikator besarnya cakupan imunisasi lengkap.

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

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

3.3.1.1 Cakupan Imunisasi Dasar

Imunisasi dasar yang terdiri dari imunisasi BCG, Polio 3, DPT-3, Hepatitis B-3 dan Campak, dilakukan analisis menurut Kabupaten/Kota dan Karakteristik.

Tabel 3.3.1.1.1
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskeddas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Lombok Barat	91,0	57,2	61,8	53,2	95,6
Lombok Tengah	95,4	75,8	71,1	48,8	95,4
Lombok Timur	96,0	69,4	69,3	46,3	95,8
Sumbawa	97,4	79,2	73,8	42,6	96,6
Dompu	93,8	60,3	63,2	48,1	92,3
Bima	89,1	69,9	55,7	56,0	90,8
Sumbawa Barat	88,5	75,9	64,0	36,4	92,6
Kota Mataram	98,8	78,5	81,3	67,8	97,9
Kota Bima	94,4	63,9	50,0	40,0	94,1
Provinsi NTB	94,3	69,9	67,5	49,8	95,1

Catatan: * Imunisasi untuk anak umur 12-23 bulan tidak dianalisis karena sampel sedikit di beberapa kabupaten/ kota
* Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi Nusa Tenggara Barat untuk BCG 96,4%, polio3 74,9%, DPT3 66,3%, HB3 52,5%, campak 94,1%

Cakupan imunisasi BCG, Polio 3, DPT 3, Hepatitis B3 dan campak pada anak balita rata-rata tertinggi (94,3%, 69,9%, 67,5%, 49,8%, dan 95,1%) di Kota Mataram. Cakupan polio 3 tertinggi di Kabupaten Sumbawa. Cakupan imunisasi BCG dan Hepatitis B 3 terendah (89,1% dan 36,4%) di Kabupaten Sumbawa Barat, cakupan imunisasi Polio 3 terendah (57,3%) di Kabupaten Lombok Barat, imunisasi DPT 3 terendah (50,0%) di kota Bima dan imunisasi Campak terendah di Kabupaten Bima (90,8%).

Tabel 3.3.1.1.2
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Kelompok Umur (Bulan)					
12-23	95,7	74,0	66,2	53,8	94,0
24-35	94,2	66,3	70,2	47,9	96,4
36-47	94,9	71,0	67,4	49,1	94,2
48-59	92,2	67,6	67,4	49,3	95,5
Jenis Kelamin					
Laki-laki	93,7	69,3	65,7	50,5	94,9
Perempuan	94,9	70,2	69,2	49,7	95,2
Pendidikan KK					
Tidak Sekolah	93,4	64,9	66,7	42,2	94,2
SD Tidak Tamat	91,4	68,8	66,4	46,4	94,3
SD Tamat	95,3	72,4	66,7	49,6	96,4
SMP Tamat	94,4	66,7	66,9	54,4	94,7
SLTA Tamat	95,6	71,1	7,2	48,2	93,9
SLTA +	97,8	75,5	74,7	67,5	98,9
Pekerjaan KK					
Tidak Bekerja	95,5	73,8	69,2	42,1	92,9
Ibu Rumah Tangga	86,0	58,6	64,0	50,0	92,9
PNS/Polri/TNI	97,6	73,8	73,0	63,0	97,6
Wiraswasta/Swasta	96,0	71,5	69,2	51,4	95,8
Petani/Buruh/Nelayan	93,9	68,9	66,3	47,2	94,4
Lainnya	94,7	72,7	65,8	54,7	96,1
Tempat Tinggal					
Kota	95,7	71,9	72,3	55,4	96,7
Desa	93,4	68,4	64,4	46,9	94,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	93,7	66,6	67,2	50,4	94,6
Kuintil-2	92,8	67,1	65,7	51,5	94,1
Kuintil-3	95,5	74,2	69,3	53,0	95,4
Kuintil-4	95,6	71,6	68,4	47,6	94,1
Kuintil-5	94,7	71,3	66,9	46,6	97,8

Cakupan imunisasi BCG, Polio 3 dan Hepatitis B 3 tertinggi pada kelompok umur 12-23 bulan, sedangkan DPT 3 dan Campak tertinggi pada kelompok umur 24-35 bulan. Umumnya cakupan imunisasi lebih tinggi di Kota dibandingkan Desa namun laki-laki dan perempuan hampir sama. Cakupan imunisasi tertinggi pada Kepala Keluarga dengan pendidikan SLTA+, pekerjaan PNS/Polri/TNI dan tidak ada pola tertentu menurut Tingkat pengeluaran per kapita.

3.3.1.2 Cakupan Imunisasi Lengkap

Imunisasi lengkap pada Balita adalah anak balita yang pernah mendapat imunisasi BCG, DPT minimal 3 kali, Polio minimal 3 kali, Hepatitis B minimal 3 kali dan Campak, menurut pengakuan, catatan KMS/KIA. Sebaran anak Balita yang mendapatkan imunisasi lengkap dalam penelitian ini ditinjau dari 2 aspek yaitu menurut Kabupaten/Kota dan menurut Karakteristik Responden yang terlihat pada tabel 3.3.1.2.1 dan 3.3.1.2.2.

Tabel 3.3.1.2.1
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap* Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Imunisasi Dasar		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Sama Sekali
Lombok Barat	25,6	70,1	4,3
Lombok Tengah	38,0	60,1	1,8
Lombok Timur	32,0	65,2	2,7
Sumbawa	31,2	68,0	0,8
Dompu	26,0	71,2	2,7
Bima	36,8	58,8	4,4
Sumbawa Barat	18,8	78,1	3,1
Kota Mataram	51,0	49,0	0,0
Kota Bima	24,3	73,0	2,7
Provinsi NTB	33,1	64,3	2,6

Imunisasi dasar lengkap:

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

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

* Imunisasi dasar anak umur 12-23 bulan di Provinsi nusa Tenggara Barat untuk lengkap 38,0%, tidak lengkap 59,4% dan tidak sama sekali 2,7%.

Cakupan tertinggi di Kota Mataram dan terendah di Kabupaten Sumbawa Barat. (18,8%).

Tabel 3.3.1.2.2
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap* Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Status Imunisasi		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Sama Sekali
Kelompok Umur (Bulan)			
12-23	39,1	57,8	3,1
24-35	31,0	66,6	2,4
36-47	32,7	65,6	1,7
48-59	30,0	67,0	3,0
Jenis Kelamin			
Laki-laki	32,7	45,9	2,7
Perempuan	33,6	43,4	2,4
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	29,8	67,9	2,4
SD Tidak Tamat	29,6	66,1	4,4
SD Tamat	32,8	65,6	1,6
SMP Tamat	33,9	63,3	2,8
SLTA Tamat	33,3	64,8	1,9
SLTA +	44,9	52,0	3,1
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	25,5	70,6	3,9
Ibu Rumah Tangga	32,8	59,4	7,8
PNS/Polri/TNI	42,4	56,5	1,2
Wiraswas/Swasta	34,7	63,4	2,0
Petani/Buruh/Nelayan	30,5	66,9	2,5
Lainnya	43,8	53,8	2,5
Tempat Tinggal			
Kota	36,7	62,0	1,2
Desa	31,1	65,6	3,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	31,2	65,7	3,1
Kuintil-2	31,9	65,8	2,3
Kuintil-3	35,8	62,7	1,5
Kuintil-4	33,9	63,8	2,3
Kuintil-5	33,5	63,1	3,4

Menurut karakteristik responden, cakupan imunisasi dasar lengkap tertinggi pada kelompok umur 12-23 bulan, tidak banyak berbeda antara balita laki-laki dan perempuan. Adanya kecenderungan semakin tinggi pendidikan orang tua, semakin tinggi pula cakupan imunisasi dasar lengkap, sedangkan menurut pekerjaan kepala keluarga, tertinggi pada pekerjaan PNS/Polri/TNI. Umumnya rumah tangga di kota lebih sadar untuk memberikan imunisasi pada balitanya dibandingkan Kota, sedangkan menurut tingkat pengeluaran tidak ada pola tertentu.

3.3.2 Pemantauan Perkembangan Balita dan Distribusi Vitamin A

3.3.2.1 Frekuensi Penimbangan Balita

Pemantauan pertumbuhan sangat penting dilakukan untuk mengawal tumbuh kembang yang optimal. Makin dini diketahui adanya penyimpangan pertumbuhan (*growth faltering*), makin dini upaya untuk mencegah penurunan status gizi yang umumnya terjadi mulai umur 3-6 bulan. Tabel 3.3.2.1.1 dan 3.3.2.1.2 merupakan tabel frekuensi penimbangan menurut Kabupaten/Kota dan menurut Karakteristik.

Tabel 3.3.2.1.1
Sebaran Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
	Tidak Pernah	1-3 kali	≥4 kali
Lombok Barat	15,3	26,9	57,9
Lombok Tengah	11,8	31,8	56,4
Lombok Timur	15,9	21,8	62,3
Sumbawa	10,2	45,4	44,4
Dompu	14,1	34,4	51,6
Bima	8,3	24,8	66,9
Sumbawa Barat	15,2	27,3	57,6
Kota Mataram	11,9	28,7	59,4
Kota Bima	12,8	38,5	48,7
Provinsi NTB	13,1	28,7	58,2

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 3.3.2.1.1 menunjukkan bahwa 13.1 persen balita tidak pernah ditimbang, dan cakupan terendah di Kabupaten Bima (8.3%) dan tertinggi di Lombok Timur (15.9%). Sebaliknya balita yang rutin ditimbang sebesar 58,2%, terendah di Kabupaten Sumbawa (44.4%) dan tertinggi di Kabupaten Bima (66.9%).

Tabel 3.3.2.1.2
Sebaran Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Frekuensi Penimbangan		
	Tidak Pernah	1-3 Kali	≥4 Kali
Kelompok Umur (Bulan)			
0-5	5,6	57,9	36,4
6-11	1,8	20,6	77,6
12-23	5,1	26,4	68,5
24-35	12,5	29,8	57,7
36-47	21,4	25,5	53,1
48-59	23,8	26,8	49,4
Jenis Kelamin			
Laki-laki	13,9	28,2	58,0
Perempuan	12,4	29,2	58,5
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	17,1	24,1	58,3
SD Tidak Tamat	17,6	24,1	58,3
SD Tamat	10,5	32,5	57,0
SMP Tamat	8,5	30,3	61,1
SLTA Tamat	12,1	27,9	60,0
SLTA+	13,3	36,2	50,5
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	20,3	31,3	48,4
Ibu Rumah Tangga	3,3	47,5	49,2
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	15,7	31,5	52,8
Wiraswasta/Pegawai Swasta	15,7	28,6	55,7
Petani/Buruh/Nelayan	11,9	27,2	61,0
Lainnya	11,1	24,4	64,4
Tempat Tinggal			
Kota	14,4	28,4	57,2
Desa	12,4	28,8	58,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	14,9	26,9	58,2
Kuintil-2	16,4	26,8	56,7
Kuintil-3	11,2	32,9	56,0
Kuintil-4	11,9	28,4	59,8
Kuintil-5	9,7	29,5	60,8

Pada tabel 3.3.2.1.2 terlihat bahwa penimbangan rutin (4-6 kali) tertinggi pada kelompok umur 6-11 bulan, tidak ada perbedaan antara Jenis Kelamin dan sedikit lebih tinggi di daerah Desa (58.8%),. Ada tren penurunan cakupan penimbangan cukup tajam menurut umur, pada umur 6-11 bulan cakupan cukup tinggi (77.6%) dan menurun tajam pada umur 48-59 bulan (49.4%).

Tidak banyak perbedaan sebaran, dilihat menurut tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan kepala keluarga serta tingkat pengeluaran rumah tangga.

3.3.2.2 Tempat Penimbangan Balita

Tempat penimbangan Balita dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi 5 tempat, yaitu Rumah Sakit, Puskesmas, Polindes, Posyandu dan lain-lain. Tabel 3.3.2.2.1 merupakan tempat penimbangan balita menurut Kabupaten/Kota dan tabel 3.3.2.2.2 adalah tempat penimbangan balita menurut karakteristik responden

Tabel 3.3.2.2.1
Sebaran Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat penimbangan				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Lombok Barat	3,7	3,7	0,0	89,8	2,8
Lombok Tengah	2,7	1,7	1,7	93,1	0,7
Lombok Timur	1,3	0,7	2,3	94,5	1,3
Sumbawa	1,0	7,9	0,0	90,1	1,0
Dompu	1,7	3,4	1,7	93,2	0,0
Bima	0,7	4,1	0,7	93,8	0,7
Sumbawa Barat	0,0	7,1	3,6	85,7	3,6
Kota Mataram	3,2	5,3	1,1	78,9	11,6
Kota Bima	2,9	14,3	0,0	80,0	2,9
Provinsi NTB	2,1	3,3	1,2	91,3	2,1

Posyandu masih merupakan tempat yang paling tinggi sebagai tempat penimbangan balita (91.3%) dengan sebaran terendah di Kota Bima (80.0%) dan tertinggi di Kabupaten Lombok Timur (94.5%). Tempat yang paling tidak populer untuk penimbangan balita adalah Polindes, dan puskesmas juga merupakan sarana pelayanan yang tidak begitu diminati oleh masyarakat khususnya dalam hal penimbangan balita. Disini menunjukkan bahwa masyarakat sangat mengenal Posyandu sebagai tempat penimbangan.

Tabel 3.3.2.2
Sebaran Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan
Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Penimbangan				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Kelompok Umur (Bulan)					
0-5	8,0	6,0	4,0	78,0	4,0
6-11	1,1	2,9	0,0	95,4	0,6
12-23	1,8	3,9	0,4	92,3	1,8
24-35	1,1	1,8	0,4	93,8	2,9
36-47	2,1	4,7	2,6	88,5	2,1
48-59	1,0	2,4	1,9	92,7	1,9
Jenis Kelamin					
Laki-laki	2,7	3,3	0,9	91,1	2,0
Perempuan	1,4	3,3	1,4	91,6	2,2
Pendidikan KK					
Tidak Sekolah	1,4	2,1	0,0	95,2	1,4
SD Tidak Tamat	2,1	0,4	0,0	95,8	1,7
SD Tamat	1,4	1,7	1,7	94,9	,3
SMP Tamat	1,4	2,7	1,8	92,7	1,4
SLTA Tamat	2,2	6,6	1,1	87,2	2,9
SLTA +	6,4	9,6	6,4	71,3	9,6
Pekerjaan KK					
Tidak Bekerja	5,9	2,0	3,9	86,3	2,0
Ibu Rumah Tangga	8,3	,0	3,3	83,3	5,0
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	5,6	8,9	0,0	75,6	10,0
Wiraswasta/Pegawai Swasta	1,4	6,8	1,1	89,0	1,8
Petani/Buruh/Nelayan	1,3	1,6	0,9	95,1	1,1
Lainnya	1,2	4,8	2,4	1,2	1,2
Tempat Tinggal					
Kota	2,8	5,3	1,5	85,8	4,7
Desa	1,7	2,1	1,0	94,5	0,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	0,9	1,9	1,6	95,0	0,6
Kuintil-2	1,6	0,8	0,8	96,1	0,8
Kuintil-3	1,9	3,9	,8	90,3	3,1
Kuintil-4	4,6	3,3	2,5	87,1	2,5
Kuintil-5	2,4	8,3	0,5	84,5	4,4

Posyandu sebagai pilihan penimbangan balita lebih rendah di daerah Kota dibanding Desa, dan terjadi tren penurunan fungsi Posyandu sebagai tempat penimbangan balita dengan meningkatnya tingkat pengeluaran keluarga.

3.3.2.3 Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A

Departemen Kesehatan Republik Indonesia menganjurkan agar semua anak umur di bawah lima tahun diberi Vitamin A dosis tinggi untuk mencegah kekurangan vitamin yang bisa menimbulkan xeroftalmia. Vitamin A sangat berguna untuk kesehatan mata dan imunitas tubuh. Kekurangan vitamin A dapat menyebabkan kebutaan pada anak dan risiko kematian yang lebih tinggi. Mulai umur 6 bulan, bermacam-macam makanan yang mengandung vitamin A harus diberikan sebagai pelengkap vitamin A yang sudah terkandung dalam ASI. Kapsul vitamin A dosis tinggi diberikan kepada bayi umur 6-11 bulan sekali dan setelah balita umur >11 bulan diberikan 2 kali setiap tahunnya.

Di samping pemantauan pertumbuhan balita yang ditinjau dari aspek frekuensi dan tempat penimbangan balita, juga dilakukan pertanyaan tentang cakupan pemberian vitamin A. Penimbangan balita dapat dilakukan di berbagai tempat seperti Posyandu, Polindes, puskesmas atau sarana pelayanan kesehatan yang lain. Di Posyandu selain ibu dapat mengetahui pertumbuhan anaknya, mulai anak umur enam bulan diberikan kapsul vitamin A untuk mengatasi masalah kurang vitamin A yang banyak terjadi pada balita, yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisiensi vitamin A. Tabel 3.3.2.3.1 adalah sebaran Anak Umur 6-59 Bulan yang menerima kapsul vitamin A menurut kabupaten/kota dan tabel 3.3.2.3.2 menurut karakteristik responden

Tabel 3.3.2.3.1
Sebaran Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Menerima Kapsul Vitamin A	Tidak Menerima Kapsul Vitamin A
Lombok Barat	78,6	21,4
Lombok Tengah	83,6	16,4
Lombok Timur	85,0	15,0
Sumbawa	72,8	27,2
Dompu	85,7	14,3
Bima	82,0	18,0
Sumbawa Barat	82,5	17,5
Kota Mataram	88,2	11,8
Kota Bima	86,4	13,6
Provinsi NTB	82,1	17,9

Kapsul vitamin A diberikan kepada balita umur 6-59 bulan dua tahun sekali tiap bulan Februari dan Agustus. Pada Tabel ini terlihat cakupan kapsul vitamin A sebesar 82.1%, dengan variasi sebaran yang tidak terlalu banyak, terendah di Kabupaten Sumbawa (72.8%) dan tertinggi di Kota Mataram (88.2%).

Tabel 3.3.2.3.2
Sebaran Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Menerima Kapsul Vitamin A	Tidak Menerima Kapsul Vitamin A
Kelompok Umur (Bulan)		
6-11	79,2	20,8
12-23	88,6	11,4
24-35	85,2	14,8
36-47	79,3	20,7
48-59	77,7	22,3
Jenis Kelamin		
Laki-laki	79,9	20,1
Perempuan	84,7	15,3
Pendidikan KK		
Tidak Sekolah	80,1	19,9
SD Tidak Tamat	80,1	19,9
SD Tamat	84,5	15,5
SMP Tamat	81,5	18,5
SLTA Tamat	83,0	17,0
SLTA+	85,2	14,8
Pekerjaan KK		
Tidak Bekerja	69,8	30,2
Ibu Rumah Tangga	86,1	13,9
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	78,1	21,9
Wiraswasta/Pegawai Swasta	85,1	14,9
Petani/Buruh/Nelayan	81,4	18,6
Lainnya	89,5	10,5
Tempat Tinggal		
Kota	84,9	15,1
Desa	80,9	19,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	83,9	16,1
Kuintil-2	77,2	22,8
Kuintil-3	80,2	19,8
Kuintil-4	86,3	13,7
Kuintil-5	85,3	14,7

Variasi cakupan kapsul vitamin A juga tidak banyak terjadi menurut klasifikasi daerah, Jenis Kelamin, umur balita, pendidikan dan pekerjaan Kepala Keluarga, dan tingkat pengeluaran keluarga. Namun cakupan vitamin A terendah tampak pada jenis pekerjaan kepala keluarga Tidak Bekerja.

3.3.2.4 Kepemilikan KMS

Semua bayi yang dibawa ke Puskesmas atau Posyandu atau pemeriksaan kesehatan paska kelahiran mendapat Kartu Menuju Sehat (KMS), yang mencatat pertumbuhan, pemberian minuman dan makanan, serta imunisasi yang diperoleh. Disamping pencatatan dalam KMS/Buku KIA, juru imunisasi juga mencatat tanggal dan jenis imunisasi dalam buku register. KMS/Buku KIA disimpan oleh ibu untuk dapat memonitor pertumbuhan dan keadaan kesehatan anaknya, tetapi tidak semua ibu menyimpan KMS/Buku KIA untuk anaknya. Disamping itu, tidak ada semua bayi dibawa ke Puskesmas atau Posyandu untuk pemeriksaan kesehatannya, dan diantara yang datang ke tempat pelayanan kesehatan tidak semua mendapat KMS.

Kepemilikan KMS Balita oleh rumah tangga menurut kabupaten/kota dikemukakan pada tabel 3.3.2.4.1 dan tabel 3.3.2.4.2 adalah menurut karakteristik responden.

Tabel 3.3.2.4.1
Sebaran Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Lombok Barat	22,5	46,9	30,6
Lombok Tengah	29,9	33,0	37,1
Lombok Timur	16,1	49,8	34,2
Sumbawa	5,6	52,8	41,6
Dompu	7,9	60,4	31,7
Bima	14,2	25,7	60,1
Sumbawa Barat	11,9	52,4	35,7
Kota Mataram	20,3	43,9	35,8
Kota Bima	19,1	48,9	31,9
Provinsi NTB	18,5	44,0	37,5

*) Catatan: 1 = Memiliki KMS dan dapat menunjukkan
2 = Memiliki KMS, tidak dapat menunjukkan/disimpan oleh orang lain
3 = Tidak memiliki KMS

Kartu Menuju Sehat (KMS) merupakan sarana yang cukup baik untuk mengetahui tumbuh kembang balita. Tetapi hanya 18.5 persen balita yang mempunyai dan dapat menunjukkan KMS, terendah di Kabupaten Sumbawa (5.6%) dan tertinggi di Kabupaten Lombok Tengah (29.9%). Sebagian besar balita (44.0%) walaupun menurut pengakuan mempunyai KMS, tetapi tidak dapat menunjukkan.

Tabel 3.3.2.4.2
Sebaran Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskedas 2007

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Kelompok Umur (Bulan)			
0-5	31,6	24,6	43,9
6-11	46,4	25,3	28,4
12-23	25,6	37,1	37,4
24-35	12,6	49,9	37,5
36-47	11,6	49,5	38,9
48-59	5,9	55,4	38,7
Jenis Kelamin			
Laki-laki	18,7	42,9	38,4
Perempuan	18,4	45,2	36,4
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	13,0	48,4	38,6
SD Tidak Tamat	20,8	20,8	40,6
SD Tamat	21,0	39,8	39,3
SMP Tamat	19,2	44,3	36,6
SLTA Tamat	17,5	49,3	33,1
SLTA +	17,5	46,0	36,5
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	18,7	37,3	44,0
Ibu Rumah Tangga	14,1	33,3	52,6
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	22,0	44,7	33,3
Wiraswasta/Pegawai Swasta	18,2	46,7	35,1
Petani/Buruh/Nelayan	17,5	17,5	37,3
Lainnya	31,1	31,1	36,9
Tempat Tinggal			
Kota	23,2	41,3	35,5
Desa	16,0	45,6	38,5
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	15,3	42,2	42,6
Kuintil-2	16,8	43,3	39,9
Kuintil-3	20,9	44,6	34,5
Kuintil-4	23,2	43,4	33,4
Kuintil-5	18,6	48,1	33,3

*) Catatan: 1 = Memiliki KMS dan dapat menunjukkan
2 = Memiliki KMS, tidak dapat menunjukkan/disimpan oleh orang lain
3 = Tidak memiliki KMS

Kepemilikan KMS lebih tinggi di daerah Kota. Ada tren kepemilikan KMS yang lebih tinggi pada umur 6-11 bulan (46,4%) dan menurun tajam pada umur selanjutnya dan mencapai cakupan terendah pada umur 48-59 bulan (5.9%).

3.3.2.5 Kepemilikan Buku KIA

Disamping memperoleh KMS, maka kondisi pertumbuhan Balita juga dicatat dalam buku KIA, yang digunakan untuk memantau perkembangan balita, juga untuk memberikan catatan kondisi kesehatan balita tersebut. Tidak semua buku KIA disimpan di rumah, tetapi kadang-kadang juga disimpan di bidan di desa atau di kader Posyandu. Tabel 3.3.2.5.1 adalah sebaran kepemilikan buku KIA menurut Kabupaten/Kota dan tabel 3.3.2.5.2 menurut karakteristik responden.

Tabel 3.3.2.5.1
Sebaran Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Lombok Barat	17,0	49,3	33,7
Lombok Tengah	36,8	42,7	20,5
Lombok Timur	13,6	45,2	41,2
Sumbawa	7,3	39,7	53,1
Dompu	10,0	59,0	31,0
Bima	19,1	27,0	53,9
Sumbawa Barat	14,6	51,2	34,1
Kota Mataram	21,6	40,5	37,8
Kota Bima	10,6	46,8	42,6
Provinsi NTB	18,8	43,6	37,6

*)Catatan: 1 = Memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan
2 = Memiliki buku KIA, tidak dapat menunjukkan/disimpan oleh orang lain
3 = Tidak memiliki buku KIA

Pada tabel 3.3.2.5.1 terlihat kepemilikan Buku KIA yang tidak jauh berbeda dibanding KMS yaitu rata-rata di 9 kabupaten sebesar 18,8%, dengan cakupan yang bervariasi cukup tajam, terendah di Kabupaten Sumbawa (7,3%) dan tertinggi di Kabupaten Lombok Tengah (36,8%).

Tabel 3.3.2.5.2
Sebaran Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Kelompok Umur (Bulan)			
0-5	35,5	27,1	37,4
6-11	37,7	25,1	37,2
12-23	23,9	40,0	36,1
24-35	15,9	47,6	36,5
36-47	12,8	48,2	39,0
48-59	7,9	52,7	39,4
Jenis Kelamin			
Laki-laki	18,4	41,9	39,6
Perempuan	19,3	45,3	35,4
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	13,1	47,4	39,4
SD Tidak Tamat	17,9	37,3	44,7
SD Tamat	21,1	47,0	32,0
SMP Tamat	20,3	42,8	37,0
SLTA Tamat	20,6	44,9	34,5
SLTA+	18,0	41,0	41,0
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	22,4	44,7	32,9
Ibu Rumah Tangga	21,8	43,6	34,6
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	20,3	35,6	44,1
Wiraswasta/Pegawai Swasta	18,4	46,8	34,8
Petani/Buruh/Nelayan	18,0	44,2	37,7
Lainnya	24,5	32,4	43,1
Tempat Tinggal			
Kota	20,1	41,1	38,8
Desa	18,2	44,9	36,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	18,4	44,0	37,6
Kuintil-2	18,8	42,7	38,5
Kuintil-3	19,9	45,0	35,1
Kuintil-4	17,3	40,5	42,2
Kuintil-5	19,9	45,3	34,8

*) Catatan: 1 = Memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan
2 = Memiliki buku KIA, tidak dapat menunjukkan/disimpan oleh orang lain
3 = Tidak memiliki buku KIA

Tabel ini menunjukkan kepemilikan Buku KIA menurut karakteristik responden, tertinggi di umur 6-11 bulan (37.7%) dan menurun pada umur selanjutnya. Tetapi tidak banyak variasi kepemilikan Buku KIA menurut klasifikasi desa, Jenis Kelamin, pekerjaan Kepala Keluarga, dan kuintil pengeluaran rumah tangga.

3.3.3 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi

Dengan pemeriksaan kehamilan yang rutin dan memenuhi standar pelayanan minimal, dapat diketahui kehamilan risiko tinggi sehingga dapat dicegah kemungkinan kematian ibu dan bayi.

Berat badan bayi lahir merupakan indikator penting yang digunakan untuk mengukur tingkat risiko kesakitan dan kelangsungan hidup anak. Berat badan bayi lahir rendah kurang dari 2,5 kilogram atau ukuran berat lahir yang dinilai “kecil” (karena tidak ditimbang saat lahir) oleh ibu mempunyai risiko kematian bayi lebih tinggi.

Dalam Riskesdas 2007, dikumpulkan data tentang pemeriksaan kehamilan, jenis pemeriksaan kehamilan, ukuran bayi lahir, penimbangan bayi lahir, pemeriksaan neonatus pada ibu yang mempunyai bayi.

Pemeriksaan kesehatan pada bayi oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu dan bayinya dengan tujuan mengetahui tumbuh kembang bayi, pemberian imunisasi, penyuluhan kesehatan dan pemeriksaan kesehatan bayi. Pemeriksaan oleh tenaga kesehatan tersebut dapat dilakukan di rumah responden maupun di fasilitas kesehatan.

Pada bagian ini hanya informasi anggota rumah tangga umur 0-11 bulan. Informasi didapatkan dari ibu dari bayi yang menjadi sampel atau anggota rumah tangga yang mengetahui tentang riwayat kehamilan, kelahiran, dan informasi lainnya.

3.3.3.1 Ukuran Bayi Lahir

Ukuran bayi lahir dalam penelitian ini merupakan pendapat/persepsi ibu tentang ukuran bayi saat lahir, yang terdiri dari kecil, normal dan besar. Tabel 3.3.3.1.1 adalah sebaran ukuran bayi menurut kabupaten/kota dan tabel 3.3.3.1.2 adalah sebaran pendapat ibu tentang ukuran bayi saat lahir.

Tabel 3.3.3.1.1
Sebaran Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Ukuran Bayi Lahir Menurut Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Lombok Barat	20,5	63,6	15,9
Lombok Tengah	13,8	62,1	24,1
Lombok Timur	14,9	70,3	14,9
Sumbawa	5,9	88,2	5,9
Dompu	5,6	83,3	11,1
Bima	21,4	57,1	21,4
Sumbawa Barat	,0	80,0	20,0
Kota Mataram	11,1	83,3	5,6
Kota Bima	12,5	62,5	25,0
Provinsi NTB	14,3	68,6	17,1

*) 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 14.3% ibu mempunyai persepsi bahwa berat lahir bayinya kecil, 68.6% berat normal, dan 17.1% berat lahir bayinya besar. Persentase bayi lahir kecil menurut ibu terendah di Sumbawa Barat (0%) dan tertinggi di Kabupaten Bima (21,4%).

Tabel 3.3.3.1.2
Sebaran Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu dan Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Ukuran Bayi Lahir Menurut Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Kelompok Umur (Bulan)			
0-5	13,5	66,3	20,2
6-11	14,5	70,3	15,2
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	15,7	62,9	21,4
Perempuan	12,3	74,6	13,1
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	21,1	68,4	10,5
SD Tidak Tamat	22,2	61,1	16,7
SD Tamat	16,1	69,4	14,5
SMP Tamat	7,0	72,1	20,9
SLTA Tamat	9,4	75,0	15,6
SLTA+	12,0	60,0	28,0
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	27,8	66,7	5,6
Ibu Rumah Tangga	20,0	60,0	20,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	10,0	53,3	36,7
Wiraswasta/Pegawai Swasta	9,8	76,5	13,7
Petani/Buruh/Nelayan	15,4	69,9	14,7
Lainnya	17,6	58,8	23,5
Tempat Tinggal			
Kota	16,7	71,1	12,2
Desa	13,3	67,2	19,4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	15,5	70,4	14,1
Kuintil-2	6,1	81,6	12,2
Kuintil-3	18,5	59,3	22,2
Kuintil-4	14,3	69,6	16,1
Kuintil-5	17,1	58,5	24,4

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

Menurut karakteristik responden, terlihat bahwa persentase berat lahir kecil menurut ibu lebih tinggi di daerah Kota (16.7%) dibanding di daerah pedesaan, lebih banyak bayi laki-laki (15.7%) dibanding perempuan. Ada kecenderungan makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga, makin tinggi persentase bayi lahir kecil menurut ibu.

3.3.3.2 Cakupan Pemeriksaan Kehamilan

Tabel 3.3.3.2.1 dan 3.3.3.2.2 adalah persentase cakupan pemeriksaan kehamilan ibu yang mempunyai bayi menurut Kabupaten/Kota dan menurut Karakteristik responden, sedangkan jenis pelayanan pada pemeriksaan kehamilan menurut Kabupaten/Kota dan menurut karakteristik responden terlihat pada tabel 3.3.3.2.3 dan tabel 3.3.3.2.4.

Tabel 3.3.3.2.1
Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Periksa Hamil
Lombok Barat	93,2
Lombok Tengah	86,2
Lombok Timur	97,3
Sumbawa	94,1
Dompu	83,3
Bima	89,3
Sumbawa Barat	100,0
Kota Mataram	100,0
Kota Bima	100,0
Provinsi NTB	92,4

Tabel 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 memeriksakan kehamilannya (92.4%), terendah di Kabupaten Dompu (83.3%) dan tertinggi di Sumbawa Barat, Kota Mataram dan Kota Bima masing-masing 100%.

Tabel 3.3.3.2.2
Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Periksa Hamil
Kelompok Umur (Bulan)	
0-5	92,3
6-11	92,2
Jenis Kelamin	
Laki-laki	93,6
Perempuan	91,5
Pendidikan KK	
Tidak Sekolah	94,7
SD Tidak Tamat	87,0
SD Tamat	93,5
SMP Tamat	95,3
SLTA Tamat	92,2
SLTA+	96,0
Pekerjaan KK	
Tidak Bekerja	88,2
Ibu Rumah Tangga	80,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	100,0
Wiraswasta/Pegawai Swasta	96,1
Kabupaten/Kota	90,2
Lainnya	94,1
Tempat Tinggal	
Kota	97,8
Desa	89,9
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil-1	85,9
Kuintil-2	98,0
Kuintil-3	94,4
Kuintil-4	87,5
Kuintil-5	100,0

Cakupan tersebut juga bervariasi antar karakteristik yaitu lebih tinggi di daerah Kota dan sedikit lebih tinggi pada bayi laki-laki dibandingkan bayi perempuan. Ada kecenderungan makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga dan makin tinggi status sosial ekonomi keluarga, makin tinggi persentase cakupan periksa hamil.

Tabel 3.3.3.2.3
Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Lombok Barat	75,6	95,9	89,5	97,4	100,0	100,0	50,0	41,5
Lombok Tengah	75,5	100,0	93,9	96,0	90,0	100,0	31,3	62,0
Lombok Timur	65,3	97,6	87,1	95,6	95,4	90,3	39,3	35,5
Sumbawa	68,8	100,0	81,3	93,3	68,8	87,5	37,5	37,5
Dompu	78,6	100,0	86,7	92,9	92,9	93,3	53,8	46,2
Bima	78,3	92,9	91,7	95,8	91,7	91,7	43,5	39,1
Sumbawa Barat	50,0	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	60,0	25,0
Kota Mataram	72,2	100,0	100,0	100,0	94,7	94,7	55,6	58,8
Kota Bima	62,5	88,9	100,0	75,0	75,0	87,5	50,0	37,5
Provinsi NTB	71,3	97,9	90,2	95,4	91,8	94,5	42,7	45,7

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

Pada Tabel ini ditanyakan pada responden 8 jenis pemeriksaan kehamilan. Secara keseluruhan, dari 8 pemeriksaan tersebut, persentase terendah pada pemeriksaan kadar hemoglobin (42,7%) dan tertinggi pada pemberian tablet Fe (95,4%).

Tabel 3.3.3.2.4
Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesmas 2007

Karakteristik	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Kelompok Umur (Bulan)								
0-5	69,5	97,9	88,0	94,4	94,5	92,6	42,7	52,8
6-11	72,5	98,0	92,1	96,0	90,0	96,1	42,7	45,5
Jenis Kelamin								
Laki-laki	72,9	100,0	92,1	95,9	90,3	94,6	40,4	43,4
Perempuan	69,5	95,8	88,8	94,1	94,0	94,1	45,0	47,4
Pendidikan KK								
Tidak Sekolah	72,2	100	100	100	100	100	33,3	38,9
SD Tidak Tamat	60,9	91,7	93,3	97,8	92,7	97,8	37,8	39,0
SD Tamat	64,9	97,3	89,5	96,4	89,5	94,7	36,4	43,1
SMP Tamat	68,3	95,7	78,0	92,5	85,7	83,3	37,8	38,9
SLTA Tamat	77,6	98,5	91,4	91,1	92,9	96,6	46,3	45,6
SLTA+	92,0	100	100	100	100	100	70,8	70,8
Pekerjaan KK								
Tidak Bekerja	73,3	100	80,0	87,5	87,5	80,0	26,7	62,5
Ibu Rumah Tangga	62,5	100	100	100	100	100	0	22,2
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	96,7	93,3	100	100	100	100	66,7	69,0
Wiraswasta/Pegawai Swasta	67,3	100	91,7	93,8	89,8	95,9	37,8	32,6
Kabupaten/Kota	63,8	97,7	87,7	95,1	90,9	93,7	41,2	41,2
Lainnya	93,8	100	100	100	93,3	100	63,6	66,7
Tempat Tinggal								
Kota	69,3	100,0	95,2	97,7	95,5	95,5	50,6	53,1
Desa	73,0	96,9	87,4	94,1	90,1	93,8	37,9	41,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita								
Kuintil-1	57,4	100,0	93,3	96,5	93,3	96,7	48,1	38,6
Kuintil-2	77,1	95,8	87,2	93,9	91,3	97,9	36,2	36,2
Kuintil-3	68,6	100,0	90,0	97,9	87,8	94,1	45,5	46,9
Kuintil-4	76,6	97,9	89,6	89,4	91,3	89,6	37,8	40,5
Kuintil-5	82,5	95,0	92,3	95,0	95,0	95,0	47,2	69,2

*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

Tidak tampak pola tertentu pada jenis pemeriksaan kehamilan menurut karakteristik responden. Menurut kelompok umur, Jenis Kelamin, pendidikan dan pekerjaan kepala keluarga, tempat tinggal serta Tingkat pengeluaran per kapita memiliki persentase yang tidak jauh berbeda.

3.3.3.3 Cakupan Pemeriksaan Neonatus

Pemeriksaan kesehatan pada bayi oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu dan bayinya dengan tujuan mengetahui tumbuh kembang bayi, pemberiam imunisasi, penyuluhan kesehatan dan pemeriksaan kesehatan bayi. Pemeriksaan oleh tenaga kesehatan tersebut dapat dilakukan di rumah responden maupun di fasilitas kesehatan, di mana minimal bayi umur 0-7 hari diperiksa 1 kali (KN1) demikian pula pada bayi umur 8-28 hari minimal diperiksa 1 kali (KN2). Tabel 3.3.3.3.1 dan tabel 3.3.3.3.2 adalah cakupan pemeriksaan neonatus menurut Kabupaten/Kota dan menurut Karakteristik responden.

Tabel 3.3.3.3.1
Cakupan Pemeriksaan Neonatus Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Neonatus	
	Umur 0-7 Hari	Umur 8-28 Hari
Lombok Barat	61,4	34,1
Lombok Tengah	59,6	16,4
Lombok Timur	62,0	43,3
Sumbawa	44,4	41,2
Dompu	50,0	38,9
Bima	57,1	35,7
Sumbawa Barat	60,0	40,0
Kota Mataram	52,6	31,6
Kota Bima	50,0	50,0
Provinsi NTB	58,0	33,9

Cakupan pemeriksaan neonatus di provinsi NTB pada kelompok umur 0-7 hari yaitu 58,0%, sedikit lebih tinggi dari angka nasional (57,6%). Cakupan umumnya lebih rendah pada umur selanjutnya. Secara umum setiap kabupaten memiliki persentase yang tidak jauh berbeda, tertinggi di Lombok Barat, terendah di Kabupaten Sumbawa.

Tabel 3.3.3.3.2
Cakupan Pemeriksaan Neonatus Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan Neonatus	
	Umur 0-7 Hari	Umur 8-28 Hari
Kelompok Umur (Bulan)		
0-5	68,6	42,4
6-11	50,9	29,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	60,0	34,3
Perempuan	55,9	33,9
Pendidikan KK		
Tidak Sekolah	42,1	21,1
SD Tidak Tamat	62,3	30,8
SD Tamat	58,1	23,3
SMP Tamat	58,1	39,0
SLTA Tamat	51,6	39,3
SLTA+	72,0	60,0
Pekerjaan KK		
Tidak Bekerja	76,5	23,5
Ibu Rumah Tangga	70,0	20,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	70,0	63,3
Wiraswasta/Pegawai Swasta	54,9	36,5
Kabupaten/Kota	55,7	27,1
Lainnya	37,5	50,0
Tempat Tinggal		
Kota	48,3	44,2
Desa	62,8	29,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	58,6	26,9
Kuintil-2	57,1	21,3
Kuintil-3	52,9	19,2
Kuintil-4	54,5	44,6
Kuintil-5	67,5	66,7

Menurut karakteristik responden, umumnya pemeriksaan neonatus lebih tinggi pada bayi laki-laki, tertinggi pada pendidikan kepala keluarga tamat SLTA+, dan jenis pekerjaan PNS/Polri/TNI/BUMN. Untuk karakteristik tempat tinggal tidak banyak perbedaan, sedangkan Tingkat pengeluaran per kapita, tertinggi pada kelompok kuintil-5.

3.4 Penyakit Menular

Penyakit menular yang diteliti dalam riskesdas meliputi malaria, filaria, DBD, ISPA, pneumonia, TBC, campak, tifoid, hepatitis, dan diare yang dikaji prevalensinya, baik menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik respondennya.

3.4.1 Prevalensi Malaria, Filaria dan DBD

Sampai saat ini, filariasis, demam berdarah dengue (DBD) dan malaria merupakan penyakit tular vektor yang menjadi prioritas dalam program pengendalian penyakit menular, baik di Indonesia maupun di dunia. Filariasis merupakan penyakit kronis yang tidak menimbulkan kematian, tetapi menyebabkan kecacatan, antara lain: kaki gajah dan pembesaran kantong buah zakar (scrotum). Tabel 3.4.1.1 adalah prevalensi filariasis, demam berdarah dengue, malaria dan pemakaian obat program malaria menurut kabupaten/kota, sedangkan tabel 3.4.1.2 menurut karakteristik responden.

Tabel 3.4.1.1
Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian
Obat Program Malaria Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Filariasis		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Lombok Barat	0,05	0,10	0,1	0,5	0,9	1,9	44,7
Lombok Tengah	0,05	0,12	0,1	0,9	1,0	2,4	29,3
Lombok Timur	0,00	0,00	0,1	0,3	1,3	2,1	55,0
Sumbawa	0,00	0,00	0,1	0,1	5,2	6,8	63,3
Dompu	0,10	0,19	0,2	1,2	5,3	9,4	39,2
Bima	0,10	0,24	0,6	6,5	5,9	9,6	40,8
Sumbawa Barat	0,00	0,00	0,4	0,8	2,3	3,1	73,3
Kota Mataram	0,00	0,11	0,3	0,3	0,8	1,3	65,2
Kota Bima	0,00	0,16	0,2	1,3	4,0	6,5	65,9
Provinsi NTB	0,03	0,09	0,2	1,1	2,2	3,7	48,1

Dalam 12 bulan terakhir, di NTB filariasis klinis terdeteksi dengan prevalensi yang sangat rendah. Namun ada 6 Kabupaten/kota yang prevalensinya lebih tinggi dari prevalensi filariasis di Provinsi NTB secara keseluruhan. Angka tersebut sama dengan rerata nasional yang sebesar 0,1%.

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, DBD klinis dapat dideteksi di hampir semua Kabupaten/kota di Provinsi NTB (rentang prevalensi 0,1-6,6%, dan tertinggi di Kabupaten Bima. Hal ini tidak mengherankan karena penyebaran DBD kini tidak terbatas di kota besar saja, melainkan sudah meluas ke wilayah rural. Program promosi kesehatan juga secara intensif memberikan penerangan kepada masyarakat tentang pencegahan penyakit ini (3M) sehingga kewaspadaan dan deteksi dini penyakit ini menjadi lebih baik. Kejadian DBD sangat dipengaruhi oleh musim, umumnya meningkat di awal musim penghujan, dan dapat bersifat fatal bila tidak segera ditangani dengan baik. Jika dibandingkan dengan prevalensi nasional yang sebesar 0,6%, maka angka prevalensi DBD di NTB di atas rata-rata nasional.

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi NTB dijumpai sebesar 3,7%. Penyakit ini dapat bersifat akut dan kronis (kambuhan). Prevalensi malaria yang tinggi dijumpai di Kabupaten Bima, Dompu dan Sumbawa. Angka tersebut masih lebih rendah dari rerata nasional yang sebesar 8,4%

Dalam Riskesdas ini, juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria klinis dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Tampak bahwa di 3 Kabupaten dengan prevalensi malaria tertinggi di atas, terdapat 2 kabupaten yang persentase orang yang minum obat program masih di bawah 50%. Kemungkinan hal ini disebabkan penderita malaria klinis hanya mendapatkan pengobatan simptomatik saja. Data nasional menyebutkan yang minum obat program ini sebesar 16,2%. Selanjutnya pada tabel 3.4.1.2 merupakan Prevalensi Malaria, Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden.

Tabel 3.4.1.2
Prevalensi Malaria, Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Pemakaian
Obat Program Malaria Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskeddas 2007

Karakteristik	Filariasis		DBD		Malaria		O
	D	DG	D	DG	D	DG	
Kelompok Umur (Tahun)							
<1	0,00	0,00	0,3	0,5	0,0	0,3	100
1-4	0,00	0,00	0,1	0,3	1,4	2,2	60,0
5-14	0,04	0,08	0,3	1,1	1,7	2,9	44,9
15-24	0,00	0,00	0,1	1,2	2,0	3,5	41,5
25-34	0,00	0,06	0,3	1,0	3,0	4,5	54,8
35-44	0,11	0,30	0,1	1,0	3,1	4,9	49,2
45-54	0,00	0,00	0,3	1,6	2,7	4,2	53,4
55-64	0,15	0,15	0,1	1,5	2,2	3,8	46,2
65-74	0,00	0,27	0,0	1,3	1,9	4,0	36,7
>75	0,00	0,00	0,0	1,3	2,6	7,3	34,5
Jenis Kelamin							
Laki-laki	0,05	0,11	0,2	0,7	2,5	4,2	51,7
Perempuan	0,03	0,07	0,2	1,3	1,9	3,3	44,1
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0,07	0,15	0,1	1,4	1,8	4,0	30,0
Tidak Tamat SD	0,08	0,16	0,3	1,2	2,8	4,6	53,5
Tamat SD	0,00	0,07	0,1	1,2	1,9	3,6	45,9
Tamat SMP	0,04	0,07	0,2	1,2	3,0	4,4	52,4
Tamat SMA	0,04	0,04	0,2	1,3	2,7	4,1	48,0
Tamat SMA+	0,00	0,14	0,3	1,0	2,0	2,7	57,9
Pekerjaan							
Tidak Kerja	0,00	0,09	0,1	1,8	2,5	5,1	34,9
Sekolah	0,06	0,12	0,3	1,1	1,5	2,9	42,3
Ibu RT	0,00	0,04	0,1	1,2	2,2	3,7	49,6
Pegawai	0,00	0,20	0,4	1,4	2,8	3,8	63,2
Wiraswasta	0,00	0,00	0,1	0,6	2,2	3,5	57,4
Petani/Nelayan/Buruh	0,09	0,16	0,2	1,4	3,0	4,8	48,3
Lainnya	0,00	0,00	0,0	0,4	2,2	4,0	50,0
Tempat Tinggal							
Kota	0,04	0,06	0,2	0,7	1,8	2,9	59,4
Desa	0,04	0,11	0,2	1,3	2,5	4,2	43,2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	0,02	0,07	0,2	1,1	2,1	3,6	38,3
Kuintil-2	0,09	0,12	0,2	1,1	2,0	3,7	43,2
Kuintil-3	0,00	0,05	0,1	0,8	2,7	4,5	56,5
Kuintil-4	0,02	0,16	0,2	1,4	2,0	3,5	48,3
Kuintil-5	0,05	0,05	0,2	1,1	2,2	3,3	51,8

Karakteristik responden yang menderita penyakit tular vektor di atas berbeda-beda. Dalam Riskesdas 2007 ini, DBD terutama dijumpai pada kelompok dewasa. Sedangkan malaria tersebar di semua kelompok umur dan terutama di kelompok usia produktif.

Tidak ada perbedaan mencolok pada Jenis Kelamin penderita filariasis, DBD dan malaria. Sangat menarik untuk melihat bahwa DBD dan malaria dijumpai lebih banyak pada kelompok responden berpendidikan rendah dan Tidak Bekerja. DBD dan malaria juga lebih banyak dijumpai pada responden yang tinggal di wilayah desa daripada kota, namun penduduk kota lebih tinggi kesadarannya untuk minum obat. Tingkat pengeluaran per kapita tampaknya tidak banyak berpengaruh pada prevalensi penyakit-penyakit ini.

3.4.2 Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC dan Campak

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) tersebar di seluruh Provinsi Nusa Tenggara Barat dengan rentang persentase yang sangat bervariasi. Kasus ISPA yang berlarut-larut akan menjadi Pneumonia. Tabel 3.4.2.1 dan tabel 3.4.2.2 menggambarkan prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC dan Campak menurut Kabupaten/Kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.4.2.1
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	ISPA		Pneumonia		TBC		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Lombok Barat	5,0	30,1	0,6	1,9	0,4	1,4	0,5	1,3
Lombok Tengah	3,4	28,6	0,6	2,8	0,6	1,5	0,7	1,9
Lombok Timur	2,5	17,6	0,2	1,4	0,3	0,7	0,1	0,8
Sumbawa	6,9	32,6	0,2	0,5	0,1	0,3	0,0	0,1
Dompu	11,4	34,8	1,8	7,8	1,0	1,9	3,2	4,8
Bima	11,4	34,5	0,9	5,8	0,7	1,5	1,3	6,9
Sumbawa Barat	12,6	19,7	1,0	1,5	0,4	0,6	1,0	1,3
Kota Mataram	3,8	14,5	0,5	0,8	0,3	0,4	0,1	0,1
Kota Bima	10,7	42,8	3,2	7,6	0,4	1,4	0,5	2,1
Provinsi NTB	5,4	26,5	0,6	2,5	0,4	1,1	0,6	1,8

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) tersebar di seluruh Provinsi NTB dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (14,5-42,8%). Prevalensi di atas 30% ditemukan di 4 Kabupaten/Kota, yaitu : Kabupaten Sumbawa, Bima, Dompu dan Kota Bima. Secara umum, di Provinsi Nusa Tenggara Barat rasio prevalensi Pneumonia sebulan terakhir adalah 2,5%. Prevalensi Pneumonia yang relatif tinggi dijumpai di kabupaten Dompu dan Kab. Bima. Hal ini sangat tergantung dari tingkat kesadaran ibu untuk mengenali kasus ISPA pada anaknya dan membawanya segera ke fasilitas pengobatan, dan tergantung pada kemampuan fasilitas kesehatan tersebut, sehingga kejadian Pneumonia dapat dicegah.

Di provinsi ini TB terdeteksi dengan prevalensi 1,1% tersebar di seluruh Kabupaten/Kota. Prevalensi tertinggi di Kabupaten Dompu (1,9), terendah di Kabupaten Sumbawa.

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan termasuk dalam program imunisasi nasional. Di Provinsi NTB, dalam 12 bulan terakhir penyakit ini masih terdeteksi dengan prevalensi 1,8%. Beberapa Kabupaten/Kota prevalensinya di atas rata-rata provinsi yaitu di Kabupaten Bima, Dompu, Kota Bima dan Kabupaten Lombok Tengah.

Tabel 3.4.2.2
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak Menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskedas 2007

Karakteristik	ISPA		Pneumonia		TBC		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Kelompok Umur (Tahun)								
<1	11,1	39,0	1,1	2,7	0,0	0,3	1,9	3,5
1-4	9,6	40,6	0,9	3,5	0,1	0,2	2,1	3,5
5-14	5,9	27,8	0,6	2,2	0,1	0,5	0,9	2,2
15-24	3,1	19,2	0,3	1,6	0,2	0,6	0,2	1,1
25-34	4,4	21,9	0,5	1,8	0,5	0,9	0,2	1,0
35-44	4,3	22,6	0,5	2,2	1,1	1,8	0,3	1,6
45-54	4,9	27,0	0,7	3,8	0,5	1,4	0,2	1,5
55-64	6,7	31,1	1,2	3,2	0,8	2,8	0,5	1,8
65-74	7,7	33,0	1,6	4,5	0,9	2,7	0,3	2,1
>75	7,8	36,6	1,6	7,3	0,8	2,9	0,8	2,3
Jenis Kelamin								
Laki-laki	5,6	26,5	0,6	2,5	0,5	1,1	0,6	1,8
Perempuan	5,3	26,4	0,6	2,5	0,4	1,0	0,6	1,7
Pendidikan								
Tidak Sekolah	4,6	29,3	0,9	4,4	0,8	3,0	0,5	1,8
Tidak Tamat SD	5,1	26,4	0,6	2,4	0,5	1,3	0,4	1,8
Tamat SD	4,5	23,0	0,4	1,7	0,4	0,8	0,3	1,3
Tamat SMP	4,2	21,8	0,6	2,1	0,5	1,1	0,3	1,2
Tamat SMA	4,8	19,6	0,6	2,1	0,3	0,4	0,1	1,2
Tamat SMA+	4,3	15,9	0,4	1,3	0,3	0,4	0,0	1,0
Pekerjaan								
Tidak Kerja	5,4	25,5	0,9	3,3	0,7	1,9	0,5	1,6
Sekolah	3,9	21,8	0,4	1,8	0,1	0,6	0,4	1,4
Ibu RT	4,6	23,0	0,6	2,0	0,4	1,0	0,1	1,2
Pegawai	4,7	17,3	0,1	1,3	0,4	0,5	0,1	1,1
Wiraswasta	4,5	22,2	0,7	1,9	0,5	0,7	0,1	0,9
Petani/Nelayan/Buruh	4,8	26,4	0,5	2,9	0,8	1,7	0,4	1,9
Lainnya	4,4	24,0	0,9	2,2	0,4	1,6	0,2	0,2
Tempat Tinggal								
Kota	5,4	24,2	0,6	2,1	0,3	0,8	0,4	1,0
Desa	5,4	27,8	0,6	2,8	0,5	1,2	0,7	2,2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita								
Kuintil-1	4,5	27,2	0,6	2,6	0,3	0,9	0,6	1,7
Kuintil-2	5,1	25,9	0,6	3,0	0,3	1,0	0,6	2,1
Kuintil-3	5,5	28,8	0,7	2,5	0,7	1,3	0,4	1,3
Kuintil-4	6,1	26,9	0,5	2,4	0,6	1,3	0,6	2,1
Kuintil-5	5,8	23,7	0,7	2,2	0,3	0,7	0,7	1,7

Memperhatikan karakteristik umur responden, tampak bahwa ISPA merupakan penyakit yang terutama diderita oleh bayi dan balita, serta meningkat lagi pada usia >75 tahun. Pola sebaran Pnemonia menurut kelompok umur tidak sama dengan pola sebaran ISPA. Prevalensi Pnemonia relatif tinggi pada kelompok umur tua (65 tahun ke atas) yang 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 kelompok bayi dan balita.

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, desa secara konsisten menunjukkan prevalensi penyakit yang relatif lebih tinggi dari kota. Demikian juga Rumah Tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita yang rendah cenderung mempunyai prevalensi penyakit ISPA, Pnemonia, TB dan Campak yang lebih tinggi. Jenis pekerjaan tidak menunjukkan pola tertentu terhadap kejadian ke empat penyakit ini.

3.4.3 Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare

Penyakit menular lain yang menjadi bagian dari riset ini adalah Tifoid, Hepatitis dan Diare. Tabel 3.4.3.1 dan tabel 3.4.3.2 adalah prevalensi tifoid, hepatitis dan diare menurut Kabupaten/Kota dan menurut Karakteristik responden.

Tabel 3.4.3.1
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Lombok Barat	1,2	2,6	0,2	0,5	12,0	18,9	49,5
Lombok Tengah	0,7	1,5	0,4	0,8	7,6	13,1	56,5
Lombok Timur	1,2	1,6	0,2	0,6	4,0	7,6	42,2
Sumbawa	0,6	1,4	0,0	0,0	7,4	14,6	49,2
Dompu	0,8	2,7	0,4	0,9	12,0	19,3	53,0
Bima	0,6	3,5	0,2	3,4	13,7	17,6	50,1
Sumbawa Barat	0,8	1,0	0,2	0,4	9,2	10,5	66,0
Kota Mataram	0,3	0,8	0,1	0,1	3,2	5,6	57,6
Kota Bima	0,5	2,4	0,2	1,1	10,2	18,6	53,4
Provinsi NTB	0,9	1,9	0,2	0,8	8,1	13,2	50,8

Tifoid, hepatitis dan diare adalah penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui makanan dan minuman. Dalam 12 bulan terakhir, tifoid klinis dapat dideteksi di Provinsi NTB dengan prevalensi 1,9%, dan tersebar di seluruh kabupaten/kota. Prevalensi tifoid tertinggi didapatkan di Kota Bima (3,5%) Prevalensi hepatitis tertinggi ditemukan di Kabupaten Bima yakni sebesar 3,4% dibandingkan dengan prevalensi Provinsi NTB yang hanya 0,8%.

Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi NTB merata di seluruh kabupaten/kota. Prevalensi di provinsi ini sebesar 13,2%, tertinggi ditemukan di Kabupaten Dompu (19,3%). Hampir semua kabupaten/kota mempunyai prevalensi diare di atas 10%, kecuali Kota Mataram dan Lombok Timur. Hal ini sebanding dengan pemakaian oralitnya (>50%) Cukup menarik untuk diperhatikan bahwa Kota Mataram dengan prevalensi diare rendah, pemakaian oralitnya cukup tinggi.

Tabel 3.4.3.2
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tifoid		Hepatitis		Diare		O
	D	DG	D	DG	D	DG	
Kelompok Umur (Tahun)							
<1	0,3	0,5	0,0	0,0	12,5	20,2	53,9
1-4	0,8	2,1	0,1	0,2	16,7	23,8	62,0
5-14	1,3	2,4	0,0	0,4	7,9	12,8	53,4
15-24	0,6	1,5	0,3	1,0	5,8	10,4	47,0
25-34	1,0	1,8	0,3	0,9	6,9	12,2	47,6
35-44	0,9	2,0	0,3	0,9	6,2	11,2	45,4
45-54	0,7	2,2	0,4	1,5	7,5	11,4	48,7
55-64	0,7	2,0	0,0	0,9	8,5	13,1	50,3
65-74	0,3	1,3	0,4	1,1	9,1	13,7	45,2
>75	1,0	1,6	0,0	1,3	9,7	20,1	39,0
Jenis Kelamin							
Laki-laki	0,9	2,0	0,4	0,9	7,6	12,5	49,6
Perempuan	0,8	1,9	0,1	0,7	8,4	13,8	51,9
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0,7	2,2	0,3	1,3	6,9	12,4	45,2
Tidak Tamat SD	1,0	2,2	0,1	0,5	7,9	13,1	47,6
Tamat SD	0,7	1,9	0,3	0,9	6,7	11,2	49,3
Tamat SMP	0,9	1,7	0,3	1,0	6,7	11,7	46,5
Tamat SMA	0,7	1,6	0,4	1,1	6,6	10,9	45,1
Tamat SMA+	1,3	1,6	0,1	1,3	4,4	7,0	55,1
Pekerjaan							
Tidak Kerja	0,9	1,9	0,2	1,0	7,9	13,3	39,9
Sekolah	1,1	2,3	0,2	0,6	6,3	10,4	52,5
Ibu RT	0,7	1,8	0,0	0,6	7,7	13,1	49,8
Pegawai	1,1	1,7	0,2	1,4	4,5	7,6	55,4
Wiraswasta	1,2	2,1	0,0	0,4	5,3	9,7	46,7
Petani/Nelayan/Buruh	0,6	1,9	0,5	1,4	7,3	12,5	45,0
Lainnya	0,4	0,7	0,4	0,6	8,4	12,3	50,0
Tempat Tinggal							
Kota	0,9	1,9	0,1	0,4	7,5	12,3	51,3
Desa	0,8	2,0	0,3	1,0	8,4	13,7	50,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	0,9	1,8	0,2	0,8	8,0	14,2	46,79
Kuintil-2	0,6	1,6	0,1	0,6	7,8	13,3	46,07
Kuintil-3	0,7	2,0	0,2	0,5	8,1	12,9	56,94
Kuintil-4	1,1	2,2	0,4	1,2	8,7	13,6	50,69
Kuintil-5	1,1	2,0	0,2	0,8	7,6	11,9	55,14

Tifoid terutama ditemukan pada kelompok umur usia-sekolah, sedangkan diare pada kelompok bayi, balita dan usia sekolah. Jenis Kelamin tidak mempengaruhi prevalensi ke tiga penyakit ini. Kelompok yang berpendidikan rendah umumnya cenderung memiliki prevalensi lebih tinggi, kecuali untuk penyakit hepatitis yang tampaknya merata. 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 dan dijumpai pada kelompok 'sekolah' dan Tidak Bekerja, konsisten dengan data pada kelompok umur. Dari sudut tempat tinggal, tifoid, hepatitis dan diare terutama dijumpai di daerah Desa. 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

Penyakit Tidak Menular dalam Riskesdas meliputi penyakit tidak menular utama dan gangguan mental emosional.

3.5.1 Penyakit Tidak Menular Utama

Dalam Riskesdas, penyakit tidak menular utama meliputi penyakit sendi, hipertensi, stroke, asma, jantung, diabetes, tumor dan penyakit keturunan.

3.5.1.1 Penyakit Sendi, Hipertensi dan Stroke

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 ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Tabel 3.51.1.1 dan 3.51.1.2 adalah prevalensi penyakit persendian, hipertensi dan stroke menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.51.1.1
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Lombok Barat	18,0	44,8	5,6	6,1	32,3	4,1	10,4
Lombok Tengah	12,9	37,1	9,2	9,4	39,8	8,6	10,0
Lombok Timur	14,9	32,4	6,3	6,3	36,9	9,4	16,8
Sumbawa	14,2	32,5	4,6	5,7	27,0	6,7	15,7
Dompu	16,0	30,2	5,5	6,6	18,4	4,7	14,1
Bima	21,9	30,8	6,8	7,1	23,2	11,1	17,1
Sumbawa Barat	22,2	26,8	6,7	7,0	26,2	9,1	12,2
Kota Mataram	6,3	13,5	4,0	4,3	29,3	3,1	3,1
Kota Bima	11,9	31,3	4,6	5,0	29,0	6,8	9,1
Provinsi NTB	15,1	33,6	6,4	6,7	32,4	7,3	12,5

Catatan: D = Diagnosa oleh Nakes

O = Minum obat

U = Hasil Pengukuran

D/G = Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala

*) Penyakit, Persendian dan stroke dinilai pada penduduk umur > 15 tahun, dan >18 tahun untuk hipertensi

Tabel ini menunjukkan, 33,6% penduduk NTB mengalami gangguan persendian, dan angka ini lebih tinggi dari prevalensi Nasional yaitu 30,3%. Sementara prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan mendekati angka Nasional yaitu 15,1%. Gangguan pada persendian ini tertinggi dijumpai di Kabupaten Lombok Barat dan terendah di Kota Mataram (13,5%).

Pada tabel di atas juga dapat dilihat bahwa prevalensi hipertensi di NTB berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 32,4% dan lebih tinggi dari angka Nasional (31,7%), sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi prevalensinya adalah 6,7%. Prevalensi tertinggi hipertensi menurut diagnosis dan riwayat pengobatan ditemukan di Kabupaten Lombok Tengah sedangkan terendah di Kota Mataram. Menarik untuk diperhatikan bahwa angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di NTB, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Lombok Timur dan Lombok Tengah.

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke Nasional adalah 8,3‰. Kabupaten Bima, Lombok Timur dan Sumbawa mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya, baik berdasarkan diagnosis maupun gejala. Angka ini berada jauh di atas angka Nasional.

Tabel 3.5.1.1.2
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Umur (Tahun)							
15-24	2,3	8,3	0,8	1,0	13,8	0,0	0,3
25-34	8,8	23,3	1,9	2,0	18,2	4,0	7,4
35-44	15,9	37,4	5,6	6,2	30,0	4,5	8,3
45-54	24,2	51,4	11,1	11,8	43,1	7,6	14,8
55-64	33,0	63,5	13,6	14,3	57,9	16,0	27,0
65-74	35,2	69,2	21,3	22,0	67,3	26,5	46,4
75+	36,6	74,9	22,7	22,7	69,4	57,1	75,3
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	13,5	31,2	5,3	5,5	32,4	7,3	12,4
Perempuan	16,3	35,5	7,2	7,7	32,4	7,2	12,6
Pendidikan							
Tidak Sekolah	26,4	59,1	12,3	13,0	51,9	16,1	26,9
Tidak Tamat SD	19,6	44,0	7,8	8,1	38,5	8,6	15,6
Tamat SD	14,0	30,6	5,2	5,5	28,4	3,9	9,1
Tamat SMP	8,4	18,6	3,4	3,5	23,7	3,7	4,4
Tamat SMA	8,0	19,1	3,2	3,6	18,6	4,6	6,6
PT	9,8	19,6	5,4	6,3	24,1	8,5	12,8
Pekerjaan							
Tidak Kerja	18,1	36,5	10,1	10,4	42,1	19,4	27,7
Sekolah	3,1	6,7	1,0	1,3	13,5	0,0	0,0
Ibu RT	16,1	35,4	7,6	8,0	29,0	7,5	12,5
Pegawai	8,4	19,8	5,5	6,4	27,3	6,2	10,3
Wiraswasta	15,7	34,4	6,2	6,5	31,9	2,3	9,9
Petani/Nelayan/Buruh	17,6	41,0	6,1	6,4	34,4	7,4	12,2
Lainnya	15,1	33,8	6,9	7,1	29,6	1,9	11,1
Tipe Daerah							
Perkotaan	13,8	30,3	6,2	6,6	32,0	8,3	16,3
Pedesaan	15,8	35,6	6,4	6,8	32,7	6,6	10,2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	13,2	32,5	4,9	5,1	31,5	8,1	13,7
Kuintil-2	15,8	35,2	5,0	5,3	32,2	8,1	13,9
Kuintil-3	15,9	34,4	5,8	6,0	33,0	8,6	11,0
Kuintil-4	15,2	33,9	7,4	8,0	32,0	5,9	12,0
Kuintil-5	14,8	31,9	8,0	8,6	33,1	8,0	11,8

*) Penyakit hipertensi dinilai pada penduduk umur ≥ 18 tahun

Menurut karakteristik responden dapat dilihat bahwa berdasarkan umur, prevalensi penyakit sendi, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur. Menurut Jenis Kelamin, prevalensi penyakit sendi lebih tinggi pada wanita. Sementara pola prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis maupun riwayat minum obat ditemukan lebih tinggi pada wanita sedangkan menurut pengukuran tidak berbeda. Untuk pola prevalensi stroke menurut Jenis Kelamin juga nampak tidak ada perbedaan yang berarti.

Prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah. Namun untuk hipertensi dan stroke nampak sedikit meningkat kembali pada tingkat pendidikan Tamat PT. Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi, hipertensi dan stroke umumnya tinggi pada kelompok Tidak Bekerja. Berdasarkan status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita, prevalensi penyakit ketiga penyakit tersebut cenderung tidak menunjukkan pola tertentu.

3.5.1.2 Penyakit Asma, Jantung, Diabetes dan Tumor

Di samping penyakit-penyakit tersebut di atas, di dalam Riskesdas juga menanyakan tentang prevalensi asma, jantung, diabetes dan tumor yang ditinjau menurut Kabupaten/Kota (tabel 3.5.1.2.1) dan menurut karakteristik responden (tabel 3.5.1.2.2).

Tabel 3.5.1.2.1
Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Lombok Barat	3,2	5,7	0,8	13,6	0,6	1,5	3,8
Lombok Tengah	3,2	7,2	0,9	12,4	0,6	1,0	4,4
Lombok Timur	2,4	5,4	0,4	7,3	0,8	1,8	1,5
Sumbawa	2,2	3,7	0,3	2,8	0,4	0,5	1,5
Dompu	2,3	6,6	0,8	8,8	1,1	1,3	2,9
Bima	4,2	5,5	2,1	14,5	1,2	5,9	1,5
Sumbawa Barat	2,4	2,7	0,6	2,7	0,6	0,9	2,1
Kota Mataram	1,5	1,8	1,1	3,2	1,5	1,8	4,5
Kota Bima	3,0	5,3	0,5	4,6	1,1	2,1	1,6
Provinsi NTB	2,8	5,3	0,8	9,2	0,8	1,8	2,8

Catatan: D = Diagnosa oleh Nakes

O = Minum obat

G = Dengan gejala

U = Hasil Pengukuran

D/G = Di diagnosis oleh nakes atau dengan 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,

Prevalensi penyakit asma di provinsi NTB sebesar 5,3% (kisaran: 1,8-7,2%), tertinggi di Lombok Tengah, terendah di Kota Mataram. Kondisi tersebut termasuk tinggi dibandingkan dengan prevalensi penyakit asma secara nasional yang sebesar 3,5%

Prevalensi penyakit jantung di NTB sebesar 9,2% (kisaran 2,7-14,5%), tertinggi di Kabupaten Bima dan jauh lebih tinggi dari angka nasional (7,2%). Prevalensi penyakit jantung tinggi ada di Kabupaten Bima, Lombok Barat dan Lombok Tengah

Untuk penyakit diabetes, prevalensi sebesar 1,8% (kisaran 0,1-5,9%), tertinggi di Kabupaten Bima dan terdapat di semua kabupaten/kota. Angka tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi penyakit diabetes secara Nasional yang sebesar 1,1% Prevalensi penyakit tumor/kanker sebesar 2,8‰ tertinggi di Kota Mataram, sedangkan angka Nasional sebesar 4,3‰.

Prevalensi penyakit yang didapat belum mencerminkan prevalensi yang sebenarnya yang mungkin lebih tinggi karena adanya keterbatasan kuesioner tanpa adanya pemeriksaan. Mungkin responden yang belum didiagnosa oleh tenaga kesehatan juga tidak merasakan gejala penyakit.

Pada penyakit asma, jantung dan tumor prevalensi cenderung semakin meningkat sejalan dengan peningkatan umur. Untuk Diabetes prevalensi tertinggi terdapat pada kelompok umur 55-64 tahun. Prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes dan tumor sedikit lebih tinggi perempuan daripada laki-laki. Untuk tumor, prevalensinya sama.

Prevalensi penyakit asma dan jantung tinggi pada kelompok yang tidak sekolah. Prevalensi penyakit jantung juga tinggi pada yang tidak sekolah dan tamat perguruan tinggi. Diabetes tinggi pada yang tidak sekolah dan tamat perguruan tinggi. Prevalensi tumor/kanker tidak banyak berbeda antara tingkat pendidikan. Melihat 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. Berdasarkan pekerjaan, prevalensi keempat penyakit tidak tampak jelas pola tertentu.

Prevalensi tumor sama antara Kota dan pedesaan. Prevalensi asma dan jantung cenderung lebih tinggi di desa daripada kota. Prevalensi diabetes dan tumor meningkat sejalan dengan tingginya Tingkat pengeluaran per kapita.

3.5.1.3 Penyakit Keturunan (Gangguan Jiwa, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi dan Hemofili)

Di dalam Riskesdas 2007, beberapa penyakit tidak menular yang ditanyakan kepada responden adalah gangguan jiwa berat, buta warna, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis, rhinitis, talasemi dan hemofili. Tabel 3.5.1.3.1 adalah prevalensi penyakit keturunan yang terdiri dari gangguan jiwa berat, buta warna, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis, rhinitis, talasemi dan hemofili menurut Kabupaten/Kota.

Tabel 3.5.1.3.1
Prevalensi Penyakit Keturunan (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofili) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jiwa (%)	Buta warna (‰)	Glaukoma (‰)	Sumbing (%)	Dermatitis (%)	Rhinitis (%)	Talasemia (‰)	Hemofili (%)
Lombok Barat	11,1	23,5	8,9	14,9	48,3	1,3	0,0	5,8
Lombok Tengah	8,5	10,2	7,5	4,4	81,4	18,2	0,0	0,0
Lombok Timur	12,4	9,2	4,8	8,0	17,4	6,3	0,0	1,7
Sumbawa	2,0	10,9	3,5	4,0	22,8	11,4	0,0	0,0
Dompu	7,7	16,5	19,3	20,3	166,5	100,7	12,6	7,7
Bima	15,2	15,7	9,3	6,4	52,4	9,8	11,7	8,8
Sumbawa Barat	4,2	12,6	2,1	2,1	29,4	16,8	2,1	2,1
Kota Mataram	9,0	1,7	8,5	10,7	32,8	24,9	7,4	7,9
Kota Bima	6,4	25,4	4,8	3,2	60,4	17,5	4,8	1,6
Provinsi NTB	9,8	13,1	7,3	8,6	49,5	15,2	2,5	3,5

*) 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 tertinggi penyakit keturunan terdapat pada penyakit dermatitis. Hampir semua penyakit tersebar di setiap kabupaten kecuali talasemia yang tidak terdapat di 4 kabupaten di provinsi NTB. Prevalensi yang tampak mencolok adalah tingginya prevalensi dermatitis dan rhinitis di Kabupaten Dompu, jauh di atas kabupaten lainnya. Dibandingkan dengan prevalensi nasional, maka kondisi di NTB terdapat penyakit yang prevalensinya lebih tinggi dan ada pula yang lebih rendah. Untuk penyakit jiwa berat, prevalensi nasional sebanyak 4,5‰, buta warna 7,4‰, glaukoma 4,6‰, bibir sumbing 2,4‰, dermatitis 67,8‰, rhinitis 24,3‰, talasemia 1,5‰ dan prevalensi hemofili sebesar 1,3‰. Dari gambaran tersebut maka hampir semua penyakit tidak menular keturunan berada di atas rata-rata nasional, sedangkan yang berada di bawah rata-rata Nasional adalah rhinitis.

3.5.2 Gangguan Mental Emosional

Saat ini diperkirakan 450-500 juta orang di dunia menderita gangguan mental, neurologis maupun masalah psikososial, termasuk kecanduan alkohol dan penyalahgunaan obat. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes tahun 1995, menunjukkan 140 dari 1000 Anggota Rumah Tangga yang berusia ≥ 15 tahun mengalami gangguan mental emosional. Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila terus berlanjut. Pada Riskesdas 2007 penilaian gangguan mental emosional menggunakan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan SRQ diberikan kepada anggota rumah tangga (ART) yang berusia ≥ 15 tahun. Ke-20 butir pertanyaan ini mempunyai pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Nilai batas pisah yang ditetapkan pada survei ini adalah 5/6 yang berarti apabila responden menjawab minimal 6 atau lebih jawaban “ya”, maka responden tersebut diindikasikan mengalami gangguan mental emosional. Nilai batas pisah 5/6 ini didapatkan sesuai penelitian uji validitas yang telah dilakukan Iwan Gani Hartono, peneliti pada Badan Litbang Depkes tahun 1995. Di dalam kuesioner Riskesdas, pertanyaan kesehatan mental terdapat di dalam kuesioner individu F01-F20. Tabel 3.5.2.1 adalah prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur 15 tahun ke atas menurut kabupaten/kota dan tabel 3.6.3 menurut Karakteristik responden.

Tabel 3.5.2.1

Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (Berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional (%)
Lombok Barat	15,2
Lombok Tengah	23,3
Lombok Timur	9,6
Sumbawa	3,2
Dompu	13,0
Bima	13,1
Sumbawa Barat	7,9
Kota Mataram	5,3
Kota Bima	10,1
Provinsi NTB	12,8

*) Nilai Batas Pisah (*Cut off Point*) ≥ 6

Dari tabel di atas terlihat prevalensi Gangguan Mental Emosional di provinsi NTB sedikit lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional (11,6%). Diantara kabupaten/kota, prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Lombok Tengah (23.3%) dan Lombok Barat.

Tabel 3.5.2.2
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun
Ke Atas (*berdasarkan Self Reporting Questionnaire-20*)^{*} Menurut
Karakteristik Responden Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Gangguan mental emosional (%)
Umur (Tahun)	
15-24	8,6
25-34	9,6
35-44	9,6
45-54	14,5
55-64	17,5
65-74	30,6
75+	43,1
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	10,6
Perempuan	14,6
Pendidikan	
Tidak Sekolah	22,2
Tidak Tamat SD	14,2
Tamat SD	11,9
Tamat SMP	8,0
Tamat SMA	9,2
Tamat PT	6,8
Pekerjaan	
Tidak Kerja	23,3
Sekolah	7,7
Ibu RT	13,6
Pegawai	7,5
Wiraswasta	10,3
Petani/Nelayan/Buruh	12,0
Lainnya	13,6
Tipe Daerah	
Perkotaan	12,3
Perdesaan	13,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil-1	14,4
Kuintil-2	13,7
Kuintil-3	12,3
Kuintil-4	12,6
Kuintil-5	11,6

^{*}) Nilai Batas Pisah (*Cut off Point*) ≥ 6

Dari tabel 3.5.2.2 di atas 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 desa dan Tingkat pengeluaran per kapita 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

Kajian Riskesdas yang menyangkut penyakit mata meliputi *low vision* dan kebutaan, penyakit katarak, dan operasi katarak dan pakai kacamata setelah operasi.

3.5.3.1 Low Vision dan Kebutuhan

Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran tahun 1993-1996¹ memperlihatkan angka kebutaan di Indonesia mencapai 1,47, jauh lebih tinggi dibandingkan angka kebutaan di Thailand (0.3), India (0,7), Bangladesh (1.0), bahkan lebih tinggi dibandingkan Afrika Sub-sahara (1,40)². Angka kebutaan ini menurun menjadi 1,21 sesuai dengan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 yang mewakili tingkat kawasan Sumatera, Jawa-Bali, dan Kawasan Timur Indonesia.³ Saw dkk.⁴ dengan metodologi yang berbeda dari SKRT 2001, melaporkan angka kebutaan dua mata pada populasi rural di Sumatera sebesar 2,2 (golongan usia >20 tahun), sedangkan angka *low vision* bilateral mencapai 5,8.

Gangguan penglihatan mencakup *low vision* dan kebutaan, merupakan keadaan yang mungkin dapat dihindari dan atau dapat dikoreksi. Program WHO "*Vision 2020: tahune right to sight*" yang dicanangkan sejak tahun 1999 mematok target pada tahun 2020 tidak ada lagi "kebutaan yang tidak perlu" pada semua penduduk dunia. Berbagai strategi telah dijalankan dan Indonesia sebagai warga dunia turut aktif dalam upaya tersebut, diawali dengan pencanangan program Indonesia Sehat 2010. *Low vision* dan kebutaan (*Revised International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Deatahun (ICD) 10, WHO*)⁵ menjadi masalah penting berkaitan dengan berkurang sampai hilangnya kemandirian seseorang yang mengalami kedua gangguan penglihatan tersebut, sehingga mereka akan menjadi beban bagi orang di sekitarnya.

Badan Litbang Kesehatan (Balitbangkes) telah berpengalaman dalam melakukan survei berskala nasional berbasis masyarakat seperti Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), tetapi data kesehatan tersebut baru dapat menggambarkan tingkat nasional. Di era desentralisasi sekarang ini, data kesehatan berbasis masyarakat diperlukan di tingkat kabupaten/kota untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi di wilayah masing-masing. Untuk menjawab kebutuhan tersebut Balitbangkes melakukan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Sampel Riskesdas mengikuti kerangka sampel Susenas KOR. Dengan jumlah sampel yang lebih besar ini, sebagian besar variabel kesehatan yang dikumpulkan dalam Riskesdas dapat menggambarkan profil kesehatan di tingkat kabupaten/kota atau provinsi.

Data yang dikumpulkan meliputi pengukuran tajam penglihatan menggunakan kartu Snellen (dengan atau tanpa *pin-hole*), riwayat glaukoma, riwayat katarak, operasi katarak, dan pemeriksaan segmen anterior mata dengan menggunakan *pen-light*. Tabel 3.64 adalah Sebaran Penduduk Usia 6 Tahun ke atas menurut *Low Vision* dan Kebutuhan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) menurut Kabupaten/Kota dan tabel 3.5.3.1.2 menurut karakteristik responden.

Tabel 3.5.3.1.1
Sebaran Penduduk Usia 6 Tahun ke Atas Menurut *Low Vision* dan Kebutaan
(dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	<i>Low Vision</i> (%)*	Kebutaan (%)**
Lombok Barat	5,3	0,2
Lombok Tengah	3,5	1,2
Lombok Timur	4,1	2,3
Sumbawa	2,4	0,3
Dompu	3,8	0,7
Bima	3,8	0,8
Sumbawa Barat	6,2	0,8
Kota Mataram	2,1	0,2
Kota Bima	4,6	1,0
Provinsi NTB	3,9	1,1

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

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

Persentase *low vision* di Provinsi NTB berkisar antara 2,1% (Kota Mataram) sampai 6,2% (Sumbawa Barat), sedangkan Persentase kebutaan berkisar 0,2% sampai 2,3%. Dibandingkan dengan Persentase *low vision* di tingkat provinsi (4,9%), 2 dari 9 kabupaten yang ada masih memiliki Persentase lebih tinggi. Persentase kebutaan tingkat provinsi sebesar 1,1%, lebih tinggi dari Persentase tingkat nasional (0,9%) dan terdapat 2 kabupaten yang menunjukkan Persentase lebih tinggi dibanding Persentase 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 3.5.3.1.2
Sebaran Penduduk Umur 6 Tahun Ke Atas Menurut *Low Vision* dan
Kebutaan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan
Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	<i>Low Vision</i> (%)*	Kebutaan (%)**
Kelompok Umur (Tahun)		
5-14	0,1	0,1
15-24	0,3	0,1
25-34	0,5	
35-44	1,7	0,2
45-54	5,0	0,6
55-64	16,1	2,1
65-74	29,4	7,0
75+	38,3	24,3
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	3,1	0,8
Perempuan	4,7	1,3
Tingkat Pendidikan		
Tidak Sekolah	6,3	1,8
Tidak Tamat SD	0,8	0,1
Tamat SD	1,3	0
Tamat SMP		
Tamat SMA	10,1	5,2
Tamat PT	0,2	0,1
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	4,2	0,5
Sekolah	1,4	0,0
Mengurus RT	3,7	0,9
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	5,5	0,8
Wiraswasta	6,3	1,7
Petani/Nelayan/Buruh	3,3	0,9
Lainnya	4,3	1,2
Tipe Daerah		
Perkotaan	4,0	1,0
Pedesaan	3,6	1,1
Kuintil		
Kuintil-1	4,0	1,0
Kuintil-2	4,2	1,3
Kuintil-3	3,8	0,9
Kuintil-4	5,6	1,0
Kuintil-5	5,3	0,9
	5,8	1,3

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

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

Tabel 3.5.3.1.2 menunjukkan bahwa Persentase *low vision* dan kebutaan makin meningkat sesuai pertambahan usia. 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 ke atas. 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 Persentase *low vision* dan kebutaan pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki, dan mungkin berkaitan dengan Persentase penduduk perempuan golongan usia 55 tahun ke atas yang lebih besar dibanding laki-laki. Hal lain yang mungkin berkaitan dengan tingginya Persentase perempuan yang menderita *low vision* dan kebutaan adalah belum tercapainya persamaan hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan antar gender di NTB, khususnya.

Persentase *low vision* dan kebutaan pada penduduk berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi Persentasenya, sementara itu sebaran terbesar juga berada pada kelompok penduduk yang Tidak Bekerja. Kenyataan bahwa Persentase 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.

Persentase *low vision* dan kebutaan sedikit lebih tinggi di daerah Desa dibanding Kota, tetapi terdistribusi hampir merata di semua kuintil. Hal ini menunjukkan bahwa Persentase *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,⁶ yang melaporkan bahwa Persentase *low vision* dan kebutaan lebih besar di daerah rural dan pada kelompok masyarakat golongan sosial-ekonomi yang rendah.

3.5.3.2 Penyakit Katarak

Berkaitan dengan pertanyaan-pertanyaan tentang penyakit mata, dalam Riskesdas 2007 ini juga ditanyakan tentang diagnosis penyakit katarak. Tabel 3.5.3.2.1 adalah Persentase penduduk usia 30 tahun ke atas dengan katarak menurut kabupaten/kota sedangkan tabel 3.5.3.2.2 menurut karakteristik responden.

Tabel 3.5.3.2.1
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	D* (%)	DG** (%)
Lombok Barat	2,6	30,7
Lombok Tengah	1,5	22,3
Lombok Timur	2,5	24,4
Sumbawa	1,4	19,0
Dompu	1,0	26,3
Bima	2,0	27,5
Sumbawa Barat	3,3	15,3
Kota Mataram	1,2	13,0
Kota Bima	1,9	21,2
Provinsi NTB	2,0	23,7

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

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

Secara keseluruhan, tabel ini memperlihatkan bahwa Persentase penduduk usia 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis katarak dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) dalam 12 bulan terakhir hanya sekitar 1:11 di tingkat provinsi, lebih tinggi dari rasio tingkat nasional. Fakta ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh nakes di hampir semua kabupaten di wilayah NTB kecuali di Kabupaten Sumbawa Barat yang mempunyai rasio sekitar 1:5, yang dapat berarti bahwa Persentase katarak di kabupaten ini memang rendah. Persentase diagnosis oleh nakes terendah ditemukan di Kabupaten Dompu (1%) dan yang tertinggi adalah di Sumbawa Barat (3,3%). Meskipun demikian, Persentase katarak yang didiagnosis di Provinsi NTB sedikit lebih tinggi dibandingkan Persentase tingkat nasional (1,8%).

Tabel 3.5.3.2.2
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	D (%)	DG (%)
Kelompok Umur (Tahun)		
30-34	0,3	6,8
35-44	1,1	15,2
45-54	1,0	23,8
55-64	4,1	35,6
65-74	5,2	53,0
75+	6,8	57,4
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	2,1	22,6
Perempuan	1,9	24,7
Lama Pendidikan		
≤6 Tahun	2,3	28,7
7-12 Tahun	1,3	11,5
>12 Tahun	0,6	12,0
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	5,5	46,5
Sekolah	1,4	15,5
Mengurus RT	1,5	19,8
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	0,8	11,0
Wiraswasta	2,9	18,8
Petani/Nelayan/Buruh	1,3	24,4
Lainnya	1,8	24,5
Tipe Daerah		
Perkotaan	2,4	20,8
Pedesaan	1,8	25,5
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	1,9	27,2
Kuintil-2	2,0	24,6
Kuintil-3	1,4	23,9
Kuintil-4	2,1	25,0
Kuintil-5	2,5	19,4

Tabel 3.5.3.2.2 menunjukkan bahwa Persentase diagnosis katarak oleh nakes meningkat sesuai pertambahan usia, cenderung lebih besar pada laki-laki serta daerah Kota (2,4%). Seperti halnya *low vision* dan kebutaan, Persentase diagnosis katarak oleh nakes lebih besar pada penduduk dengan latar pendidikan 6 tahun atau kurang dan pada kelompok penduduk yang Tidak Bekerja. Hal tersebut mungkin berkaitan dengan meningkatnya berbagai program penjangkaran kasus katarak secara gratis dan massal yang dikelola oleh organisasi profesi (dokter ahli mata) bekerja sama dengan berbagai sarana pemerintah (pemanfaatan ASKESKIN), maupun swasta (rumah sakit, organisasi/yayasan sosial). Persentase diagnosis katarak oleh nakes yang masih sangat rendah mungkin juga berhubungan dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kesehatan matanya, meskipun mereka telah mengalami gejala gangguan penglihatan.

Besarnya Persentase penduduk yang bekerja di sektor informal juga dapat mengakibatkan persepsi negatif bahwa untuk bisa beraktivitas/bekerja sehari-hari, misalnya sebagai ibu rumah tangga, petani, atau nelayan, masyarakat tidak memerlukan tajam penglihatan yang maksimal. Persentase diagnosis katarak oleh nakes juga tersebar merata pada 5 kuintil, tetapi tampak bahwa prevalensi katarak terendah ditemukan pada kuintil tertinggi (19,4%). Mengingat bahwa patogenesis katarak berkaitan dengan multifaktor, maka rendahnya prevalensi pada kuintil 5 perlu diinvestigasi lebih lanjut, sehingga dapat diidentifikasi faktor yang menekan terjadinya katarak pada kuintil ini, untuk selanjutnya jika memungkinkan dapat diterapkan pada kelompok kuintil lainnya.

3.5.3.3 Operasi Katarak dan Pakai Kacamata Setelah Operasi

Penderita yang didiagnosis katarak, ada yang dilakukan tindakan operasi dan ada yang pengobatan. 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.

Tabel 3.5.3.3.1 menunjukkan Persentase penduduk umur 30 tahun ke atas dengan diagnosis katarak yang pernah menjalani operasi katarak dan memakai kacamata setelah operasi menurut kabupaten/kota, sedangkan tabel 3.5.3.3.2 menurut karakteristik responden.

Tabel 3.5.3.3.1
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Operasi Katarak (%)	Pakai Kacamata Pasca Operasi (%)
Lombok Barat	34.9	36,0
Lombok Tengah	23.1	40,0
Lombok Timur	27.8	8,3
Sumbawa	25.0	18,2
Dompu	0,8	66,7
Bima	18.8	25,0
Sumbawa Barat	14.3	50,0
Kota Mataram	33.3	70,0
Kota Bima	20.0	50,0
Provinsi NTB	27,3	34,0

Catatan: *) Responden yang pernah didiagnosis Katarak oleh nakes

Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi NTB adalah sebesar 27,3% tertinggi adalah Kabupaten Bima. Cakupan operasi ini masih sangat rendah, sehingga dapat mengakibatkan penumpukan kasus katarak pada tahun terkait (2007) adalah sebesar 72,7% di tingkat provinsi. 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 34,0% dengan kisaran terendah adalah di Lombok Timur dan tertinggi adalah Kabupaten Dompu. 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.

Tabel 3.5.3.3.2
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi ,Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Operasi Katarak (%)	Pakai Kacamata Pasca Operasi (%)
Kelompok Umur (Tahun)		
30-34	0,6	0,0
35-44	0,9	16,0
45-54	1,1	36,4
55-64	1,6	27,3
65-74	2,8	57,1
75+	1,6	66,7
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	0,9	41,7
Perempuan	1,5	26,8
Lama Pendidikan		
≤6 Tahun	1,3	31,3
7-12 Tahun	1,0	22,7
>12 Tahun	1,1	80,0
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	2,9	37,0
Sekolah	2,8	100,0
Mengurus Rt	1,2	15,0
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	0,8	60,0
Wiraswasta	1,0	33,3
Petani/Nelayan/Buruh	0,9	23,7
Lainnya	1,2	100,0
Tipe Daerah		
Perkotaan	1,3	40,0
Pedesaan	1,1	25,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	1,2	11,8
Kuintil-2	1,2	35,0
Kuintil-3	1,1	25,0
Kuintil-4	1,0	20,0
Kuintil-5	1,4	50,0

Catatan: *) Responden yang pernah didiagnosis katarak oleh nakes

Persentase operasi katarak meningkat sesuai dengan penambahan usia, walaupun menurun pada usia >75 tahun dan lebih banyak pada dibandingkan pada laki-laki, lebih tinggi pada kelompok dengan lama pendidikan paling rendah dan kelompok Tidak Bekerja serta lebih tinggi di kota daripada di desa. Hal ini mungkin berkaitan dengan kemudahan akses ke sarana kesehatan yang mempunyai alat operasi di Kota pada umumnya lebih mudah dibanding di Desa. Sebaliknya kebutuhan pemakaian kacamata pasca operasi tertinggi.

3.5.4 Kesehatan Gigi

Berbagai program pelayanan kesehatan gigi dan mulut telah dilaksanakan, baik promotif, preventif, protektif, kuratif maupun rehabilitatif. Untuk mencapai target pencapaian tahun 2010 pelayanan kesehatan gigi yang terdiri dari “5 levels of care” tersebut harus berjalan secara serentak bersama-sama.

Berbagai indikator dan target pencapaian gigi sehat tahun 2010 ditentukan WHO, antara lain anak umur 5 tahun 90% bebas karies; anak umur 12 tahun mempunyai tingkat keparahan kerusakan gigi (index DMF-T) sebesar satu gigi; penduduk umur 18 tahun tidak satupun gigi yang dicabut (komponen M = 0); penduduk umur 35-44 tahun memiliki minimal 20 gigi berfungsi sebesar 90%, dan penduduk tanpa gigi (edentulous) ≤2%; penduduk umur 65 tahun ke atas masih mempunyai gigi berfungsi sebesar 75% dan penduduk tanpa gigi ≤5%¹

Index DMF-T merupakan penjumlahan dari nilai D, M, dan F yang menunjukkan banyaknya kerusakan gigi yang pernah dialami seseorang baik berupa Decay (gigi karies atau gigi berlubang), Missing (gigi dicabut), atau Filling (gigi ditumpat). Kerusakan gigi bersifat *irreversible* artinya kerusakan tersebut tidak dapat sembuh seperti halnya luka jaringan lainnya, melainkan cacat selamanya. Prevalensi orang dengan pengalaman karies atau orang dengan index DMF-T>0 menggambarkan jumlah penduduk yang mempunyai pengalaman karies dalam hidupnya.

Pengukuran Status kesehatan gigi melalui riskesdas dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan gigi. Informasi yang dikumpulkan meliputi : (1) penduduk bermasalah gigi-mulut, (2) jenis-jenis perawatan gigi, (3) perilaku menggosok gigi, (4) waktu menggosok gigi, (5) komponen D-T, M-T, F-T dan Indeks DMF-T, (6) prevalensi karies aktif dan prevalensi pengalaman karies, (7) RTI, PTI dan MI (8) fungsi normal gigi

Tabel 3.5.4.1
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut dalam 12 bulan terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Bermasalah Gigi-mulut	Menerima Perawatan Dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
Lombok Barat	36,1	28,2	0,7
Lombok Tengah	24,6	24,1	0,8
Lombok Timur	26,1	25,0	0,9
Sumbawa	20,6	49,4	0,2
Dompu	19,8	31,7	0,6
Bima	24,1	33,7	0,9
Sumbawa Barat	14,9	41,7	0,8
Kota Mataram	15,7	53,4	0,5
Kota Bima	25,3	42,5	0,5
Provinsi NTB	25,5	30,7	0,7

Prevalensi penduduk bermasalah gigi dan mulut di NTB sebesar 25,5% dan yang berada di atas rata-rata provinsi adalah Lombok Barat dan Lombok Timur. Di antara penduduk yang bermasalah gigi-mulut, yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi sebanyak 30,7% dan Kabupaten/Kota yang di atas rata-rata provinsi adalah kota Mataram, kab. Sumbawa, Kota Bima, Sumbawa Barat, Kab. Bima, dan Dompu. Prevalensi penduduk yang hilang seluruh gigi asli di NTB sebanyak 0,7% dengan variasi antara 0,2% sampai 0,9%.(Tabel 3.5.4.2).

Tabel 3.5.4.2
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut dalam 12 Bulan Terakhir,
menurut Karakteristik di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Bermasalah Gimul	Menerima Perawatan Dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
Kelompok Umur			
<1	1,3	20,0	0
1-4	6,9	29,4	0
5-9	21,9	36,5	0
10-14	17,7	31,3	0
15-24	17,9	25,3	0,1
25-34	26,7	31,5	0,1
35-44	34,3	36,6	0,1
45-54	42,4	29,5	0,4
55-64	41,0	27,5	1,0
65+	39,6	26,3	10,3
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	24,4	32,1	,5
Perempuan	26,5	92,6	0,8
Tipe Daerah			
Perkotaan	25,3	36,9	0,6
Pedesaan	25,6	27,0	0,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	23,4	19,8	0,8
Kuintil-2	24,4	25,2	0,4
Kuintil-3	25,9	29,9	0,8
Kuintil-4	25,6	33,9	0,8
Kuintil-5	28,3	42,4	0,6

Termasuk Tenaga Medis Gigi: Perawat Gigi, Dokter Gigi, atau Dokter Spesialis Gigi dan Mulut

Di provinsi NTB penduduk 65 tahun ke atas yang kehilangan seluruh gigi aslinya sebanyak 10,3%. PrEVALENSI penduduk yang menerima perawatan oleh tenaga medis gigi sebagian besar (92,6%) adalah perempuan, dan lebih banyak penduduk kota menerima perawatan gigi oleh tenaga kesehatan gigi (36,9%). Tidak ada hubungan antara tingkat pengeluaran per kapita dengan penduduk yang mempunyai masalah gigi dan mulut, dan terdapat kecenderungan makin tinggi tingkat pengeluaran per kapita penduduk makin banyak penduduk yang menerima perawatan gigi dari tenaga medis gigi. (Tabel 3.5.4.2)

Tabel 3.5.4.3
Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi
Menurut Jenis Perawatan Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah Gigi	Pemasangan Protesa/ Bridge	Konseling Perawatan/ Kebersihan Gigi	Lainnya
Lombok Barat	87,5	28,7	2,5	12,2	9,5
Lombok Tengah	91,0	27,0	5,3	16,4	2,4
Lombok Timur	91,2	33,4	11,4	21,3	1,2
Sumbawa	91,2	50,2	2,4	10,7	3,4
Dompu	89,2	33,8	4,6	18,5	0,0
Bima	90,1	33,5	4,3	36,0	9,3
Sumbawa Barat	93,3	56,7	3,3	23,3	6,7
Kota Mataram	83,1	67,6	1,4	43,5	3,4
Kota Bima	95,5	54,4	5,9	22,1	1,5
Provinsi NTB	89,6	37,8	5,0	20,4	4,6

Jenis perawatan terbanyak yang diterima penduduk untuk masalah gigi dan mulut di semua kabupaten/kota adalah pengobatan (89,6%) diikuti dengan penambalan/pencabutan/bedah gigi (37,8%) dan konseling perawatan/kebersihan gigi (20,4%). Untuk pengobatan gigi distribusinya relative sama untuk semua kabupaten/kota dan Kota Bima adalah yang tertinggi.(95,5%) Untuk tindakan penambalan/pencabutan/bedah gigi terbanyak di Kota Mataram (67,6%) dan terendah di Lombok Tengah (27,0%). Pemasangan protesa gigi tertinggi di Kab. Lombok Timur (11,4%) dan terendah di kota Mataram (1,4%). Konseling perawatan/ kebersihan gigi tertinggi di Kota Mataram (43,5%) dan terendah di Sumbawa (10,7%).

Tabel 3.5.4.4
Persentase Jenis Perawatan Yang Diterima Penduduk
untuk Masalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah Gigi	Pemasangan Gigi Palsu Lepasan/ Gigi Palsu Cekat	Konseling Perawatan/ Kebersihan Gigi	Lainnya
Kelompok Umur (Tahun)					
<1	100,0	0	0	100,0	100,0
1-4	91,7	16,2	0	18,9	13,9
5-9	83,4	32,0	0	12,2	5,6
12-14	88,9	29,6	1,5	14,8	4,5
15-24	92,0	32,6	3,4	16,0	4,6
25-34	92,6	47,1	2,9	25,0	3,7
35-44	86,1	41,7	4,8	22,7	3,0
45-54	93,5	36,5	6,5	25,0	4,2
55-64	88,3	39,0	15,6	20,0	5,8
65 +	90,7	38,7	8,5	20,3	5,9
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	90,6	38,9	5,0	23,4	4,7
Perempuan	88,6	36,7	5,0	17,8	4,7
Tipe Daerah					
Perkotaan	88,0	45,1	5,9	26,9	5,2
Pedesaan	90,8	31,8	4,3	15,1	4,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	84,3	38,1	4,6	14,7	3,6
Kuintil-2	90,0	41,2	6,9	20,4	5,4
Kuintil-3	86,9	32,6	2,4	21,0	7,9
Kuintil-4	91,6	36,6	4,3	23,0	4,3
Kuintil-5	91,6	40,0	6,5	20,5	3,1

Nampak bahwa tindakan pemasangan gigi palsu sudah dimulai pada kelompok usia diatas 12 tahun dan meningkat sejalan dengan peningkatan umur, namun hal sebaliknya terjadi pada tindakan konseling perawatan/kebersihan gigi. Laki-laki umumnya lebih banyak menerima konseling gigi dan untuk yang lainnya tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Penduduk kota lebih banyak menerima perawatan masalah gigi selain pengobatan. Berbagai jenis perawatan gigi tidak berbeda antara rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita tinggi dan yang rendah.

Pengendalian/kontrol karies gigi dan penyakit gigi-mulut lainnya sebaiknya sedini mungkin yaitu pada masa anak dengan cara menjaga kebersihan mulut dengan baik, menggosok gigi dengan metode yang baik, periksa ke dokter gigi secara teratur, dan diet makanan yang manis dan lengket. Melalui Riskesdas 2007 ditanyakan kepada responden umur 10 tahun ke atas apakah biasa menggosok gigi setiap hari dan bila jawaban ya, ditanyakan lebih lanjut kapan saja waktu menggosok gigi.

Tabel 3.5.4.6 dan tabel 3.5.4.7 adalah persentase penduduk ≥ 10 tahun yang menggosok gigi setiap hari dan berperilaku benar menggosok gigi dalam 12 bulan terakhir menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik.

Tabel 3.5.4.5
Persentase Penduduk ≥ 10 Tahun yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perilaku Menggosok Gigi	
	Menggosok Gigi Setiap Hari	Berperilaku Benar Menggosok Gigi
Lombok Barat	82,0	3,5
Lombok Tengah	77,9	9,2
Lombok Timur	88,1	3,8
Sumbawa	93,4	7,8
Dompu	90,5	11,7
Bima	87,7	14,0
Sumbawa Barat	90,9	11,3
Kota Mataram	97,9	10,8
Kota Bima	91,9	6,9
Provinsi NTB	86,5	7,4

Catatan: Berperilaku benar menggosok gigi adalah orang yang menggosok gigi setiap hari dengan waktu sikat gigi sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam

Di provinsi NTB, persentase penduduk menggosok gigi setiap hari 86,5%, lebih rendah dari angka nasional (93%). Persentase penduduk yang menggosok gigi setiap hari tertinggi adalah di Kota Mataram (97,9%). Namun penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi hanya 7,4% tertinggi di di Kabupaten Bima (14,0%) dan terendah di Lombok Barat (3,5%) dan Lombok Timur (3,8%).

Tabel 3.5.4.6
Persentase Penduduk 10 Tahun yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Karakteristik di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perilaku Menggosok Gigi	
	Menggosok Gigi Setiap Hari	Berperilaku Benar Menggosok Gigi
Kelompok Umur	91,0	5,7
10-14	96,6	10,1
15-24	94,8	8,0
25-34	91,0	8,0
35-44	80,9	7,6
45-54	67,4	3,4
55-64	41,7	2,7
65+	86,5	7,4
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	86,0	7,4
Perempuan	87,0	7,3
Tipe Daerah		
Perkotaan	90,8	9,4
Pedesaan	83,9	6,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	82,6	4,8
Kuintil-2	85,2	5,3
Kuintil-3	86,3	6,5
Kuintil-4	87,3	8,3
Kuintil-5	90,8	11,4

Catatan: Berperilaku benar Menggosok gigi adalah orang yang Menggosok gigi setiap hari dengan waktu sikat gigi sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam

Menarik untuk diteliti mengapa perilaku menggosok gigi setiap hari tampak rendah pada kelompok umur 55-64 tahun, begitu pula perilaku benar dalam menggosok gigi, jauh lebih rendah dibandingkan kelompok umur lainnya. Tidak banyak perbedaan perilaku antara laki-laki dan perempuan, namun penduduk kota lebih baik perilakunya dalam menggosok gigi. Dilihat dari Tingkat pengeluaran per kapita, semakin tinggi kuintil, semakin baik perilakunya.

Waktu menggosok gigi dalam Riskesdas meliputi saat mandi pagi dan atau sore, sesudah makan pagi, sesudah bangun pagi, sebelum tidur malam dan lainnya, yang terlihat pada tabel 3.5.4.7 dan tabel 3.5.4.8, yaitu menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik.

Tabel 3.5.4.7
Persentase Waktu Menggosok Gigi pada Penduduk ≥10 Tahun yang
Menggosok Gigi Setiap Hari Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Menggosok Gigi Setiap Hari				
	Saat Mandi Pagi dan/ atau Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lainnya
Lombok Barat	91,4	7,4	21,0	22,4	,9
Aceh Singki	83,6	18,5	29,5	31,4	6,3
Lombok Timur	87,5	9,4	17,5	29,2	3,9
Sumbawa	96,2	14,4	18,9	16,8	,1
Dompu	91,0	31,1	23,1	26,5	,6
Bima	91,5	30,4	18,1	26,1	,5
Sumbawa Barat	95,6	20,9	36,1	29,6	,0
Kota Mataram	95,4	13,9	32,8	50,4	2,6
Kota Bima	96,3	17,9	17,7	24,1	,4
Provinsi NTB	90,2	15,3	22,7	28,9	2,6

Di provinsi NTB persentase tertinggi penduduk menggosok gigi adalah saat mandi pagi atau sore (90,2%). Sedangkan waktu yang benar menggosok gigi yaitu sesudah makan pagi 15,3%, tertinggi di kabupaten Dompu (31,1%) dan Kab. Bima (30,4%). Sedangkan persentase penduduk menggosok gigi benar yaitu sebelum tidur malam sebesar 28,9%, kabupaten/kota tertinggi di Kota Mataram (50,4%) dan terendah di Sumbawa (18,9%)

Tabel 3.5.4.8
Persentase Waktu Menggosok Gigi pada Penduduk \geq 10 Tahun yang
Menggosok Gigi Setiap Hari Menurut Karakteristik
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Menggosok Gigi Setiap Hari				
	Saat Mandi Pagi dan/ atau Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lainnya
Kelompok Umur					
10-14	90,0	14,0	20,0	23,3	1,6
15-24	92,4	16,9	23,5	34,3	3,3
25-34	92,0	14,4	22,9	31,0	2,3
35-44	90,1	14,3	24,6	28,1	1,7
45-54	87,2	16,2	22,8	27,0	3,3
55-64	84,8	12,0	20,9	18,9	3,1
65+	82,7	17,3	19,5	19,2	5,3
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	89,7	15,5	22,9	27,7	2,0
Perempuan	90,6	14,8	22,4	29,4	3,2
Tipe Daerah					
Perkotaan	93,1	15,3	25,0	37,7	2,5
Pedesaan	88,2	15,0	21,1	22,6	2,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	87,7	12,3	21,6	20,8	2,2
Kuintil-2	89,5	13,0	20,5	21,7	2,8
Kuintil-3	89,7	13,8	22,3	25,8	3,0
Kuintil-4	90,2	16,0	22,9	32,0	2,8
Kuintil-5	93,0	19,7	25,5	40,2	2,3

Kebiasaan menggosok gigi setiap hari pada waktu yang salah yaitu saat mandi pagi dan atau sore adalah konstan tinggi di berbagai kelompok umur yaitu berkisar antara 82,7% sampai 92,4%. Sedangkan kebiasaan menggosok gigi pada waktu yang benar yaitu sesudah makan pagi, dan juga sebelum tidur malam konstan rendah diberbagai kelompok umur.

Penyakit gigi berbeda dengan penyakit infeksi lainnya yang bila sembuh bisa pulih seperti sediaan dan tidak menimbulkan cacat. Penyakit gigi tidak bisa pulih (*irreversible*), menimbulkan cacat permanen bahkan bisa mengakibatkan gangguan fungsi bicara, pengunyahan dan estetis.

SKRT 1995 melaporkan Index DMF-T sebesar 6,4, meliputi komponen D-T 1,9, komponen M-T 4,4 dan komponen F-T 0,2. Sedangkan SKRT 2001 melaporkan Index DMF-T sebesar 5,3 meliputi komponen D-T 1,6, komponen M-T 3,6 dan komponen F-T 0,1. Tabel 3.5.4.9 adalah tabel tentang komponen D, M, F dan Index DMF-T dalam 12 bulan terakhir menurut Kabupaten/Kota dan tabel 3.5.4.9 menurut karakteristik.

Tabel 3.5.4.9
Komponen D, M, F Dan Index DMF-T Menurut Kabupaten
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	Index DMF-T (X)
Lombok Barat	0.93	3.01	0.04	3.94
Lombok Tengah	0.59	2.58	0.03	3.20
Lombok Timur	0.38	2.61	0.12	3.11
Sumbawa	0.82	2.35	0.06	3.22
Dompu	0.98	1.56	0.01	2.55
Bima	0.79	2.81	0.03	3.60
Sumbawa Barat	0.61	2.98	0.05	3.61
Kota Mataram	0.66	1.82	0.10	2.53
Kota Bima	1.17	2.03	0.06	3.24
Provinsi NTB	0.68	2.55	0.06	3.28

D-T: Rata-rata jumlah gigi berlubang perorang

M-T: Rata-rata jumlah gigi dicabut/indikasi pencabutan

F-T: Rata-rata jumlah gigi ditumpat

DMF-T: Rata-rata jumlah kerusakan gigi per orang (baik yg masih berupa *decay*, dicabut maupun ditumpat)

Rerata jumlah kerusakan gigi per orang di provinsi NTB adalah 3,28 dan masih di bawah angka nasional (4,85), tertinggi di Lombok Barat (3,94) dan terendah di Kota Mataram (2,53). Komponen kerusakan tertinggi ada pada gigi yang dicabut/adanya indikasi untuk dicabut (M-T) sebesar 2,55, dan angka tertinggi ada di Kab. Lombok Barat (3,01) dan terendah di Kota Mataram (1,82).

Tabel 3.5.4.10
Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Karakteristik
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	Index DMF-T
Kelompok Umur (Tahun)				
12	0.16	0.06	0.00	0.30
15	0.27	0.10	0.01	0.38
18	0.35	0.14	0.03	0.52
35-44	0.83	1.55	0.06	2.44
65+	0.97	14.71	0.11	15.71
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	0.67	2.28	0.06	3.00
Perempuan	0.69	2.78	0.07	3.52
Tipe Daerah				
Perkotaan	0.71	2.40	0.10	3.18
Pedesaan	0.67	2.63	0.04	3.34
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	0.65	2.62	0.04	3.29
Kuintil-2	0.69	2.60	0.06	3.31
Kuintil-3	0.68	2.62	0.06	3.36
Kuintil-4	0.72	2.58	0.06	3.37
Kuintil-5	0.66	2.34	0.10	3.09
Total	0.68	2.55	0.06	3.28

- D-T : Rata2 Jumlah Gigi Berlubang Per Orang
M-T : Rata2 Jumlah Gigi Dicabut/Indikasi Pencabutan
F-T : Rata2 Jumlah Gigi Ditumpat
Dmf-T : Rata2 Jumlah Kerusakan Gigi Per Orang (Baik Yg Masih Berupa Decay, Dicabut Maupun Ditumpat)

Tabel 3.5.4.10 menunjukkan rerata jumlah kerusakan gigi meningkat dengan bertambahnya umur di mana pada usia 35-44 tahun sebesar 2 gigi rusak dan pada umur 65 tahun ke atas sebesar 16 gigi rusak. Rerata kerusakan pada perempuan cenderung lebih banyak (3,52%) dari pada laki-laki (3,00%). Tidak nampak perbedaan rerata di perkotaan dan pedesaan, yaitu masing-masing 3,18% dan 3,34%. Tidak ada perbedaan kerusakan gigi menurut tingkat pengeluaran per kapita.

Komponen tertinggi ada pada gigi yang dicabut/adanya indikasi untuk dicabut (M-T) yang juga mempunyai pola yang sama, yakni semakin tinggi umur semakin besar gigi yang dicabut atau indikasi untuk dicabut.

Tabel 3.5.4.11
Prevalensi Karies Aktif, dan Pengalaman Karies menurut Kabupaten
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Karies Aktif	Pengalaman Karies
Lombok Barat	44,9	69,6
Lombok Tengah	29,6	52,3
Lombok Timur	20,4	51,0
Sumbawa	27,0	48,7
Dompu	34,4	48,4
Bima	33,6	58,6
Sumbawa Barat	21,1	50,6
Kota Mataram	30,3	51,6
Kota Bima	43,2	58,1
Provinsi NTB	30,8	55,4

Di provinsi NTB, sejumlah 30,8% penduduk mempunyai karies gigi yang belum ditumpat (karies aktif), lebih rendah dari prevalensi nasional (43,4%). Kabupaten/kota dengan prevalensi tertinggi penduduk mempunyai karies aktif adalah Lombok Barat (44,9%), dan terendah adalah Lombok Timur (20,4%).

Sejumlah 55,4% penduduk pernah mengalami kerusakan gigi (mempunyai pengalaman karies), tertinggi di Lombok Barat (69,6%) dan terendah Dompu (48,4%) dan Sumbawa (48,7%). (Tabel 3.5.4.11).

Tabel 3.5.4.12
Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Karakteristik
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Karies Aktif	Pengalaman Karies
Kelompok Umur (Tahun)		
12	13,0	16,2
15	17,8	23,2
18	19,0	26,0
35-44	37,6	65,7
65+	27,5	93,8
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	30,5	53,7
Perempuan	31,1	56,7
Tipe Daerah		
Perkotaan	32,2	56,3
Pedesaan	30,0	54,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	28,9	52,2
Kuintil-2	30,2	54,2
Kuintil-3	31,3	56,0
Kuintil-4	32,3	56,5
Kuintil-5	31,1	57,3

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

Tabel 3.5.4.12 menunjukkan prevalensi karies aktif dan pengalaman karies semakin tinggi pada umur yang semakin meningkat. Tidak ada perbedaan prevalensi karies aktif menurut jenis kelamin. Prevalensi karies aktif dan pengalaman karies lebih tinggi di perkotaan dibanding pedesaan. Secara umum makin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi pula angka pengalaman karies.

Tabel 3.5.4.13
Required Treatment Index (RTI) dan Performed Treatment Index (PTI)
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RTI = (D/DMF-T)x100%	PTI = (F/DMF-T)x100%	(M/DMF-T)x100%
Lombok Barat	23.58	1.02	76.24
Lombok Tengah	18.42	1.01	80.51
Lombok Timur	12.10	3.70	83.69
Sumbawa	25.32	1.90	73.06
Dompu	38.26	0.36	60.99
Bima	21.88	0.87	78.18
Sumbawa Barat	16.77	1.43	82.60
Kota Mataram	26.07	4.06	72.11
Kota Bima	35.95	1.82	62.72
Provinsi NTB	20.78	1.92	77.64

Catatan:

Performance Treatment Index (PTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang ditumpat terhadap angka DMF-T. PTI menggambarkan motivasi 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.

Tabel 3.5.4.13 menunjukkan angka PTI di Provinsi Nusa Tenggara Barat 1,92% yang berarti hanya 1,92% penduduk NTB yang menumpatkan gigi berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap, angka tertinggi di kota Mataram yaitu 4,06%. Sementara angka RTI 20,8% yang berarti sebesar 20,8% kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan ataupun pencabutan; angka tertinggi di Dompu (38,3%) dan kota Bima (36%). Sebagian besar kerusakan gigi (77,6%) merupakan indikasi pencabutan ataupun sudah dicabut, tertinggi di Lombok Timur (83,7%) dan Sumbawa Barat (82,6%).

Tabel 3.5.4.14
Required Treatment Index (RTI) dan Performed Treatment Index (PTI)
menurut Karakteristik di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	RTI = (D/DMF-T)x100%	PTI = (F/DMF-T)x100%	(M/DMF-T)x100%
Kelompok Umur (Tahun)			
12	53.72	0.18	18.63
15	72.70	1.72	27.88
18	67.87	5.34	27.29
35-44	34.05	2.48	63.33
65+	6.15	0.70	93.68
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	22.37	2.02	75.89
Perempuan	19.62	1.85	78.93
Tempat Tinggal			
Perkotaan	22.13	3.04	75.55
Pedesaan	19.99	1.27	78.87
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	19.59	1.11	79.59
Kuintil-2	20.97	1.75	78.43
Kuintil-3	20.30	1.65	78.00
Kuintil-4	21.38	1.68	76.60
Kuintil-5	21.51	3.32	75.92
Total	20.78	1.92	77.64

Tabel 3.5.4.14 menunjukkan bahwa besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan semakin meningkat dengan bertambahnya umur dari 53,7% pada umur 12 tahun menjadi 67,9% pada umur 18 tahun, kemudian menurun pada umur 35-44 tahun menjadi 34,1% dan pada umur 65 tahun ke atas hanya mencapai 6%.

Motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap (PTI) hanya mencapai 1,9%, tertinggi pada umur 18 tahun namun hanya mencapai 5,3%. Tertinggi pada kuintil-5 mencapai 3,3%.

Sebagian besar kerusakan (77,6%) berakhir dengan pencabutan (Mti=77,6%). Nampak peningkatan MTI menurut umur dari 18,6% pada umur 12 tahun dan mencapai 93,7% pada umur 65 tahun ke atas.

Tabel 3.5.4.15
Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi, Edentulous dan
pengguna Protesa Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Fungsi Normal Gigi	Edentulous	Orang dg Protesa
Lombok Barat	92,8	0,9	2,5
Lombok Tengah	93,1	1,0	5,3
Lombok Timur	94,0	1,2	11,4
Sumbawa	95,1	0,3	2,4
Dompu	96,7	0,8	4,6
Bima	93,4	1,2	4,3
Sumbawa Barat	92,4	1,1	3,3
Kota Mataram	96,1	0,7	1,4
Kota Bima	95,8	0,6	5,9
Provinsi NTB	94,0	0,9	5,0

Catatan:

Fungsi normal gigi = orang yang memiliki minimal 20 gigi berfungsi

Edentulous = orang yang tidak memiliki gigi (orang tanpa gigi).

Pemakai protesa = orang yang memakai protesa gigi

Di provinsi NTB, sebesar 94% penduduk mempunyai fungsi normal gigi (memiliki minimal 20 gigi berfungsi). Orang edentulous (tidak memiliki gigi sama sekali) 0,9% dan pemakai protesa adalah 5,0%.

Persentase orang dengan fungsi normal gigi tertinggi di Kabupaten Dompu (96,7%), persentase edentulous tertinggi di Kabupaten Lombok Timur (1,2%) dan Kab. Bima (1,2%), sedangkan yang terendah di Sumbawa (0,3%). Pemakaian protesa gigi tertinggi di Lombok Timur (11,4%) dan yang terendah di Kota Mataram (1,4%).

Tabel 3.5.4.16
Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk
Edentulous Menurut Karakteristik di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesmas 2007

Karakteristik	Fungsi Normal Gigi	Edentulous	Orang dengan Protosa
Kelompok Umur (Tahun)			
12	100,0	0	0
15	100,0	0	0
18	100,0	0	0
35-44	98,9	0,1	4,8
65+	49,3	10,3	8,5
Jenis Kelamin			
Laki-laki	94,9	0,8	5,0
Perempuan	93,2	1,1	5,0
Tipe Daerah			
Perkotaan	94,6	0,8	5,9
Pedesaan	93,6	1,0	4,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	93,1	1,2	4,6
Kuintil-2	93,9	0,6	6,9
Kuintil-3	94,2	1,1	2,4
Kuintil-4	93,6	1,1	4,3
Kuintil-5	95,1	0,7	6,5

Catatan:

Fungsi normal gigi = orang yang memiliki minimal 20 gigi berfungsi

Edentulous = orang yang tidak memiliki gigi (orang tanpa gigi).

Pemakai protosa = orang yang memakai protosa gigi

Fungsi normal gigi menurun pada umur yang lebih tua. orang yang tidak mempunyai gigi mulai nampak pada umur 35-44 tahun dan persentasenya semakin tinggi pada umur 65 tahun ke atas (10,3%). Demikian juga pemakai protosa yang mulai nampak pada umur 35-44 tahun sebesar 4,8% dan pada umur 65 tahun ke atas sebesar 8,5%. Tidak nampak perbedaan fungsi normal gigi, edentulous dan pemakai protosa menurut jenis kelamin, daerah dan tingkat pengeluaran per kapita. (Tabel 3.5.4.16).

3.6 Cedera dan Disabilitas

3.6.1 Disabilitas

3.6.1.1 Status Disabilitas Penduduk

Pertanyaan untuk menggali adanya disabilitas responden di Riskesdas 2007 ini diadopsi dari pertanyaan yang dikembangkan oleh *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Tujuan pertanyaan ini adalah untuk mendapatkan informasi mengenai kesulitan/ketidakmampuan yang dihadapi oleh responden dalam melakukan aktivitas yang disebabkan oleh kondisi kesehatannya yaitu penyakit atau kesakitan, permasalahan kesehatan lain baik yang berlangsung dalam jangka waktu singkat atau lama, cedera, kesehatan mental atau masalah emosi, dan penyalahgunaan obat atau minuman beralkohol. Pertanyaan bagian ini mencakup kesehatan fisik dan mental dan merujuk pada pengalaman ART umur 15 tahun ke atas dalam satu bulan terakhir. Tabel 4.6.1.1 adalah persentase status disabilitas penduduk ≥ 15 tahun dalam 1 bulan terakhir di NTB.

Tabel 3.6.1.1
Persentase Status Disabilitas Penduduk ≥ 15 Tahun dalam 1 Bulan Terakhir di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Fungsi tubuh	Bermasalah (%)
Melihat jarak jauh (20 m)	16.5
Melihat jarak dekat (30 cm)	14.6
Mendengar suara normal dalam ruangan	10.5
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	10.1
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	18.1
Nafas pendek setelah latihan ringan	18.2
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	12.0
Mengalami gangguan tidur	15.6
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	14.6
Kesulitan berdiri selama 30 menit	16.0
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	21.7
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	15.8
Membersihkan seluruh tubuh	4.9
Mengenakan pakaian	4.2
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	8.9
Paham pembicaraan orang lain	9.9
Bergaul dengan orang asing	16.4
Memelihara persahabatan	13.4
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	14.6
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	17.4

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

Dari tabel 3.6.1.1 tampak bahwa penduduk umur 15 tahun ke atas yang bermasalah dalam hal penglihatan jarak jauh, penglihatan jarak dekat, berjalan jauh, merasa nyeri/merasa tidak nyaman, dan napas pendek setelah latihan ringan merupakan disabilitas yang menonjol. Sedangkan yang bermasalah dalam hal membersihkan seluruh tubuh, dan mengenakan pakaian hanya sekitar kurang dari 5%.

3.6.1.2 Status Disabilitas Penduduk Menurut Kriteria Masalah

Status disabilitas penduduk dapat dibagi menjadi 3 kriteria masalah yaitu tidak masalah, masalah dan sangat masalah. Kriteria tidak masalah apabila responden menjawab 20 pertanyaan disabilitas dengan pilihan 1 (tidak ada) atau 2 (ringan). Kriteria masalah apabila responden menjawab salah satu dari 20 pertanyaan dengan pilihan 3 (sedang atau cukup), 4 (berat atau sulit) atau 5 (sangat berat atau sangat sulit). Kriteria sangat masalah yaitu apabila responden menjawab dengan kriteria masalah dan membutuhkan bantuan orang lain. Tabel 3.87 adalah tabel tentang persentase status disabilitas penduduk 15 tahun ke atas dalam 1 bulan terakhir menurut kabupaten/kota dan tabel 3.88 menurut karakteristik responden, sedangkan tabel 3.6.1.2.2 adalah tabel tentang persentase penduduk 15 tahun ke atas dengan ketidakmampuan dan membutuhkan bantuan orang lain menurut karakteristik responden.

Tabel 3.6.1.2.1
Persentase Status Disabilitas Penduduk 15 Tahun ke Atas kalam 1 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskeddas 2007

Kabupaten/Kota	Sangat Masalah	Masalah
Lombok Barat	4,3	32,8
Lombok Tengah	4,2	52,7
Lombok Timur	3,8	39,3
Sumbawa	1,3	51,1
Dompu	3,9	33,5
Bima	4,5	51,5
Sumbawa Barat	4,2	24,2
Kota Mataram	2,7	24,9
Kota Bima	5,0	37,4
Provinsi NTB	3,8	40,9

Tabel ini menggambarkan status disabilitas di provinsi NTB dengan kriteria sangat masalah, masalah dan tidak ada masalah. Pada kriteria sangat masalah, persentase tertinggi status disabilitas ditemukan di Kota Bima (5.0%), disusul dengan Kabupaten Bima (4,5%) dan kabupaten Lombok Barat (4.3%). Persentase tertinggi untuk kriteria masalah dalam status disabilitas ditemukan pada Kabupaten Lombok Tengah (52.7%), Kabupaten Bima (51.5%), dan Kabupaten Sumbawa (51.1%). Sedang kabupaten dengan persentase tertinggi untuk kriteria tidak ada masalah yaitu Kota Mataram (72.4%).

Tabel 3.6.1.2.2
Persentase Status Disabilitas Penduduk 15 Tahun ke Atas
dalam 1 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sangat masalah	Masalah	Tidak masalah
Golongan Umur (Tahun)			
15-24	1,6	27,1	71,2
25-34	1,4	31,5	67,2
35-44	1,8	40,3	57,9
45-54	2,6	53,4	44,0
55-64	6,6	64,1	29,3
65-74	15,2	69,0	15,8
>75	33,3	59,9	6,8
Jenis Kelamin			
Laki-laki	3,1	38,6	58,3
Perempuan	4,3	42,9	52,8
Pendidikan			
Tidak Sekolah	9,5	55,6	34,9
Tidak Tamat SD	4,0	47,3	48,7
Tamat SD	2,8	40,0	57,2
Tamat SMP	1,4	31,7	66,9
Tamat SMA	1,7	32,0	66,3
Tamat PT	1,7	32,5	65,8
Pekerjaan			
Tidak Bekerja	12,1	41,5	46,3
Sekolah	1,8	26,8	71,3
Mengurus RT	2,5	44,7	52,8
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	1,9	32,9	65,3
Wiraswasta	2,6	38,7	58,8
Petani/Nelayan/Buruh	2,8	45,0	52,2
Lainnya	3,7	40,4	55,8
Daerah			
Perkotaan	3,8	36,0	60,3
Pedesaan	3,8	44,1	52,2
Status Ekonomi			
Kuintil-1	4,1	43,7	52,2
Kuintil-2	5,2	39,8	55,0
Kuintil-3	3,0	40,6	56,3
Kuintil-4	3,9	42,5	53,6
Kuintil-5	2,7	38,7	58,6

Persentase penduduk yang memiliki status disabilitas masalah dan membutuhkan bantuan bertambah besar seiring dengan bertambahnya umur. Selaras dengan itu, status disabilitas tidak masalah semakin menurun dengan bertambahnya umur. Ditinjau dari Jenis Kelamin, persentase status disabilitas sangat masalah dan masalah lebih banyak ditemui pada perempuan (4.3% dan 42.9%) dibandingkan dengan laki-laki (3.1% dan 38.6%).

Persentase tertinggi untuk status disabilitas dengan kriteria sangat masalah dan masalah ditemukan pada penduduk yang tidak sekolah yaitu berturut-turut 9.5 % dan 55.6%.

Berdasarkan jenis pekerjaan, persentase penduduk yang Tidak Bekerja dan sangat bermasalah serta memerlukan bantuan adalah paling tinggi. Sedang persentase terendah untuk kriteria ini adalah penduduk yang sekolah (1.8%). Penduduk yang tinggal di Desa dan Kota memiliki persentase yang sama untuk kriteria sangat bermasalah dan memerlukan bantuan (3.8%). Tingkat pengeluaran per kapita tidak menunjukkan pola tertentu berkaitan dengan status disabilitas.

Tabel 3.6.1.2.3
Persentase Penduduk 15 Tahun ke Atas dengan Ketidakmampuan dan Membutuhkan Bantuan Orang Lain Menurut Karakteristik di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskeddas 2007

Karakteristik	Bantuan dalam Kondisi					
	Merawat Diri		Melakukan Aktivitas		Berkomunikasi	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Golongan Umur (Tahun)						
15-24	3,7	96,3	3,0	97,0	3,2	96,8
25-34	3,0	97,0	2,7	97,3	2,8	97,2
35-44	2,7	97,3	2,6	97,4	2,5	97,5
45-54	2,3	97,7	2,5	97,5	2,3	97,7
55-64	5,5	94,5	5,5	94,5	6,1	93,9
65-74	10,1	89,9	11,6	88,4	12,4	87,6
≥75	25,8	74,2	26,9	73,1	23,8	76,2
Jenis Kelamin						
Laki-laki	4,1	95,9	3,5	96,5	3,6	96,4
Perempuan	4,4	95,6	4,6	95,4	4,7	95,3
Pendidikan						
Tidak Sekolah	7,0	93,0	7,5	92,5	8,0	92,0
Tidak Tamat SD	3,8	96,2	3,6	96,4	3,8	96,2
Tamat SD	3,9	96,1	3,8	96,2	3,5	96,5
Tamat SMP	3,7	96,3	3,1	96,9	3,2	96,8
Tamat SMA	3,3	96,7	3,2	96,8	3,2	96,8
PT	2,6	97,4	1,8	98,2	1,4	98,6
Pekerjaan						
Tidak Bekerja	10,9	89,1	11,3	88,7	11,0	89,0
Sekolah	4,6	95,4	3,5	96,5	3,3	96,7
Mengurus RT	3,2	96,8	3,4	96,6	3,3	96,7
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	2,8	97,2	2,2	97,8	2,3	97,7
Wiraswasta	3,4	96,6	3,2	96,8	3,4	96,6
Petani/Nelayan/Buruh	3,0	97,0	2,9	97,1	3,2	96,8
Lainnya	4,1	95,9	3,9	96,1	3,9	96,1
Daerah						
Perkotaan	4,7	95,3	4,5	95,5	4,6	95,4
Pedesaan	4,0	96,0	3,9	96,1	3,9	96,1
Status Ekonomi						
Kuintil-1	4,6	95,4	4,8	95,2	4,5	95,5
Kuintil-2	5,4	94,6	5,3	94,7	5,8	94,2
Kuintil-3	3,9	96,1	3,3	96,7	3,4	96,6
Kuintil-4	4,3	95,7	4,3	95,7	4,3	95,7
Kuintil-5	3,1	96,9	3,2	96,8	3,0	97,0

Persentase untuk kebutuhan bantuan dalam perawatan diri, melakukan aktivitas dan berkomunikasi mulai menurun dan sampai pada angka terendah pada kelompok usia 45-54 tahun persentase ini kemudian meingkat lagi sejalan dengan bertambahnya umur.

Persentase terendah membutuhkan bantuan merawat diri pada laki-laki, baik dalam merawat diri (4.1%), melakukan aktivitas (3.5%) dan berkomunikasi (3.6%) meskipun perbedaan itu tidak terlalu besar.

Persentase penduduk usia 15 tahun ke atas yang tidak sekolah membutuhkan bantuan tertinggi, baik dalam merawat diri (7.0%), melakukan aktivitas (7.5%) dan berkomunikasi (8%) dan angka ini menurun sejalan dengan makin tingginya tingkat pendidikan.

Persentase tertinggi untuk penduduk yang membutuhkan bantuan dalam merawat diri, melakukan aktivitas dan berkomunikasi yaitu pada kelompok yang Tidak Bekerja, berturut-turut 10.9 persen, 11.3 % dan 11 % dan umumnya terendah pada jenis pekerjaan pegawai.

Persentase lebih tinggi terdapat pada penduduk Kota yang membutuhkan bantuan dalam merawat diri, melakukan aktivitas dan berkomunikasi dibandingkan penduduk Desa yaitu 4.7%, 4.5% dan 4.6%.

Meningkatnya pengeluaran perkapita setiap rumah tangga juga hampir sejalan dengan menurunnya kebutuhan akan bantuan orang lain merawat diri, melakukan aktivitas dan berkomunikasi.

3.6.2 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.

3.6.2.1 Cedera dan Penyebab Cedera

Tabel 3.6.2.1.1 adalah Persentase cedera dan Persentase penyebab cedera menurut kabupaten/kota sedangkan tabel 3.6.2.1.2 adalah Persentase cedera dan Persentase penyebab cedera menurut karakteristik responden.

Tabel 3.6.2.1.1
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Cedera	Kecelakaan Transportasi Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Benda Tajam/Tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan Senjata Api	Kontak dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan Medis	Lainnya
Lombok Barat	13,2	17,1	0,0	0,8	71,2	41,9	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,4	0,0	1,9	0,0	0,0	0,4
Lombok Tengah	8,1	32,9	0,0	0,0	51,3	19,0	1,5	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	1,8	0,6	0,0	0,0	1,2
Lombok Timur	8,1	24,6	0,0	0,0	45,6	41,8	0,5	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,5	0,9	0,0	0,0	0,9
Sumbawa	4,3	38,4	0,0	0,0	31,4	29,4	2,4	0,0	5,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0
Dompu	11,4	26,9	0,0	0,8	65,3	27,1	2,5	0,0	0,8	11,9	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Bima	8,1	28,6	0,6	0,0	62,5	19,9	1,9	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,6
Sumbawa Barat	6,7	21,2	0,0	0,0	51,5	53,1	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kota Mataram	6,8	37,2	0,0	1,7	52,1	11,6	1,7	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,8
Kota Bima	17,8	22,3	0,9	0,9	70,5	42,9	3,6	0,0	0,9	4,4	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0
Provinsi NTB	9,0	25,7	0,1	0,4	57,5	32,9	1,4	0,0	0,8	1,6	0,0	0,2	0,4	1,2	0,0	0,0	1,7

*) Angka Persentase penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

Tabel 3.6.2.1.2
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penyebab Cedera																
	Cedera	Kecelakaan darat	Kecelakaan Laut	Kec. Udara	Jatuh	Terluka	Penyerangan	Ditembak	Kontak beracun	Bencana alam	Bunuh diri	Tenggelam	Elektrik, radiasi	Terbakar	Asfiksia	Komplikasi	Lainnya
Kelompok umur (tahun)																	
<1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-4	8,7	4,5	0,0	0,0	100,0	15,8	0,6	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	2,5
5-14	11,7	10,1	0,0	0,4	89,2	31,4	1,1	0,0	0,0	1,6	0,0	0,2	0,4	0,9	0,0	0,0	0,5
15-24	9,9	48,3	0,0	1,0	80,1	29,5	0,8	0,0	1,3	1,0	0,0	0,0	0,5	1,6	0,0	0,0	0,8
25-34	8,1	38,6	0,4	0,0	40,2	40,5	3,4	0,0	0,0	2,6	0,0	0,8	0,0	1,5	0,0	0,0	0,4
35-44	7,1	34,8	0,0	0,0	37,5	37,1	2,2	0,0	1,6	2,2	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0
45-54	8,3	22,5	0,0	0,0	44,4	39,9	1,2	0,0	1,2	1,7	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	1,2
55-64	7,2	21,4	1,0	0,0	44,5	38,8	1,0	0,0	2,0	3,1	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
65-74	7,5	16,1	0,0	0,0	50,0	40,4	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
75+	10,2	15,8	0,0	0,0	51,8	26,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	0,0	0,0	0,0
Pendidikan																	
Tidak Sekolah	9,1	14,3	0,0	0,0	59,2	40,0	0,4	0,0	0,4	1,6	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,8
Tidak Tamat SD	8,6	19,0	0,0	0,3	59,8	40,0	2,1	0,0	1,5	1,2	0,0	0,0	1,2	1,2	0,0	0,0	0,6
Tamat SD	8,9	23,8	0,0	0,0	50,0	38,8	1,3	0,0	0,8	1,3	0,0	0,5	0,0	0,8	0,0	0,0	0,5
Tamat SMP	10,3	45,9	0,0	1,0	37,5	32,3	1,4	0,0	0,3	1,0	0,0	0,0	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0
Tamat SMA	8,8	55,7	0,9	0,9	39,8	26,4	2,4	0,0	0,9	4,2	0,0	0,0	0,9	1,4	0,0	0,0	0,9
Tamat PT	5,0	54,3	0,0	0,0	17,1	34,3	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pekerjaan																	
Tidak Bekerja	9,5	26,8	0,0	1,5	53,7	35,1	0,5	0,0	0,5	2,9	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0
Sekolah	11,9	26,8	0,0	0,2	61,5	35,3	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,5	0,7	0,0	0,0	0,5
Mengurus RT	5,0	20,8	0,0	0,0	50,4	42,5	1,7	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Penyebab Cedera

Karakteristik	Cedera	Kecelakaan darat	Kecelakaan Laut	Kec. Udara	Jatuh	Terluka	Penyerangan	Ditembak	Kontak beracun	Bencana alam	Bunuh diri	Tenggelam	Elektrik, radiasi	Terbakar	Asfiksia	Komplikasi	Lainnya
Pegawai, Polri	5,7	63,6	0,0	0,0	19,6	16,1	3,6	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Wiraswasta	7,9	43,8	0,7	0,0	39,4	30,7	1,5	0,0	0,7	2,2	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,7
Petani/Nelayan/Buruh	9,3	29,4	0,2	0,4	44,9	39,7	1,9	0,0	1,6	1,4	0,0	0,0	0,8	2,3	0,0	0,0	0,2
Lainnya	11,0	38,3	0,0	0,0	33,3	36,7	1,7	0,0	1,7	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3
Jenis Kelamin																	
Laki-laki	11,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Perempuan	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tipe daerah																	
Perkotaan	9,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pedesaan	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tingkat pengeluaran per kapita																	
Kuintil-1	8,1	20,7	0,0	0,9	65,3	31,8	2,0	0,0	0,9	1,5	0,0	0,6	0,6	1,7	0,0	0,0	0,0
Kuintil-2	10,2	21,5	0,0	0,0	59,6	34,0	0,9	0,0	0,5	1,6	0,0	0,2	0,5	1,4	0,0	0,0	1,4
Kuintil-3	8,6	24,0	0,0	0,5	58,9	31,0	2,5	0,0	1,4	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Kuintil-4	9,6	28,7	0,0	0,0	54,7	37,5	1,2	0,0	0,7	2,2	0,0	0,2	0,2	2,0	0,0	0,0	0,5
Kuintil-5	8,5	33,8	0,3	0,6	49,6	29,1	0,6	0,0	0,6	1,4	0,0	0,0	1,1	0,6	0,0	0,0	0,8

* Angka Persentase penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total.

Dari tabel 3.6.2.1.1 dan 3.6.2.1.2 didapatkan bahwa menurut kabupaten/kota, Persentase penyebab cedera tertinggi adalah jatuh (tertinggi di Lombok barat), diikuti oleh cedera terbuka karena benda tajam/tumpul (tertinggi di Sumbawa Barat) kemudian kecelakaan transportasi darat (tertinggi di kabupaten Sumbawa). Tidak didapatkan kasus cedera karena tertembak, bunuh diri, asfiksia maupun karena komplikasi medis. Kecelakaan karena transportasi laut terbanyak di Kota Bima sedangkan karena transportasi udara di Kota Mataram.

Menurut karakteristik responden, tidak ditemui pola tertentu.

3.6.2.2 Bagian Tubuh yang Terkena Cedera

Pembagian katagori bagian tubuh yang terkena cedera didasarkan pada klasifikasidari ICD-10 (*The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), yang mana dikelompokkan ke dalam 10 kelompok yaitu bagian kepala; leher; dada; perut dan sekitarnya (perut,punggung, panggul); bahu dan sekitarnya (bahu dan lengan atas); siku dan sekitarnya (siku dan lengan bawah); pergelangan tangan dan tangan; lutut dan tungkai bawah; tumit dan kaki. Responden pada umumnya mengalami cedera di beberapa bagian tubuh (*multiple injury*). Tabel 3.6.2.2.1 dan 3.6.2.2.2 adalah Persentase bagian tubuh yang terkena cedera menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.6.2.2.1
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Siku, Lengan Bawah	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut Dan Tungkai Bawah	Bagian Tumit dan Kaki
Lombok Barat	8,1	1,0	3,7	4,6	8,7	27,1	47,1	9,4	52,6	38,5
Lombok Tengah	14,2	0,6	2,7	4,5	9,2	29,7	23,4	5,0	26,2	26,8
Lombok Timur	9,5	0,0	1,4	8,5	6,1	23,0	39,7	5,7	26,0	26,7
Sumbawa	11,6	0,0	3,5	3,5	7,0	30,2	31,4	2,4	36,0	23,3
Dompu	17,8	0,0	5,0	7,6	9,3	26,3	40,7	5,1	40,7	27,1
Bima	9,9	0,6	5,6	13,7	14,4	20,5	32,9	5,0	33,5	23,0
Sumbawa Barat	9,4	0,0	3,1	9,1	21,9	40,6	54,5	6,1	40,6	37,5
Kota Mataram	15,7	0,8	1,7	1,7	5,0	25,6	29,8	5,0	47,9	34,7
Kota Bima	20,5	2,7	2,7	10,7	11,5	17,0	52,7	9,7	39,3	38,4
Provinsi NTB	11,6	0,6	3,0	6,6	8,8	25,7	38,4	6,5	37,7	30,9

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

Persentase bagian tubuh yang terkena cedera, tertinggi yaitu pergelangan tangan dan tangan (Kabupaten Sumbawa Barat), diikuti dengan lutut dan tungkai bawah(Lombok Barat) serta bagian tumit dan kaki (Lombok Barat) . Bagian leher paling jarang terkena (tertinggi di Kota Bima).

Tabel 3.6.2.2
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	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
Kelompok umur (Tahun)										
<1	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	20,0	0,0	20,0
1-4	17,1	1,3	3,2	5,7	2,5	25,3	17,7	2,5	57,6	31,0
5-14	10,9	0,2	1,6	2,4	7,7	31,6	35,8	6,4	46,9	32,1
15-24	10,7	0,3	2,6	6,8	8,9	28,7	41,5	6,3	35,2	31,3
25-34	11,0	1,1	2,6	9,8	9,1	20,5	45,3	3,8	31,4	31,1
35-44	12,9	1,6	3,8	7,5	6,5	26,2	45,2	2,2	32,1	33,3
45-54	8,1	1,2	2,9	11,6	15,6	15,1	48,3	11,6	16,8	26,0
55-64	8,2	0,0	7,1	2,0	8,2	18,4	32,7	13,3	32,7	33,7
65-74	17,9	0,0	10,7	14,3	16,1	21,4	32,1	10,7	35,1	28,6
75+	10,5	0,0	5,3	15,4	20,5	20,5	30,8	17,9	35,9	12,8
Jenis kelamin										
Laki-laki	13,0	0,7	3,8	6,2	9,4	28,3	35,5	5,7	38,1	32,7
Perempuan	9,8	0,5	2,1	7,2	7,9	22,2	42,2	7,5	37,0	28,3
Pendidikan										
Tidak Sekolah	11,6	1,2	6,0	11,6	18,0	18,0	39,2	10,0	27,9	21,5
Tidak Tamat SD	9,5	0,0	1,8	5,8	7,7	19,9	39,9	5,2	35,9	37,0
Tamat SD	8,9	0,8	2,9	7,0	6,0	29,7	42,7	9,6	29,4	26,0
Tamat SMP	7,5	0,3	2,1	7,2	10,3	27,8	38,1	6,2	36,1	32,6
Tamat SMA	15,6	0,9	3,8	6,6	9,0	29,2	48,3	4,2	36,3	34,0
Tamat PT	11,4	2,9	5,7	8,6	11,4	25,7	57,1	2,9	28,6	37,1

Karakteristik	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
Pekerjaan										
Tidak Bekerja	9,3	1,0	3,4	9,8	11,7	22,9	43,2	10,7	32,7	31,2
Sekolah	7,7	0,2	0,7	4,0	9,1	34,3	38,3	6,7	41,1	33,6
Mengurus RT	10,8	1,7	0,8	7,4	8,3	17,5	41,7	6,6	20,0	24,8
Pegawai (negeri, swasta, Polri)	7,1	1,8	3,6	7,1	8,9	26,8	46,4	3,6	41,1	32,1
Wiraswasta	10,2	0,7	4,4	10,2	9,5	22,6	47,1	3,6	27,7	26,3
Petani/Nelayan/ Buruh	11,9	0,8	4,7	9,3	10,7	21,2	42,4	7,4	30,4	29,0
Lainnya	16,7	0,0	5,0	1,7	5,0	21,7	40,0	13,3	28,3	31,7
Tipe daerah										
Perkotaan	12,5	5,5	2,9	5,5	7,5	23,3	38,0	7,0	37,2	30,2
Pedesaan	11,0	7,3	3,2	7,3	9,7	27,4	38,5	6,1	37,9	31,3
Tingkat pengeluaran per kapita										
Kuintil-1	12,2	0,9	1,7	5,8	8,2	30,0	36,4	7,9	42,3	27,1
Kuintil-2	9,7	0,0	4,9	6,5	7,0	19,3	36,3	5,1	36,6	32,9
Kuintil-3	12,8	1,1	2,5	6,8	9,6	21,1	35,9	9,6	35,6	35,5
Kuintil-4	11,5	0,5	2,7	6,4	9,6	31,6	42,4	6,1	38,0	29,2
Kuintil-5	12,5	0,8	3,0	7,2	10,0	27,4	40,4	4,1	36,3	29,0

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

3.6.2.3 Jenis cedera

Klasifikasi jenis cedera di sini merupakan modifikasi dari klasifikasi menurut ICD-10 (*The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Jenis cedera dapat diartikan juga sebagai jenis luka yang dialami oleh responden yang mengalami cedera. Persentase jenis cedera merupakan angka Persentase dari responden yang mengalami cedera. Jenis cedera yang dialami oleh responden bisa lebih dari satu jenis cedera (*multiple injury*). Tabel 3.6.2.3.1 dan tabel 3.6.2.3.2 adalah Persentase jenis cedera menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.6.2.3.1
Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Lombok Barat	58,2	64,4	46,5	1,9	25,0	3,3	0,0	0,0	0,4
Lombok Tengah	38,3	54,2	19,6	3,3	17,5	3,3	0,0	0,6	0,6
Lombok Timur	41,0	50,7	25,1	1,4	19,4	5,0	0,5	0,0	0,0
Sumbawa	30,2	54,7	34,9	2,3	9,3	4,7	1,2	2,4	0,0
Dompu	40,7	68,6	24,6	2,5	14,4	5,1	0,0	0,0	0,8
Bima	49,1	52,2	29,2	3,1	11,8	6,2	1,9	0,6	0,0
Sumbawa Barat	46,9	69,7	45,5	0,0	15,6	3,0	3,0	0,0	0,0
Kota Mataram	36,4	74,4	21,5	4,1	13,2	2,5	0,0	0,8	0,0
Kota Bima	50,9	67,9	31,3	2,7	19,6	2,7	0,0	0,0	0,0
Provinsi NTB	45,8	59,3	31,2	2,4	18,8	4,0	0,4	0,3	0,3

*) Jenis cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Di provinsi NTB, Persentase jenis cedera tertinggi adalah luka lecet (59,3%) diikuti benturan (45,8%) kemudian luka terbuka (31,2%). Persentase patah tulang dan luka bakar masing-masing 4,0% dan 2,4%, sedangkan putus anggota gerak dan lainnya masih di bawah 1%. Persentase tertinggi luka lecet ada di Kota Mataram, sedangkan jenis cedera dengan Persentase <1%, umumnya tidak tersebar merata di setiap kabupaten. Kasus keracunan tertinggi ada di Sumbawa (2,4%), Kota Mataram (0,8%) dan Lombok Tengah (0,6%). Luka terbuka paling banyak di Lombok Barat (46,5%) dan Sumbawa Barat (45,5%).

Tabel 3.6.2.3.2
Persentase Jenis Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Kelompok umur (tahun)									
<1	25,0	75,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-4	40,1	70,7	20,4	1,3	7,6	0,0	0,0	0,0	1,3
5-14	42,7	70,3	29,4	1,3	18,1	3,6	0,0	0,0	0,0
15-24	50,7	62,4	35,0	2,3	16,7	3,1	0,5	0,8	0,0
25-34	44,3	54,2	32,6	3,4	20,5	6,1	0,8	0,0	0,0
35-44	50,0	50,0	39,8	4,3	16,7	4,8	0,0	0,0	0,5
45-54	39,3	43,9	29,5	2,3	27,2	4,0	0,0	1,2	1,2
55-64	54,1	51,0	31,6	2,0	18,4	6,1	0,0	1,0	0,0
65-74	46,4	39,3	33,9	3,6	40,4	5,4	3,6	1,8	0,0
75+	61,5	20,5	20,5	7,7	33,3	5,3	2,6	0,0	0,0
Pendidikan									
Tidak Sekolah	46,5	63,8	31,3	2,3	16,9	5,1	0,5	0,5	0,1
Tidak Tamat SD	44,8	53,1	31,1	2,5	21,4	2,5	0,2	0,1	0,6
Tamat SD									
Tamat SMP	48,0	45,2	32,7	3,6	28,8	4,4	1,2	0,4	0,8
Tamat SMA	53,2	51,7	31,0	2,8	18,4	4,9	0,0	0,9	0,0
Tamat PT	42,7	57,7	35,4	2,3	17,2	4,7	0,5	0,0	0,0
Pekerjaan	43,0	60,1	32,6	2,1	17,9	3,8	0,0	0,0	0,3
Tidak Bekerja	48,8	64,2	30,2	4,7	20,3	3,8	0,9	0,9	0,5
Sekolah	40,0	65,7	34,3	2,9	11,4	8,8	0,0	0,0	0,0
Mengurus RT									
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	41,5	59,5	30,2	2,4	20,0	5,8	2,0	0,0	0,0
Wiraswasta	47,8	67,2	31,3	2,0	17,5	3,2	0,0	0,0	0,0
Petani/Nelayan/Buruh	38,0	44,6	28,9	1,7	22,3	5,8	0,8	0,0	0,0
Lainnya	41,1	62,5	32,7	3,6	16,1	8,9	0,0	1,8	0,0
Jenis kelamin	43,8	57,7	31,4	2,9	21,9	5,1	0,0	0,0	0,0
Laki-laki	49,4	47,5	35,8	3,9	22,0	4,1	0,4	0,8	0,6
Perempuan	63,3	51,7	36,7	1,7	10,0	6,7	0,0	1,7	0,0
Tipe daerah									
Perkotaan	42,0	59,7	33,1	3,3	20,6	4,3	0,1	0,3	0,4
Pedesaan	48,4	58,9	29,8	1,7	17,5	3,8	0,5	0,4	0,3

Karakteristik	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Tingkat pengeluaran per kapita									
Kuintil-1	48,7	62,4	28,6	2,0	15,7	4,7	0,0	0,0	0,0
Kuintil-2	45,5	53,1	31,7	2,1	19,7	3,7	0,7	0,7	0,0
Kuintil-3	42,7	60,4	32,1	1,4	23,2	6,0	0,3	0,5	0,5
Kuintil-4	48,3	62,0	32,4	3,4	20,3	3,7	0,0	0,5	0,7
Kuintil-5	43,8	59,6	31,0	3,0	14,7	2,2	1,1	0,0	0,0

Menurut karakteristik responden, terdapat pola tertentu untuk beberapa jenis cedera, misalnya luka bakar dan terkilir, cenderung meningkat seiring dengan pertambahan umur. Hal sebaliknya terjadi pada luka lecet. Laki-laki umumnya lebih tinggi Persentasenya dibandingkan perempuan kecuali pada terkilir. Tidak ada pola tertentu menurut jenis pekerjaan, pendidikan dan tingkat pengeluaran per kapita. Penduduk desa umumnya lebih banyak mengalami luka bakar, luka lecet, terkilir dan patah tulang dibanding penduduk kota.

3.7 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Dalam Riskesdas, juga ditanyakan kepada responden mengenai perilakunya sehari-hari khususnya yang berkaitan dengan beberapa hal, yaitu (1) perilaku merokok, (2) perilaku makan buah dan sayur, (3) alkohol, (4) aktivitas fisik, (5) pengetahuan dan sikap terhadap flu burung, (6) pengetahuan dan sikap terhadap HIV/AIDS, (7) perilaku higienis.

3.7.1 Perilaku Merokok

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

3.7.1.1 Kebiasaan Merokok

Tabel 3.7.1.1.1 merupakan sebaran penduduk umur 10 tahun ke atas menurut kebiasaan merokok dan kabupaten dan tabel 3.7.1.1.2 adalah menurut karakteristik responden, yang terdiri dari umur, Jenis Kelamin, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal dan pengeluaran per kapita.

Tabel 3.7.1.1.1
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang-Kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Lombok Barat	23,0	5,9	2,5	68,6
Lombok Tengah	27,5	5,7	1,8	65,0
Lombok Timur	26,9	3,7	1,3	68,1
Sumbawa	27,7	2,7	2,5	67,0
Dompu	22,3	4,2	1,3	72,2
Bima	23,4	5,9	1,6	69,2
Sumbawa Barat	25,4	6,1	2,4	66,0
Kota Mataram	22,4	5,9	2,5	69,2
Kota Bima	20,9	3,8	2,2	73,2
Provinsi NTB	25,2	4,9	1,9	68,0

Di Provinsi NTB lebih dari separoh penduduknya tidak merokok, yang terdiri dari mantan perokok 1,9% dan bukan perokok 68%. Proporsi penduduk di atas 10 tahun yang merokok tiap hari di NTB rerata 25,2%, tertinggi ada di Kabupaten Sumbawa (27,7%) dan Lombok Tengah (27,5%), sedangkan yang terendah di Kota Bima (20,9%). Proporsi tertinggi penduduk tidak merokok ada di Kota Bima (75,4%) dan yang terendah ada di Kab. Lombok Tengah (66,8%).

Tabel 3.7.1.1.2
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas
Menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang-Kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Kelompok Umur (Tahun)				
10-14	0,7	1,5	0,2	97,5
15-24	18,7	6,4	0,7	74,2
25-34	31,0	5,4	1,4	62,2
35-44	32,3	5,5	2,0	60,3
45-54	34,2	4,1	2,6	59,1
55-64	39,2	5,3	3,7	51,8
65-74	33,2	4,7	7,2	55,0
75+	33,7	5,7	7,8	52,7
Jenis Kelamin				
Laki-laki	50,5	9,3	3,7	36,5
Perempuan	3,3	1,1	0,3	95,3
Pendidikan				
Tidak Sekolah	29,6	3,9	2,3	64,2
Tidak Tamat SD	22,0	3,9	1,8	72,3
Tamat SD	21,4	4,0	1,2	73,4
Tamat SMP	25,5	5,6	1,7	67,1
Tamat SMA	30,4	7,7	2,4	59,5
Tamat PT	29,4	7,2	4,3	59,1
Pekerjaan				
Tidak Bekerja	16,9	5,5	2,5	75,1
Sekolah	5,0	4,0	0,5	90,5
Mengurus RT	3,2	1,0	0,2	95,6
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	36,9	7,9	4,9	50,4
Wiraswasta	35,7	5,2	2,1	57,0
Petani/Nelayan/Buruh	43,7	6,3	2,5	47,5
Lainnya	38,3	5,8	3,9	51,9
Tipe Daerah				
Perkotaan	25,5	4,7	2,0	67,9
Pedesaan	25,1	5,0	1,9	68,1
Pendapatan per Kapita				
Kuintil-1	24,4	4,7	1,5	69,5
Kuintil-2	25,5	5,0	1,8	67,7
Kuintil-3	25,9	4,7	1,6	67,9
Kuintil-4	24,9	5,2	1,9	68,0
Kuintil-5	25,3	4,8	2,8	67,0

Berdasarkan tabel 3.7.1.1.2 ini diketahui bahwa persentase tertinggi perokok setiap hari pada kelompok usia 55-64 tahun (39.2%). Secara garis besar proporsi pria perokok saat ini lebih besar dibandingkan wanita. Di provinsi NTB, persentase perokok tiap hari berdasarkan pendidikan, tertinggi pada pendidikan tamat SMA (30.4%), diikuti oleh tidak sekolah dan tamat SMA+ (29.6% dan 29.4%). Proporsi antara penduduk desa dan kota hampir sama begitu juga berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita.

3.7.1.2 Jumlah Batang Rokok yang Dihisap

Prevalensi perokok dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap penduduk umur 10 tahun ke atas menurut kabupaten/Kota terdapat pada tabel 3.7.1.2.1 dan kalau menurut karakteristik responden ada pada tabel 3.7.1.2.2.

Tabel 3.7.1.2.1
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Perokok Saat Ini	
	%	Rerata Jumlah Batang Rokok /Hari
Lombok Barat	28,9	7,98
Lombok Tengah	33,2	10,18
Lombok Timur	30,6	9,19
Sumbawa	30,4	9,89
Dompu	26,5	11,23
Bima	29,3	9,79
Sumbawa Barat	31,6	10,69
Kota Mataram	28,3	8,29
Kota Bima	24,6	11,12
Provinsi NTB	30,1	9,4

Walaupun menurut Kabupaten/Kota, prevalensi perokok setiap hari paling tinggi di Kabupaten Lombok Tengah, namun rerata jumlah batang rokok per hari paling banyak terdapat di Kabupaten Dompu yaitu lebih dari 11 batang per hari.

Tabel 3.7.1.2.2
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok Saat Ini	
	%	Rerata Jumlah Batang Rokok/Hari
Kelompok Umur		
10-14 Tahun	2,3	4,44
15-24 Tahun	25,1	7,58
25-34 Tahun	36,5	10,17
35-44 Tahun	37,7	10,31
45-54 Tahun	38,3	10,46
55-64 Tahun	44,5	9,22
65-74 Tahun	37,8	8,43
75+ Tahun	39,4	7,86
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	59,7	9,60
Perempuan	4,4	7,07
Pendidikan		
Tidak Sekolah	33,6	9,56
Tidak Tamat SD	25,9	9,61
Tamat SD	25,4	9,28
Tamat SMP	31,1	9,01
Tamat SMA	38,1	9,36
Tamat PT	36,7	9,97
Pekerjaan		
Tidak Kerja	22,5	7,88
Sekolah	8,9	5,70
Ibu Rumah Tangga	4,2	7,95
Pegawai	44,8	10,75
Wiraswasta	40,9	10,05
Petani/Nelayan/Buruh	50,0	9,71
Lainnya	44,2	9,83
Tipe Daerah		
Perkotaan	30,2	9,17
Pedesaan	30,1	9,54
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	29,1	8,74
Kuintil-2	30,5	8,78
Kuintil-3	30,6	9,51
Kuintil-4	30,1	9,47
Kuintil-5	30,2	10,35

Rerata jumlah batang rokok yang dihisap tiap hari tetinggi terdapat di kelompok umur dewasa 45-54 tahun dengan 10,46 batan rokok, namun usia terbanyak perokok saat ini pada kelompok umur 55-64 tahun. Jumlah perokok laki-laki jauh lebih banyak dari wanita, sedangkan menurut tingkat pendidikan tidak ada pola tertentu.

Para petani/nelayan/buruh lebih banyak menjadi perokok dibanding jenis pekerjaan lainnya, namun jumlah rokok yang dihisap lebih tinggi pada kelompok pegawai dimana penghasilannya relatif stabil. Hampir tidak ada perbedaan sebaran perokok dan jumlah batang rokok pada penduduk desa maupun kota, sedangkan tingkat pengeluaran berbanding lurus dengan jumlah rokok yang dihisap, namun hampir sama untuk persentase perokok saat ini.

3.7.1.3 Rerata Batang Rokok per Hari

Sebaran penduduk umur 10 tahun ke atas perokok menurut rerata jumlah batang rokok menurut Kabupaten/Kota terlihat pada tabel 3.7.1.3.1 sedangkan menurut karakteristik responden ada pada tabel 3.7.1.3.2.

Tabel 3.7.1.3.1
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok Menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rerata Batang Rokok Per Hari				
	≥49 Batang	37-48 Batang	25-36 Batang	13-24 Batang	1-12 Batang
Lombok Barat	0,0	0,0	0,4	6,2	93,4
Lombok Tengah	0,4	0,5	3,6	12,9	82,8
Lombok Timur	0,0	0,0	1,3	15,4	83,3
Sumbawa	0,0	0,0	0	7,9	92,1
Dompu	0,0	0,0	4,0	15,0	81,0
Bima	0,0	0,2	1,3	13,9	84,6
Sumbawa Barat	0,0	0,8	1,7	19,5	78,0
Kota Mataram	0,0	0,2	0,2	7,4	92,2
Kota Bima	0,0	0,8	1,6	15,3	82,3
Provinsi NTB	0,1	0,2	1,6	11,8	86,4

Tabel ini menunjukkan bahwa di semua kabupaten/kota, rerata jumlah batang rokok yang dihisap adalah 1-12 batang. Kabupaten Lombok Tengah menunjukkan rerata jumlah batang rokok yang dihisap mencapai ≥49 batang, namun dengan persentase yang kecil.

Tabel 3.7.1.3.2
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok Menurut Rerata Jumlah
Batang Rokok dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rerata Batang Rokok Per Hari				
	≥49 Batang	37-48 Batang	25-36 Batang	13-24 Batang	1-12 Batang
Kelompok Umur (Tahun)					
10-14	0,0	0,0	0,0	3,6	96,4
15-24	0,0	0,0	0,3	7,4	92,3
25-34	0,0	0,1	1,7	13,5	84,7
35-44	0,0	0,3	2,2	13,4	84,1
45-54	0,0	0,4	2,8	12,6	84,3
55-64	0,3	0,0	1,6	13,1	84,9
65-74	0,7	0,7	0,7	9,8	88,1
75+	0,0	0,0	0,0	12,6	87,4
Pendidikan					
Tidak Sekolah	0,2	0,4	1,8	13,1	84,4
Tidak tamat SD	0,0	0,0	1,9	13,4	84,6
Tamat SD	0,0	0,0	1,9	10,0	88,1
Tamat SMP	0,0	0,3	0,7	11,1	87,9
Tamat SMA	0,2	0,0	1,2	10,9	87,7
Tamat SMA+	0,0	0,4	1,9	14,0	83,7
Pekerjaan					
Tidak Kerja	0,0	0,4	1,4	6,2	92,0
Sekolah	0,0	0,0	0,7	3,0	96,4
Ibu Rumah Tangga	0,0	0,0	0,0	8,9	91,1
Pegawai	0,0	0,2	2,3	16,2	81,2
Wiraswasta	0,0	0,1	2,1	13,4	84,4
Petani/Nelayan/Buruh	0,1	0,2	1,6	12,6	85,5
Lainnya	0,0	0,0	0,4	12,8	86,8
Tipe Daerah					
Perkotaan	0,0	0,1	1,1	11,3	87,5
Pedesaan	0,1	0,3	1,8	12,1	85,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	0,0	0,0	1,6	8,2	90,2
Kuintil-2	0,2	0,1	0,9	10,7	88,1
Kuintil-3	0,0	0,3	1,9	12,4	85,4
Kuintil-4	0,2	0,2	1,6	12,6	85,4
Kuintil-5	0,0	0,3	1,9	14,3	83,6

Berdasarkan Tabel ini dapat diketahui bahwa perokok saat ini pada laki-laki dengan kelompok umur 10-14 tahun dengan rata-rata merokok 1-12 batang perhari memiliki persentase tertinggi (96.4%). Untuk tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, tempat tinggal dan tingkat pengeluaran, memiliki proporsi yang hampir sama.

3.7.1.4 Usia Mulai Merokok Tiap Hari

Dalam Riskesdas juga ditanyakan kepada penduduk yang berumur 10 tahun ke atas yang merokok tiap hari dan sebarannya terlihat pada tabel 3.7.1.4.1 dan tabel 3.7.1.4.2 yaitu tabel tentang sebaran penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.7.1.4.1
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Usia Mulai Merokok Tiap Hari						Tidak Tahu
	5-9 Tahun	10-14 Tahun	15-19 Tahun	20-24 Tahun	25-29 Tahun	≥30 Tahun	
Lombok Barat	0,0	11,3	39,9	14,9	3,9	2,2	27,3
Lombok Tengah	0,0	9,2	32,2	7,9	2,4	2,4	44,9
Lombok Timur	0,0	16,6	38,4	8,2	2,8	1,8	30,5
Sumbawa	0,0	4,8	45,7	21,1	1,8	0,2	26,2
Dompu	0,0	5,3	32,4	19,4	5,3	2,9	34,7
Bima	0,0	7,8	46,5	20,6	6,4	3,3	15,0
Sumbawa Barat	0,0	8,5	34,0	13,8	2,1	1,1	40,4
Kota Mataram	0,0	13,9	52,5	15,2	2,5	0,9	14,3
Kota Bima	0,0	6,7	49,1	17,0	3,8	1,9	20,8
Provinsi NTB	0,0	11,8	39,8	13,0	3,2	1,9	30,2

Dari tabel ini tampak bahwa sebaran tertinggi usia mulai merokok setiap hari pada kelompok umur remaja 15-19 tahun (39,8%) dan paling banyak terdapat di Kota Mataram.

Tabel 3.7.1.4.2
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Usia Mulai Merokok Tiap Hari						Tidak Tahu
	5-9 Tahun	10-14 Tahun	15-19 Tahun	20-24 Tahun	25-29 Tahun	≥30 Tahun	
Kelompok Umur (Tahun)							
10-14	0,0	64,7	17,6	0,0	0,0	0,0	17,6
15-24	0,0	23,3	62,3	3,7	0,0	0,0	9,9
25-34	0,0	11,1	51,4	14,6	3,1	0,1	19,7
35-44	0,0	9,9	37,3	18,9	4,2	1,8	27,9
45-54	0,0	7,6	27,5	14,8	3,8	3,8	42,5
55-64	0,0	7,8	23,5	13,2	5,0	2,8	47,6
65-74	0,0	8,5	16,5	10,5	4,0	6,0	54,4
75+	0,0	3,1	20,2	9,3	2,3	6,2	58,9
Jenis Kelamin							
Laki	0,0	12,4	41,7	13,4	3,0	1,3	28,1
Perempuan	0,0	3,1	13,8	7,6	5,2	10,7	59,5
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0,0	8,0	22,8	9,8	3,2	4,1	52,1
Tidak Tamat SD	0,0	11,7	31,9	12,2	2,5	2,9	38,8
Tamat SD	0,0	14,1	39,2	13,6	3,6	1,3	28,2
Tamat SMP	0,0	17,4	48,7	11,7	2,5	0,6	18,5
Tamat SMA	0,0	9,7	57,0	14,9	2,3	0,4	15,7
Tamat PT	0,0	4,8	48,3	23,7	9,2	2,4	11,6
Pekerjaan							
Tidak Kerja	0,0	12,2	40,3	8,0	1,7	2,8	34,5
Sekolah	0,0	28,7	55,0	0,6	1,2	0,6	12,3
Ibu Rumah Tangga	0,0	2,7	21,6	8,1	5,4	17,6	44,6
Pegawai	0,0	6,6	46,3	24,4	6,4	1,4	15,0
Wiraswasta	0,0	10,3	46,2	13,2	2,4	0,8	27,1
Petani/Nelayan/Buruh	0,0	11,7	35,4	13,0	3,0	1,7	35,2
Lainnya	0,0	15,2	48,6	12,9	5,7	2,4	15,2
Tipe Daerah							
Pekotaan	0,0	14,1	45,2	14,2	2,9	0,7	22,6
Pedesaan	0,0	10,4	36,4	12,2	3,4	2,7	35,0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	0,0	13,1	37,4	9,3	2,9	0,7	36,6
Kuintil-2	0,0	13,1	38,5	12,3	3,3	1,5	31,3
Kuintil-3	0,0	13,0	39,0	13,2	2,0	1,2	31,4
Kuintil-4	0,0	9,4	40,7	12,7	3,2	3,7	29,9
Kuintil-5	0,0	10,7	43,0	16,8	4,3	2,3	23,0

Tabel ini menunjukkan bahwa penduduk pada kelompok umur 10-14 tahun memiliki persentase terbesar (64,7%) dengan usia mulai merokok tiap hari antara 10-14 tahun. Penduduk laki yang mulai merokok tiap hari antara 15-19 tahun, memiliki persentase tertinggi (40.1%). Menurut karakteristik pendidikan tampak bahwa penduduk yang hanya tamat SMP paling muda usianya saat mulai merokok setiap hari, begitu pula dengan jenis pekerjaan sekolah. Penduduk kota cenderung lebih muda usianya mulai merokok setiap hari dibanding penduduk desa. Penduduk dengan tingkat pengeluaran lebih rendah juga cenderung lebih banyak yang merokok pada usia di bawah 15 tahun.

3.7.1.5 Umur Pertama Kali Merokok

Untuk mengetahui seberapa lama seseorang merokok, maka dalam Riskesdas juga ditanyakan tentang umur pertama kali merokok. Tabel 3.7.1.5.1 adalah tabel tentang penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut umur pertama kali merokok menurut kabupaten/kota sedangkan tabel 3.7.1.5.2 menurut karakteristik responden.

Tabel 3.7.1.5.1
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Umur Pertama Kali Merokok Berdasarkan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Usia Pertama Kali Merokok						Tidak Tahu
	5-9 Tahun	10-14 Tahun	15-19 Tahun	20-24 Tahun	25-29 Tahun	≥0 Tahun	
Lombok Barat	0,9	12,6	31,4	9,8	3,1	2,0	40,1
Lombok Tengah	0,6	13,0	29,0	7,5	2,1	1,9	46,0
Lombok Timur	1,8	15,0	34,4	6,8	2,9	1,9	37,1
Sumbawa	0,4	4,4	39,4	16,8	1,4	0,2	37,5
Dompu	0,0	7,6	29,9	14,2	1,9	0,9	45,5
Bima	0,6	6,9	36,8	19,5	4,8	4,2	27,2
Sumbawa Barat	0,8	5,5	25,2	11,8	2,4	0,8	53,5
Kota Mataram	1,1	13,3	42,4	9,9	2,5	1,4	29,3
Kota Bima	0,7	6,6	43,4	12,5	2,9	2,2	31,6
Provinsi NTB	1,0	11,5	33,9	10,4	2,7	1,9	38,6

Untuk usia mulai merokok tapi tidak setiap hari, di hampir semua kabupaten rata-rata sudah dimulai pada usia 5-9 tahun, kecuali di Kabupaten Dompu yang baru dimulai pada usia 10-14 tahun.

Tabel 3.7.1.5.2
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Umur Pertama Kali Merokok dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Usia pertama kali merokok/kunyah tembakau						Tidak Tahu
	5-9 Tahun	10-14 Tahun	15-19 Tahun	20-24 Tahun	25-29 Tahun	≥30 Tahun	
Kelompok Umur (Tahun)							
10-14	11,7	58,3	5,0	0,0	0,0	0,0	25,0
15-24	1,0	21,0	55,2	4,6	0,0	0,0	18,3
25-34	1,1	12,3	41,7	11,7	2,4	0,2	30,5
35-44	0,8	9,3	31,3	14,4	4,0	2,5	37,8
45-54	0,7	6,7	24,7	11,5	3,5	3,3	49,6
55-64	1,1	7,4	20,0	10,6	4,4	2,9	53,6
65-74	0,9	4,7	13,6	10,4	3,3	4,4	62,7
75+	0,0	1,7	18,9	8,9	1,1	4,4	65,0
Jenis Kelamin							
Laki-laki	1,0	12,2	35,7	10,7	2,6	1,2	36,5
Perempuan	0,5	3,5	12,7	6,6	3,5	9,4	63,7
Pendidikan							
Tidak Sekolah	1,4	6,5	18,3	7,9	2,8	3,3	59,8
Tidak Tamat SD	0,8	11,7	25,7	9,1	2,5	2,5	47,7
Tamat SD	1,2	15,0	30,9	9,6	2,8	1,5	39,0
Tamat SMP	0,6	15,4	46,9	8,7	1,9	0,6	25,7
Tamat SMA	1,1	10,1	46,9	14,0	2,1	1,3	24,3
Tamat PT	0,3	5,9	42,7	20,1	6,6	1,7	22,6
Pekerjaan							
Tidak Kerja	1,9	9,7	34,1	7,1	1,5	2,8	43,0
Sekolah	3,1	24,6	46,8	1,5	0,6	0,3	23,1
Ibu Rumah Tangga	0,0	3,7	15,7	7,4	3,7	15,7	53,7
Pegawai	0,2	7,6	42,3	19,6	4,9	1,2	24,1
Wiraswasta	1,3	10,4	36,5	10,4	2,9	1,1	37,2
Petani/Nelayan/Buruh	0,7	11,5	29,9	10,3	2,6	1,6	43,3
Lainnya	0,4	12,9	40,3	14,4	2,7	1,9	27,4
Tipe Daerah							
Pekotaan	1,5	12,7	38,6	10,9	2,7	1,2	32,4
Pedesaan	0,7	10,7	30,9	10,1	2,7	2,3	42,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	1,1	11,7	31,6	8,4	2,1	0,7	44,4
Kuintil-2	0,4	11,5	33,6	9,6	2,9	0,9	41,0
Kuintil-3	1,7	13,9	32,4	9,8	1,5	1,8	39,1
Kuintil-4	1,1	9,2	34,3	10,3	3,1	2,7	39,4
Kuintil-5	0,8	11,4	37,0	13,5	3,7	2,8	30,9

Berdasarkan tabel 3.7.1.5.2 ini dapat diketahui bahwa persentase pertama kali merokok/mengunyah tembakau paling muda pada usia 5-9 tahun, tertinggi pada kelompok umur 10-14 tahun sebesar 11,7%. Sedangkan persentase terbesar pertama kali merokok/mengunyah tembakau pada usia 10-14 tahun. Pada daerah Kota usia pertama kali merokok/mengunyah tembakau cenderung lebih muda dibandingkan daerah pedesaan.

3.7.1.6 Perokok dalam Rumah

Tabel 3.7.1.6 adalah tabel tentang prevalensi perokok dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga (ART) menurut kabupaten/kota.

Tabel 3.7.1.6
Prevalensi Perokok dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Merokok di dalam Rumah
Lombok Barat	81.3
Lombok Tengah	81.6
Lombok Timur	87.4
Sumbawa	90.8
Dompu	89.0
Bima	89.8
Sumbawa Barat	79.7
Kota Mataram	80.2
Kota Bima	88.8
Provinsi NTB	84.9

Dari tabel ini dapat diketahui bahwa dari penduduk yang merokok, sebagian besar akan merokok di rumah. Hal ini akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain menjadi perokok pasif.

3.7.1.7 Jenis Rokok yang Dihisap

Jenis rokok yang dihisap bermacam-macam, sehingga perlu dikaji jenis rokok apa yang paling disukai oleh penduduk. Jenis rokok yang dihisap oleh penduduk meliputi kretek dengan filter, kretek tanpa filter, rokok putih, rokok linting, cangklong, cerutu, tembakau dikunyah dan lain-lain. Tabel 3.7.1.7.1 adalah table tentang penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut jenis rokok yang dihisap dan kabupaten/kota sedangkan tabel 3.7.1.7.2 menurut karakteristik responden.

Tabel 3.7.1.7.1
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Rokok yang Dihisap							
	Kretek Dengan Filter	Kretek Tanpa Filter	Rokok Putih	Rokok Linting	Cang klong	Cerutu	Tembakau Dikunyah	Lainnya
Lombok Barat	65,7	11,2	8,0	53,9	0,2	0,2	9,5	0,4
Lombok Tengah	54,4	17,2	22,1	64,6	2,0	2,0	13,6	0,8
Lombok Timur	55,3	14,0	25,4	58,7	2,7	2,5	9,2	0,2
Sumbawa	67,2	25,3	14,6	32,8	2,3	0,2	2,3	0,2
Dompu	71,6	16,4	10,4	26,9	0,0	0,0	4,0	0,5
Bima	55,3	25,1	9,9	20,5	0,4	0,7	9,7	1,3
Sumbawa Barat	62,7	23,7	32,5	25,4	0,0	0,0	3,4	0,8
Kota Mataram	69,4	13,0	34,6	18,1	0,0	0,2	3,2	0,5
Kota Bima	71,0	28,2	23,4	8,1	0,0	0,0	2,4	0,0
Provinsi NTB	60,4	16,9	19,4	46,7	1,4	1,2	8,6	0,5

Jenis rokok kretek dengan filter lebih banyak dipilih di provinsi NTB, Namun beberapa kabupaten seperti Lombok Tengah dan Lombok Timur, penduduknya lebih memilih rokok linting daripada rokok filter. Tembakau dikunyah banyak dilakukan oleh rumah tangga di Lombok Tengah.

Tabel 3.7.1.7.2
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Rokok yang Dihisap							
	Kretek dengan Filter	Kretek Tanpa Filter	Rokok Putih	Rokok Linting	Cang-klong	Cerutu	Tembakau Dikunyah	Lainnya
Kelompok Umur (Tahun)								
10-14	75,9	16,4	7,3	35,2	1,8	0,0	5,6	0,0
15-24	78,5	17,9	29,9	30,5	1,2	1,3	1,5	0,4
25-34	73,5	17,9	21,7	40,0	1,2	1,5	3,7	0,3
35-44	68,4	17,7	18,4	47,4	2,2	1,3	4,4	0,1
45-54	48,7	18,3	16,0	57,6	1,3	0,9	10,0	0,4
55-64	35,9	13,8	13,1	63,4	1,1	1,1	19,0	0,3
65-74	21,1	13,0	10,9	56,3	2,1	1,8	28,1	3,5
75+	16,7	8,6	3,3	57,3	0,0	0,7	35,8	1,3
Jenis Kelamin								
Laki								
Perempuan	63,7	17,9	20,3	49,2	1,5	1,2	3,7	0,4
Pendidikan								
Tidak Sekolah	12,5	4,6	8,6	16,2	0,5	1,0	67,0	2,3
Tidak Tamat SD								
Tamat SD	28,8	11,8	10,9	63,6	1,0	1,0	26,0	1,3
Tamat SMP	51,0	15,5	14,3	61,6	2,6	1,9	9,8	0,4
Tamat SMA	65,7	17,6	19,1	52,1	1,2	0,9	4,5	0,5
Tamat PT	72,6	20,0	22,9	38,8	1,3	1,0	2,6	0,2
Pekerjaan								
Tidak Kerja	79,0	19,6	27,9	23,6	1,5	1,6	2,8	0,2
Sekolah	78,3	16,3	28,3	15,1	0,0	0,0	0,4	0,4
Ibu Rumah Tangga	55,5	15,7	20,0	38,8	0,8	0,4	18,4	0,8
Pegawai	70,2	15,7	32,0	26,2	3,3	2,6	4,6	0,0
Wiraswasta	33,7	5,0	15,8	20,8	4,0	2,0	50,5	2,0
Petani/Nelayan/Buruh	82,6	15,8	25,4	13,0	0,2	0,0	2,1	0,2
Lainnya	74,5	22,7	31,3	40,3	1,7	2,5	3,9	0,7
Tipe Daerah								
Pekotaan	53,0	16,0	14,4	59,2	1,4	1,2	8,1	0,4
Pedesaan	71,8	20,3	14,5	34,4	0,8	0,0	7,9	1,2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita								
Kuintil-1	69,3	16,8	26,5	38,1	1,5	1,7	5,6	0,3
Kuintil-2	54,9	16,9	15,0	52,0	1,4	1,0	10,4	0,7
Kuintil-3	52,4	16,1	16,8	57,1	0,6	1,1	9,1	0,2
Kuintil-4	55,7	14,7	16,0	52,3	2,3	1,0	9,9	0,8
Kuintil-5	60,4	15,7	19,7	50,9	1,7	1,7	8,0	0,3

Tabel 3.7.1.7.2 ini menyajikan Persentase penduduk ≥ 10 tahun yang merokok menurut jenis rokok yang dihisap. Dapat dilihat bahwa sebagian besar penduduk yang berumur antara 10-44 tahun cenderung memilih rokok kretek dengan filter, sedangkan penduduk yang berumur 45 tahun ke atas cenderung memilih rokok liting. Dalam Riset memperlihatkan bahwa penduduk dengan tingkat pendidikan tidak sekolah dan tidak tamat SD lebih memilih rokok liting, sedangkan penduduk dengan tingkat pendidikan lebih tinggi akan lebih memilih rokok kretek dengan filter.

Pemilihan jenis rokok filter juga lebih banyak pada penduduk kota, sedangkan penduduk desa memilih rokok liting, begitu halnya dengan status ekonomi. Peningkatan pengeluaran perkapita sejalan dengan meningkatnya pemilihan rokok filter.

3.7.2 Perilaku Penduduk Makan Buah Dan Sayur

Riskesdas 2007 mengumpulkan data frekuensi dan porsi asupan sayur dan buah, dengan mengukur jumlah hari dalam seminggu dan jumlah porsi rata-rata dalam sehari. Penduduk dikategorikan 'cukup' mengkonsumsi sayur dan buah apabila mengkonsumsi sayur dan buah tiap hari dengan perimbangan minimal 5 porsi sayur dan buah selama 7 hari dalam seminggu. Dikategorikan 'kurang' apabila konsumsi sayur dan buah kurang dari ketentuan di atas. Tabel 3.7.2.1 dan 3.7.2.2 adalah tabel tentang prevalensi penduduk umur 10 tahun ke atas yang kurang makan buah dan sayur menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.7.2.1
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang makan sayur dan buah
Lombok Tengah	94,7
Lombok Timur	91,8
Sumbawa	96,7
Dompu	92,8
Bima	96,6
Sumbawa Barat	75,3
Kota Mataram	97,7
Kota Bima	91,4
Provinsi NTB	92,5

Berdasarkan kabupaten/kota dari tabel ini terlihat bahwa kabupaten Sumbawa Barat memiliki prevalensi tertinggi kurang makan sayur dan buah (97,7%), sedangkan Kabupaten Bima memiliki kecukupan yang relatif lebih tinggi dibanding kabupaten lainnya.

Tabel 3.7.2.2
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesmas 2007

Karakteristik	Kurang Makan Buah dan Sayur
Kelompok Umur (Tahun)	
10-14	93,4
15-24	92,7
25-34	91,6
35-44	90,9
45-54	92,2
55-64	95,2
65-74	94,3
75+	97,3
Jenis Kelamin	
Laki-laki	92,7
Perempuan	92,6
Pendidikan	
Tidak Sekolah	95,4
Tidak Tamat SD	93,6
Tamat SD	92,6
Tamat SMP	92,4
Tamat SMA	90,0
Tamat PT	88,0
Pekerjaan	
Tidak Kerja	94,3
Sekolah	92,9
Ibu RT	91,2
Pegawai	88,3
Wiraswasta	92,5
Petani/Nelayan/Buruh	93,3
Lainnya	92,7
Tipe Daerah	
Pekotaan	95,0
Pedesaan	91,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil-1	93,7
Kuintil-2	94,0
Kuintil-3	92,9
Kuintil-4	91,4
Kuintil-5	91,2

Dari tabel 3.7.2.2 dapat diketahui bahwa secara garis besar persentase penduduk yang memiliki kecukupan sayur dan buah sangat kecil. Pada penduduk yang berusia 35-44 tahun memiliki kecukupan sayur dan buah paling baik. Hampir tidak ada perbedaan pada Jenis Kelamin. Umumnya semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin kecil prevalensi kurang makan buah dan sayur hal yang sama dapat dilihat sejalan dengan meningkatnya status ekonomi keluarga, sedangkan jenis pekerjaan pegawai memiliki tingkat kecukupan yang paling baik. Penduduk desa umumnya lebih banyak makan sayur dan buah dibanding penduduk kota.

3.7.3 Perilaku Minum Alkohol

Salah satu faktor risiko kesehatan adalah kebiasaan mengkonsumsi alkohol. Dalam Riskesdas 2007 informasi perilaku minum alkohol digali dengan menanyakan pada responden umur 10 tahun ke atas. Karena perilaku minum alkohol seringkali periodik maka penggalian informasi hanya pada 12 bulan dan satu bulan terakhir. Wawancara diawali dengan pertanyaan apakah mengkonsumsi minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir. Bagi penduduk yang menjawab “ya” ditanyakan dalam 1 bulan terakhir, kemudian ditanyakan juga frekuensinya, jenis minuman yang diminum serta berapa rata-rata satuan minuman standar.

3.7.3.1 Prevalensi Peminum Alkohol

Jawaban responden yang bervariasi tentang persepsi ukuran yang digunakan ketika minum alkohol, kemudian dilakukan kalibrasi sehingga didapatkan ukuran yang standar, dengan demikian dapat dibandingkan menurut provinsi maupun karakteristik responden yang lain. Satu minuman standar setara dengan bir dengan volume 285 mili liter. Prevalensi peminum alkohol menurut kabupaten/kota terlihat pada tabel 3.7.3.1.1 sedangkan menurut karakteristik responden ada pada tabel 3.7.3.1.2.

Tabel 3.7.3.1.1
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Konsumsi Alkohol 12 Bulan Terakhir	Konsumsi Alkohol 1 Bulan Terakhir
Lombok Barat	1.6	1.1
Lombok Tengah	2.1	1.1
Lombok Timur	1.2	0.5
Sumbawa	0.7	0.4
Dompu	1.4	0.8
Bima	1.9	0.8
Sumbawa Barat	1.6	1.1
Kota Mataram	7.0	5.1
Kota Bima	2.4	1.4
Provinsi NTB	2.0	1.2

Konsumsi alkohol selama 12 bulan terakhir di Provinsi NTB mencapai 2% lebih rendah dari angka nasional (3,2%). Prevalensi tertinggi terdapat di Kota Mataram (7,0%) dan terendah di Kabupaten Sumbawa (0,7%). Walaupun prevalensi konsumsi alkohol pada 12 bulan terakhir termasuk rendah di Kota Bima, namun sebagian besar masih meneruskan konsumsi alkohol sampai 1 bulan terakhir.

Tabel 3.7.3.1.2
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Minum Alkohol dalam 12 Bulan Terakhir	Masih Minum Alkohol 1 Bulan Terakhir
Kelompok Umur (Tahun)		
10-14	0,4	0,2
15-24	3,0	1,8
25-34	3,0	1,9
35-44	2,2	1,1
45-54	1,5	0,9
55-64	1,4	0,8
65-74	0,8	0,4
75+	0,3	0,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	4,0	2,4
Perempuan	0,3	0,1
Pendidikan		
Tidak Sekolah	0,9	0,6
Tidak Tamat SD	1,2	0,8
Tamat SD	1,6	1,0
Tamat SMP	2,7	1,5
Tamat SMA	4,1	2,2
Tamat SMA +	3,1	1,9
Pekerjaan		
Tidak Kerja	1,8	1,2
Sekolah	0,9	0,4
Ibu RT	0,6	0,3
Pegawai	4,9	3,3
Wiraswasta	3,7	2,1
Petani/Nelayan/Buruh	2,3	1,3
Lainnya	2,9	1,9
Tipe Daerah		
Pekotaan	2,9	1,8
Pedesaan	1,5	0,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	1,4	1,0
Kuintil-2	2,1	1,4
Kuintil-3	2,0	1,0
Kuintil-4	2,5	1,2
Kuintil-5	2,0	1,2

Dari tabel ini dapat diketahui bahwa persentase terbesar penduduk yang mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir adalah umur 25-34 tahun (3%) dan hanya 1.9% yang tetap mengkonsumsi alkohol 1 bulan terakhir. Persentase laki-laki yang mengkonsumsi minuman keras pada 12 bulan terakhir dan tetap mengkonsumsi sampai 1 bulan terakhir jauh lebih tinggi daripada perempuan. Penduduk yang tinggal di pedesaan lebih sedikit mengkonsumsi alkohol dibandingkan penduduk yang tinggal di Kota. Penduduk dengan pendidikan lebih tinggi cenderung lebih banyak mengkonsumsi alkohol, begitu pula dari status ekonomi dapat terlihat bahwa penduduk yang memiliki tingkat pengeluaran lebih tinggi akan cenderung lebih banyak mengkonsumsi alkohol.

3.7.3.2 Frekuensi Minum dan Jenis Minuman

Tabel 3.7.3.2.1 menggambarkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang minum alkohol menurut frekuensi minum serta jenis minuman berdasarkan kabupaten/kota. Frekuensi minum terbanyak (≥ 5 hr/minggu) oleh rumah tangga terdapat di Lombok Timur (45,0%) dan Kota Bima (42,9%) sedangkan proporsi rumah tangga yang frekuensi minum sedikit (< 1 x/bulan) di Dompu dan Kab. Bima. Minuman beralkohol yang banyak di minum di NTB adalah minuman tradisional (68,2%) dan bir (20,2%). Minuman tradisional banyak diminum oleh rumah tangga di Kab. Lombok Barat (88,6%), Kota Mataram (84,7%), Kab. Lombok Timur dan Lombok Tengah. Proporsi rumah tangga yang banyak minum bir terdapat di Kab. Sumbawa Barat, Sumbawa, Kota Bima, Dompu dan Kab. Bima, sedangkan yang paling banyak minum whiskey/vodka terdapat di Kab. Lombok Tengah, Sumbawa dan Kota Bima. Di .Kab. Bima banyak rumah tangga yang minum anggur/wine (46,2%).

Tabel 3.7.3.2.1
Proporsi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman, di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Frekuensi				Jenis Minuman			
	≥ 5 hr/mg	1-4 hr/mg	1-3 hr/bln	< 1 x/bln	Bir	Whiskey / Vodka	Anggur / Wine	Minuman Tradisional
Lombok Barat	17.1	28.6	40.0	14.3	5.7	0.0	5.7	88.6
Lombok Tengah	5.7	17.1	57.1	20.0	11.4	14.3	0.0	74.3
Lombok Timur	45.0	25.0	30.0	0.0	25.0	0.0	0.0	75.0
Sumbawa	0.0	14.3	57.1	28.6	71.4	14.3	0.0	14.3
Dompu	0.0	.0	60.0	40.0	60.0	0.0	20.0	20.0
Bima	7.7	15.4	38.5	38.5	53.8	0.0	46.2	0.0
Sumbawa Barat	0.0	33.3	66.7	0.0	75.0	0.0	25.0	0.0
Kota Mataram	6.9	12.5	52.8	27.8	8.3	4.2	2.8	84.7
Kota Bima	42.9	14.3	14.3	28.6	71.4	14.3	14.3	0.0
Provinsi NTB	13.2	17.8	47.2	21.8	20.2	5.1	6.6	68.2

Tabel 3.114 menggambarkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang minum alkohol menurut frekuensi minum serta jenis minuman berdasarkan berbagai karakteristik responden. Peminum alkohol yang minum dengan frekuensi ≥ 5 hari tiap minggu (hampir tiap hari) banyak terdapat pada umur 45-64 tahun (50,0%) dan lebih banyak perempuannya. Antara yang berpendidikan rendah maupun tinggi, dan antara rumah tangga yang mempunyai pengeluaran per kapita lebih tinggi dan lebih rendah,

tampaknya tidak ada perbedaan pada frekuensi minum penduduknya, tetapi di kota lebih banyak daripada di desa dan meningkat pada pendidikan yang semakin rendah; sedangkan Jenis Kelamin.

Jenis minuman yang banyak disukai adalah minuman tradisional dan bir, dan perempuan lebih banyak yang minum bir. Penduduk desa lebih banyak mengkonsumsi bir daripada penduduk kota. Anggur/wine terbanyak diminum oleh kelompok umur 15-44 tahun dan kelompok berpendidikan tinggi (tamat PT).

Tabel 3.7.3.2.2
Proporsi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman, Menurut Karakteristik di Provinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas 2007

Karakteristik	Frekuensi				Jenis Minuman			
	≥5 hr/mg	1-4 hr/mg	1-3 hr/bln	<1x/bln	Bir	Whiskey / Vodka	Anggur/ Wine	Minuman Tradisional
Kelompok Umur								
10-14 tahun	16.7	0.0	50.0	33.3	20,0	0.0	0.0	80.0
15-24 tahun	7.1	24.3	45.7	22.9	18.8	7.2	7.2	66.7
25-34 tahun	11.9	16.9	47.5	23.7	25.0	1.7	10.0	63.3
35-44 tahun	17.2	20.7	37.9	24.1	20.7	10.3	10.3	58.6
45-54 tahun	25.0	0.0	55.0	20.0	20.0	0.0	0.0	80.0
55-64 tahun	25.0	16.7	58.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100
65-74 tahun	0.0	33.3	66.7	0.0	0.0	33.3	0.0	66.7
75+ tahun	13.0	0.0	100	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Jenis Kelamin								
Laki	12.8	18.1	48.4	20.7	19.0	5.3	7.4	68.3
Perempuan	18.2	9.1	27.3	45.5	27.3	9.1	.0	63.6
Pendidikan								
Tidak Sekolah	12.5	25.0	50.0	12.5	18.8	0.0	0.0	81.3
Tdk tamat SD	16.7	13.3	43.3	26.7	12.9	0.0	6.5	80.6
Tamat SD	9.1	15.9	63.6	11.4	20.0	6.7	4.4	68.9
Tamat SMP	16.3	20.9	32.6	30.2	21.4	9.5	7.1	61.9
Tamat SMA	11.3	18.9	47.2	22.6	21.2	5.8	5.8	67.3
Tamat PT	15.4	7.7	46.2	30.8	28.6	0.0	28.6	42.9
Tipe Daerah								
Perkotaan	17.2	18.1	43.1	21.6	17.9	4.3	4.3	73.5
Pedesaan	7.2	18.1	53.0	21.7	21.7	7.2	10.8	60.2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita								
Kuintil-1	6.3	6.3	68.8	18.8	15.2	12.1	0.0	72.7
Kuintil-2	20.0	20.0	31.1	28.9	6.5	4.3	8.7	80.4
Kuintil-3	10.8	21.6	48.6	18.9	25.0	0.0	8.3	66.7
Kuintil-4	9.3	25.6	46.5	18.6	11.6	2.3	7.0	79.1
Kuintil-5	19.0	11.9	45.2	23.8	40.5	9.5	9.5	40.5

3.7.3.3 Prevalensi Minum Menurut Satuan Standar Minuman

Tabel 3.7.3.3.1 menggambarkan persentase peminum minuman beralkohol satu bulan terakhir berdasarkan satuan standar minuman menurut Kabupaten/Kota. Peminum alkohol dengan frekuensi minum 9-10 satuan per hari ada di kota Mataram (1,4%), yang frekuensi minum 7-8 satuan tertinggi terdapat di Lombok Tengah (5,9%) dan Kota Mataram (1,4%) dan untuk setiap kabupaten/kota yang minum 1-2 satuan per hari dengan rentang 33,3% sampai 50,0%.

Tabel 3.7.3.3.1
Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kab/Kota	Satuan Standar Minuman dalam Sehari						Tidak Tahu
	1-2 sat/hari	3-4 sat/hari	5-6 sat/hari	7-8 sat/hari	9-10 sat/hari	11-80 sat/hari	
Lombok Barat	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7
Lombok Tengah	47.1	5.9	14.7	5.9	0.0	0.0	26.5
Lombok Timur	45.0	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	45.0
Sumbawa	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7
Dompu	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7
Bima	46.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	53.8
Sumbawa Barat	66.7	.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3
Kota Mataram	39.7	20.5	9.6	1.4	1.4	0.0	27.4
Kota Bima	50.0	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	37.5
Provinsi NTB	40.4	9.1	7.1	1.5	0.5	0.0	41.4

Pada tabel 3.7.3.3.2 tampak bahwa jumlah peminum sebanyak 5-6 satuan per hari banyak dilakukan pada kelompok umur 75 tahun ke atas, dan antara laki-laki dan perempuan tidak berbeda jumlah satuan yang diminum. Demikian pula dengan tipe daerah, kota lebih tinggi dari desa, kecuali untuk ukuran 7-8 satuan standar minuman per hari. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tampak tidak ada perbedaan jumlah satuan yang diminum.

Tabel 3.7.3.3.2
Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan
Satuan Standard Minuman, Menurut Karakteristik
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Satuan Standar Minuman dalam Sehari*						Tidak tahu
	1-2 sat/hari	3-4 sat/hari	5-6 sat/hari	7-8 sat/hari	9-10 sat/hari	11-80 sat/hari	
Umur (Tahun)							
10-14	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	80.0
15-24	42.0	10.1	8.7	0.0	0.0	0.0	39.1
25-34	47.5	1.7	5.1	0.0	0.0	0.0	45.8
35-44	27.6	20.7	17.2	6.9	0.0	0.0	27.6
45-54	45.0	10.0	0.0	0.0	5.0	0.0	40.0
55-64	33.3	8.3	0.0	8.3	0.0	0.0	50.0
65-74	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
75+	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Jenis Kelamin							
Laki	41.0	8.0	7.4	1.6	0.5	0.0	41.5
Perempuan	30.0	20.0	10.0	0.0	0.0	0.0	40.0
Pendidikan							
Tidak Sekolah	37.5	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0
Tidak tamat SD	16.1	3.2	16.1	0.0	0.0	0.0	64.5
Tamat SD	35.6	11.1	6.7	2.2	0.0	0.0	44.4
Tamat SMP	50.0	4.8	4.8	4.8	2.4	0.0	33.3
Tamat SMA	47.2	13.2	7.5	0.0	0.0	0.0	32.1
Tamat SMA +	53.8	15.4	0.0	0.0	0.0	0.0	30.8
Tipe Daerah							
Perkotaan	43.6	13.7	7.7	0.9	0.9	0.0	33.3
Pedesaan	35.8	2.5	6.2	2.5	0.0	0.0	53.1
Status Ekonomi							
Kuintil-1	42.4	6.1	9.1	0.0	0.0	0.0	42.4
Kuintil-2	32.6	13.0	10.9	2.2	2.2	0.0	39.1
Kuintil-3	50.0	13.9	5.6	0.0	0.0	0.0	30.6
Kuintil-4	30.2	9.3	7.0	0.0	0.0	0.0	53.5
Kuintil-5	48.8	2.4	4.9	4.9	0.0	0.0	39.0

*1 satuan minuman standard yang mengandung 8-13 g etanol, misalnya terdapat dalam:

- 1 gelas/ botol kecil/ kaleng (285-330 ml) bir
- 1 gelas kerucut (60 ml) aperitif
- 1 sloki (30 ml) whiskey
- 1 gelas kerucut (120 ml) anggur

3.7.4 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. Pembobotan ini yang dikenal dengan metabolik ekuivalen (MET). MET adalah perbandingan antara metabolik rate orang bekerja dibandingkan dengan metabolik rate orang dalam keadaan istirahat. MET biasa digunakan untuk menggambarkan intensitas aktifitas fisik, dan juga digunakan untuk analisis data GPAC (Global Physical activity Questionnaire). Sebagai batasan aktivitas fisik "cukup" apabila hasil perkalian frekuensi dan intensitas yang dilakuakn dalam satu minggu secara kumulatif sebesar 600 MET.

Tabel 3.7.4.1 dan 3.7.4.2 adalah tabel tentang prevalensi kurang aktivitas fisik menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.7.4.1
Prevalensi Penduduk ≥ 10 Tahun yang Melakukan Kegiatan Aktif Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang Aktivitas Fisik
Lombok Barat	42,1
Lombok Tengah	49,5
Lombok Timur	60,5
Sumbawa	37,1
Dompu	40,2
Bima	26,8
Sumbawa Barat	55,9
Kota Mataram	65,8
Kota Bima	41,7
Provinsi NTB	48,4

*) Kurang aktivitas fisik adalah kegiatan kumulatif kurang dari 150 menit dalam seminggu atau < 600 MET

Hasil Riskesdas menunjukkan hampir setengah penduduk Provinsi NTB (48,4%) kurang aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi di Kota Mataram dan terendah di Kabupaten Dompu.

Tabel 3.7.4.2
Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas yang Melakukan Kegiatan Kurang Aktifitas Fisik Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang Aktivitas Fisik
Kelompok Umur (Tahun)	
10-14	68,9
15-24	51,0
25-34	38,5
35-44	37,4
45-54	40,4
55-64	44,8
65-74	63,7
75+	77,9
Jenis Kelamin	
Laki	39,4
Perempuan	56,2
Pendidikan	
Tidak Sekolah	48,3
Tidak Tamat SD	50,2
Tamat SD	47,8
Tamat SMP	46,7
Tamat SMA	47,0
PT	54,1
Pekerjaan	
Tidak Kerja	66,5
Sekolah	63,4
Ibu RT	53,8
Pegawai	54,1
Wiraswasta	50,3
Petani/Nelayan/Buruh	28,3
Lainnya	47,0
Tipe Daerah	
Perkotaan	55,5
Pedesaan	44,4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil-1	46,5
Kuintil-2	47,0
Kuintil-3	45,5
Kuintil-4	46,8
Kuintil-5	55,4

Menurut kelompok umur kurang aktivitas fisik paling rendah pada kelompok umur 35-44 tahun dan semakin meningkat sejalan dengan penambahan usia. Prevalensi kurang aktivitas semakin tinggi pada penduduk dengan kuintil 5, dan penduduk desa lebih banyak melakukan aktivitas dibanding penduduk kota.

3.7.5 Pengetahuan dan Sikap Terhadap Flu Burung

Dalam Riskesdas 2007 dikumpulkan data mengenai pengetahuan dan sikap penduduk tentang flu burung. Sebagai pertanyaan saringan ditanyakan apakah pernah mendengar tentang flu burung. Untuk penduduk yang pernah mendengar ditanyakan lebih lanjut tentang pengetahuan tentang penularan dan sikapnya apabila ada unggas yang sakit atau mati mendadak.

Pengetahuan tentang penularan flu burung yang benar apabila penduduk menjawab cara penularan melalui kontak dengan unggas sakit atau kontak dengan kotoran unggas/pupuk kandang. Sedangkan penduduk bersikap benar apabila menjawab salah satu dari jawaban: melaporkan pada aparat terkait, atau membersihkan kandang unggas, atau mengubur/ membakar unggas yang sakit dan mati mendadak.

Sebaran penduduk menurut pengetahuan dan sikapnya terhadap flu burung menurut kabupaten/kota terlihat pada tabel 3.7.5.1 sedangkan menurut karakteristik responden pada tabel 3.7.5.2.

Tabel 3.7.5.1
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah Mendengar Tentang Flu Burung	Berpengetahuan Benar Tentang Flu Burung*	Bersikap Benar Tentang Flu Burung**
Lombok Barat	46,5	81,5	91,9
Lombok Tengah	53,3	76,2	95,0
Lombok Timur	44,8	79,0	88,6
Sumbawa	64,6	86,9	89,8
Dompu	47,8	63,9	79,3
Bima	37,0	57,9	86,4
Sumbawa Barat	58,8	86,4	91,3
Kota Mataram	82,0	89,0	93,3
Kota Bima	69,4	86,6	95,4
Provinsi NTB	52,3	79,6	91,0

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

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

Pengetahuan dan sikap mengenai flu burung di provinsi NTB masih lebih rendah dari angka nasional. Secara umum proporsi pengetahuan dan sikap yang benar tentang flu burung jauh lebih tinggi di Kota Mataram dibandingkan kabupaten/kota lainnya.

Tabel 3.7.5.2
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Mendengar Tentang Flu Burung	Berpengetahuan Benar Tentang Flu Burung*	Bersikap Benar Tentang Flu Burung**
Kelompok Umur (Tahun)			
10-14	46,7	76,5	85,8
15-24	70,5	83,1	93,5
25-34	62,9	81,7	92,0
35-44	57,0	79,3	90,9
45-54	39,9	75,2	88,7
55-64	27,8	69,0	89,2
65-74	15,4	63,8	89,7
75+	7,8	66,7	86,7
Jenis Kelamin			
Laki-laki	57,7	83,2	91,9
Perempuan	47,6	75,9	90,0
Pendidikan			
Tidak Sekolah	16,7	56,4	85,4
Tidak Tamat SD	34,8	72,5	85,9
Tamat SD	53,3	76,8	88,6
Tamat SMP	71,5	82,0	93,0
Tamat SMA	83,5	86,1	94,4
Tamat SMA +	94,2	92,6	96,7
Pekerjaan			
Tidak Kerja	64,5	78,0	90,3
Sekolah	44,8	81,6	90,6
Ibu RT	39,2	73,4	90,0
Pegawai	46,0	93,6	97,0
Wiraswasta	51,6	82,6	92,2
Petani/Nelayan/Buruh	55,9	73,7	88,9
Lainnya	66,6	86,6	93,0
Tempat Tinggal			
Pekotaan	46,7	84,6	92,5
Pedesaan	70,5	75,2	89,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	57,0	76,0	87,5
Kuintil-2	39,9	75,7	88,8
Kuintil-3	27,8	78,0	89,5
Kuintil-4	15,4	80,6	94,0
Kuintil-5	7,8	85,8	94,1

Menurut karakteristik responden, tampak bahwa sebaran tertinggi untuk pengetahuan dan sikap yang benar pada kelompok umur 15-24 tahun, Jenis Kelamin laki-laki dan

tempat tinggal di kota. Tingginya tingkat pengetahuan dan sikap yang benar tentang flu burung sejalan dengan tingginya tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran rumah tangga.

3.7.6 Pengetahuan dan Sikap Terhadap HIV/AIDS

Berkaitan dengan HIV/AIDS, penduduk ditanyakan apakah mengetahui tentang HIV/AIDS, selanjutnya bagi penduduk yang pernah mengetahui ditanyakan lebih lanjut mengenai pengetahuan dan sikap apa yang akan dilakukan andaikata ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS.

3.7.6.1 Pengetahuan Tentang HIV/AIDS

Pengetahuan mengenai HIV/AIDS meliputi pengetahuan tentang penularan virus ke manusia terdiri dari tujuh pertanyaan, dan pengetahuan tentang mencegah HIV/AIDS terdiri dari 6 pertanyaan. Penduduk dianggap berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS apabila menjawab benar 60 persen dari pertanyaan-pertanyaan tersebut (pertanyaan lengkap lihat lampiran).

Sedangkan untuk pertanyaan sikap penduduk andaikan ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS terdiri dari 5 pertanyaan yang dijabarkan satu persatu (pertanyaan lengkap lihat lampiran). Tabel 3.7.6.1.1 dan 3.7.6.1.2 merupakan gambaran pengetahuan penduduk tentang HIV/AIDS menurut Kabupaten/Kota dan karakteristik responden.

Tabel 3.7.6.1.1
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas
Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah Mendengar	Berpengetahuan Benar Tentang Penularan	Berpengetahuan Benar Tentang Pencegahan
Lombok Barat	29,8	18,0	57,1
Lombok Tengah	29,4	34,9	57,1
Lombok Timur	27,7	10,3	33,0
Sumbawa	40,9	30,6	57,4
Dompu	29,4	9,9	34,5
Bima	19,1	18,2	41,9
Sumbawa Barat	45,5	23,5	57,1
Kota Mataram	70,8	21,3	70,6
Kota Bima	57,1	20,8	49,0
Provinsi NTB	33,9	21,4	52,6

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

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

Hampir sama dengan flu burung, maka persentase pengetahuan tentang HIV/AIDS tertinggi terdapat di kota Mataram dan terendah di Kabuapten Bima.

Tabel 3.7.6.1.2
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas
Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Mendengar	Berpengetahuan Benar Tentang Penularan	Berpengetahuan Benar Tentang Pencegahan
Kelompok Umur (Tahun)			
10-14	16,6	14,4	39,8
15-24	55,0	20,7	52,6
25-34	45,5	21,4	54,6
35-44	38,1	23,1	52,9
45-54	22,7	25,7	58,1
55-64	11,5	21,7	49,1
65-74	5,1	36,8	56,8
75+	3,4	7,7	46,2
Jenis Kelamin			
Laki-laki	39,6	22,1	55,0
Perempuan	29,0	20,5	49,9
Pendidikan			
Tidak Sekolah	4,9	18,7	35,1
Tidak Tamat SD	12,6	13,8	37,5
Tamat SD	28,7	13,1	46,4
Tamat SMP	52,3	19,4	49,6
Tamat SMA	72,0	24,8	59,1
PT	89,3	39,3	69,5
Pekerjaan			
Tidak Kerja	31,2	19,5	47,7
Sekolah	36,1	21,2	51,8
Ibu RT	31,2	19,0	48,7
Pegawai	84,9	34,4	71,4
Wiraswasta	46,0	21,6	55,8
Petani/Nelayan/Buruh	20,3	16,2	44,9
Lainnya	50,8	14,7	45,9
Tipe Daerah			
Pekotaan	47,5	22,7	58,2
Pedesaan	25,5	20,0	46,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	21,6	17,4	45,3
Kuintil-2	28,4	13,6	44,9
Kuintil-3	33,5	16,4	49,4
Kuintil-4	38,0	19,8	56,8
Kuintil-5	51,4	33,3	60,5

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

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

Berdasarkan karakteristik responden maka pengetahuan yang tinggi tentang penyakit ini terdapat pada kelompok umur 15-24 tahun, Jenis Kelamin laki-laki dan tempat tinggal di

kota. Tingginya tingkat pengetahuan dan sikap yang benar tentang HIV/AIDS sejalan dengan tingginya tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran rumah tangga.

3.7.6.2 Sikap Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS

Tabel 3.7.6.2.1 dan 3.7.6.2.2 merupakan persentase penduduk 10 tahun ke atas yang memberikan sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS menurut Kabupaten/Kota dan Karakteristik responden.

Tabel 3.7.6.2.1
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Sikap, Bila Ada
Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Merahasiakan	Membicarakan	Konseling dan Pengobatan	Pengobatan Alternatif	Mengucilkan
Lombok Barat	34,4	67,7	89,4	59,3	7,8
Lombok Tengah	36,7	79,9	91,8	62,7	6,7
Lombok Timur	38,5	74,8	86,3	59,0	6,7
Sumbawa	37,4	56,4	88,0	54,7	4,7
Dompu	12,6	68,2	74,4	53,8	4,5
Bima	21,4	67,5	78,6	54,6	4,4
Sumbawa Barat	54,1	63,5	87,6	60,0	8,8
Kota Mataram	37,9	84,4	96,8	60,1	4,0
Kota Bima	18,4	72,2	86,8	54,2	6,3
Provinsi NTB	34,8	73,1	89,0	58,7	6,0

Jika memiliki anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS, maka sikap yang terbanyak diambil adalah Konseling dan pengobatan diikuti dengan membicarakan dengan anggota keluarga lain dan mencoba pengobatan alternative. Jenis sikap ini hamper sama di setiap kabupaten/kota.

Tabel 3.7.6.2.2
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Sikap, Bila Ada Anggota
Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskeddas 2007

Karakteristik	Merahasiakan	Membicarakan	Konseling dan Pengobatan	Pengobatan Alternatif	Mengucilkan
Kelompok Umur (Tahun)					
10-14	33,1	65,7	79,4	54,5	6,0
15-24	37,2	73,8	89,4	58,4	6,0
25-34	33,5	75,3	90,9	60,6	5,8
35-44	33,0	70,9	89,6	58,2	5,8
45-54	37,7	74,7	88,0	60,3	6,9
55-64	26,8	73,7	91,7	55,8	7,1
65-74	23,7	65,8	84,2	57,9	5,3
75+	23,1	53,8	84,6	53,8	0,0
Jenis Kelamin					
Laki-laki	34,5	73,6	89,7	59,5	5,8
Perempuan	35,2	72,5	88,2	57,8	6,2
Pendidikan					
Tidak Sekolah	42,5	63,4	82,1	57,5	4,5
Tidak tamat SD	33,8	65,0	80,3	55,5	7,6
Tamat SD	37,4	70,6	86,4	57,3	5,5
Tamat SMP	39,5	70,4	88,4	58,4	6,4
Tamat SMA	31,5	76,9	92,6	61,3	6,1
Tamat SMA +	27,3	81,6	94,0	58,1	4,6
Tipe Daerah					
Pekotaan	35,2	74,6	91,6	61,0	6,7
Pedesaan	34,4	71,3	86,1	56,1	5,2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	40,7	69,7	85,6	59,8	6,3
Kuintil-2	35,9	72,8	85,6	57,0	7,2
Kuintil-3	38,5	71,2	87,9	59,0	4,6
Kuintil-4	34,6	72,4	87,9	57,8	7,4
Kuintil-5	30,1	76,0	93,5	59,7	5,0

Demikian halnya menurut karakteristik responden, tidak banyak variasi atau tidak tampak jelas adanya pola tertentu baik berdasarkan kelompok umur, Jenis Kelamin, pendidikan maupun tingkat pengeluaran.

3.7.7 Perilaku Higienis

Perilaku higienis yang dikumpulkan meliputi kebiasaan/perilaku buang air besar (BAB) dan perilaku benar mencuci tangan. Perilaku higienis dalam Riskesdas 2007 meliputi perilaku buang air besar dan perilaku mencuci tangan, dan pola hidup bersih dan sehat (PHBS).

Perilaku BAB yang dianggap benar apabila penduduk melakukannya di jamban. Sedangkan mencuci tangan yang benar apabila penduduk melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar, setelah menceboki bayi/anak, dan setelah memegang unggas/binatang. Tabel 3.7.7.1 dan 3.7.7.2 adalah tabel tentang perilaku benar dalam buang air besar dan cuci tangan menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.7.7.1
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam
Buang Air Besar dan Cuci Tangan Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perilaku Benar Dalam BAB^{*)}	Perilaku Benar Cuci Tangan Pakai Sabun^{**)}
Lombok Barat	54.2	13,4
Lombok Tengah	42.5	10,8
Lombok Timur	54.1	7,9
Sumbawa	74.2	21,7
Dompu	60.0	14,1
Bima	67.9	14,1
Sumbawa Barat	78.6	25,4
Kota Mataram	92.8	26,9
Kota Bima	77.8	25,0
Provinsi NTB	59.8	14,2

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

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

Proporsi penduduk di Provinsi NTB yang berperilaku benar dalam hal BAB maupun cuci tangan masih di bawah angka nasional (72% dan 43,3%). Walaupun demikian ada 4 kabupaten kota yang memiliki persentase di atas angka nasional untuk perilaku benar dalam BAB yaitu Kota Mataram, Kabupaten Sumbawa Barat, Kota Bima dan Kabupaten Sumbawa.

Tabel 3.7.7.2
Proporsi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Buang
Air Besar dan Cuci Tangan Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Berperilaku Benar dalam Hal BAB*	Berperilaku Benar Cuci Tangan dengan Sabun**
Kelompok Umur (Tahun)		
10-14	56.9	9.9
15-24	60.9	14.4
25-34	61.4	16.5
35-44	64.1	16.9
45-54	57.5	17.6
55-64	56.5	9.0
65-74	57.1	10.5
75+	56.1	6.3
Jenis Kelamin		
Laki	60.8	11,4
Perempuan	59.0	16,6
Pendidikan		
Tidak Sekolah	40.5	7.6
Tidak Tamat SD	49.6	9.6
Tamat SD	58.4	13.6
Tamat SMP	66.1	15.5
Tamat SMA	83.6	22.5
Tamat PT	92	33.8
Pekerjaan		
Tidak Kerja	59.8	13.2
Sekolah	61.7	11.3
Ibu RT	65.0	20.2
Pegawai	92.1	28.7
Wiraswasta	71.6	19.4
Petani/Nelayan/Buruh	45.9	9.5
Lainnya	74.1	15.0
Tipe Daerah		
Pekotaan	71.2	19.4
Pedesaan	52.9	10,9
Tingkat Pendapatan per Kapita		
Kuintil-1	41.7	9,4
Kuintil-2	50.1	10,8
Kuintil-3	57.6	12,7
Kuintil-4	65.2	16,2
Kuintil-5	81.5	23,4

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

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

Menurut karakteristik responden, perilaku benar dalam BAB dan cuci tangan secara umum tinggi pada kelompok umur produktif dan untuk cuci tangan tampak perempuan lebih baik perilakunya. Makin tinggi pendidikan dan tingkat pengeluaran, makin tinggi pula proporsi perilaku benar untuk kedua hal tersebut. Penduduk kota lebih tinggi dalam hal perilaku benar untuk BAB dan cuci tangan, sedangkan kelompok pegawai juga mempunyai persentase tertinggi dibanding kelompok pekerja lain.

3.7.8 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan telah ditetapkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Nomor 131/Menkes/SK/2/2004 yang merupakan acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arah pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dalam SKN ini terdapat 6 sub sistem, salah satu diantaranya adalah sub sistem pemberdayaan masyarakat. Tujuan sub sistem pemberdayaan masyarakat adalah terselenggaranya upaya pelayanan, advokasi, dan pengawasan sosial oleh perorangan, kelompok, dan masyarakat di bidang kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pemberdayaan perorangan mempunyai target minimal mempraktekkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang diteladani oleh keluarga dan masyarakat sekitar dan target maksimal berperan aktif sebagai kader kesehatan dalam menggerakkan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.

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. Sejak dilaksanakan program tersebut oleh Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI pada tahun 1996, strategi PHBS memfokuskan pada lima program prioritas yaitu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Gizi, Kesehatan Lingkungan, Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular (P2PTM), dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK).

Dalam Riskesdas 2007 dikumpulkan 10 indikator tunggal PHBS yang terdiri dari 6 indikator individu dan 4 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, penduduk cukup mengkonsumsi sayur dan buah. Indikator Rumah Tangga meliputi rumah tangga menggunakan rumah tangga memiliki akses terhadap air bersih, akses jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni ($\geq 8\text{m}^2$ / orang), 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 memiliki 10 indikator, jadi nilai tertinggi untuk rumah tangga dengan balita adalah 10; Sedangkan untuk rumah tangga tanpa balita terdiri dari 8 indikator, jadi nilai tertinggi untuk rumah tangga tanpa balita adalah 8.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat diklasifikasi "kurang" apabila mendapatkan nilai kurang dari 6 untuk rumah tangga mempunyai balita dan nilai kurang dari 5 untuk rumah tangga tanpa balita.

Tabel 3.7.8
Proporsi Rumah Tangga yang Memenuhi kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RT dengan PHBS Baik
Lombok Barat	30.4
Lombok Tengah	18.4
Lombok Timur	22.3
Sumbawa	36.4
Dompu	23.1
Bima	33.3
Sumbawa Barat	46.5
Kota Mataram	49.1
Kota Bima	47.9
Provinsi NTB	34,1

Tabel 3.7.8 memperlihatkan proporsi rumah tangga yang memenuhi kriteria PHBS yang baik menurut kabupaten/kota. Di NTB, penduduk yang telah memenuhi kriteria PHBS baik sebesar 34,1%. Hanya terdapat dua kabupaten/kota yang penduduknya telah memenuhi kriteria PHBS baik, yaitu Kab. Bima dan Kota Mataram.

3.7.9 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 3.7.9.1 dan 3.7.9.2 adalah prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik.

Tabel 3.7.9.1
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
Lombok Barat	61.6	39.3	10.4	2.6	3.7	2.5	61.4	96.5
Lombok Tengah	46.1	9.4	5.5	2.8	2.7	5.2	55.5	94.8
Lombok Timur	38.0	8.4	2.7	1.7	3.9	3.0	45.1	83.6
Sumbawa	70.3	33.2	9.4	2.5	6.9	4.5	40.3	91.1
Dompu	22.7	14.7	5.2	3.8	12.9	4.9	32.9	82.9
Bima	22.0	14.7	9.4	7.2	18.0	7.4	29.6	90.8
Sumbawa Barat	56.7	23.4	8.5	5.7	10.7	3.5	32.6	68.1
Kota Mataram	57.7	6.8	16.0	1.7	2.0	2.6	41.2	90.3
Kota Bima	46.8	17.9	7.9	2.6	7.9	4.7	34.2	86.3
Provinsi NTB	47.3	18.1	7.5	2.9	5.7	4.0	46.8	89.9

Dari tabel 3.128 terlihat bahwa yang sering mengkonsumsi makanan manis dilakukan oleh 47,3% penduduk NTB yang berusia ≥ 10 tahun, tertinggi ditemukan di Kab. Lombok Barat (61,6%) dan terendah Kab. Bima (22,0%). Sedangkan prevalensi sering mengkonsumsi makanan asin di NTB ditemukan 18,1%, tertinggi di Kab. Lombok Barat (39,3%) dan terendah di Kota Mataram (6,8%). Di NTB, 7,5% penduduk NTB sering mengkonsumsi makanan berlemak, tertinggi di Kota Mataram (16,0%) dan terendah di Kab. Lombok Timur (2,7%). Penyedap sering dikonsumsi oleh 89,9% penduduk NTB secara keseluruhan, tertinggi di Kab. Lombok Barat (96,5%) dan terendah di Kab. Sumbawa Barat (68,1%). Sedangkan kafein sering dikonsumsi oleh 46,8% penduduk di NTB, tertinggi di Kab. Lombok Barat (61,4%) dan terendah di Kab. Bima (29,6%).

Tabel 3.7.9.2
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
Kelompok Umur (Tahun)								
10-14	48.2	16.8	8.1	4.2	8.1	7.9	13.9	85.6
15-24	45.6	16.5	7.5	3.1	4.4	3.6	30.9	89.2
25-34	47.2	19.3	6.7	2.3	5.2	2.9	48.9	92.2
35-44	51.6	20.8	9.3	2.4	6.2	4.0	59.5	92.4
45-54	48.5	17.5	7.5	2.4	5.7	3.2	67.3	90.4
55-64	44.3	18.0	7.0	3.3	6.2	3.3	70.6	90.7
65-74	43.5	19.0	4.6	3.5	5.6	2.1	72.2	88.0
75+	40.0	13.1	4.2	2.8	2.8	4.1	66.7	83.4
Jenis Kelamin								
Laki-laki	49.7	18.2	7.7	2.9	5.9	4.2	55.3	89.7
Perempuan	45.1	17.9	7.3	3.0	5.5	3.8	39.5	90.0
Pendidikan								
Tidak Sekolah	45.5	19.2	6.4	2.4	4.6	3.0	67.9	90.4
Tidak Tamat SD	45.7	18.3	5.9	3.2	6.2	5.1	45.8	89.3
Tamat SD	47.3	19.7	7.3	2.7	5.4	4.1	43.0	89.6
Tamat SMP	47.5	17.5	7.9	3.3	5.4	3.9	39.1	89.8
Tamat SMA	49.0	15.5	9.3	3.1	6.6	3.6	40.9	91.4
Tamat PT	55.3	13.6	13.5	3.4	7.2	3.8	44.4	86.5
Tipe Daerah								
Perkotaan	52.3	16.1	10.9	2.9	4.7	4.0	46.2	90.2
Pedesaan	44.2	19.3	5.4	2.9	6.3	4.0	47.2	89.6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita								
Kuintil-1	40.7	17.8	5.8	2.8	4.6	3.7	45.4	88.3
Kuintil-2	46.7	18.2	6.4	2.8	6.3	5.2	47.7	90.3
Kuintil-3	46.8	17.5	7.0	2.0	5.5	2.6	49.6	90.7
Kuintil-4	48.8	19.6	7.9	3.1	5.9	3.7	45.5	90.2
Kuintil-5	52.5	17.3	10.0	3.8	6.0	4.8	46.1	89.5

Pada tabel 3.7.9.2 terlihat bahwa tidak ada kecenderungan umur tertentu yang banyak mengkonsumsi makanan manis, demikian halnya perilaku sering mengkonsumsi makanan asin, berlemak, jeroan, makanan dipanggang dan diawetkan. Sedangkan perilaku sering minum minuman berkafein nampak meningkat sesuai peningkatan umur, namun setelah usia 75 tahun ke atas prevalensi cenderung menurun.

Menurut Jenis Kelamin, laki-laki cenderung lebih sering mengkonsumsi makanan yang manis 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, dan jeroan tidak ada kecenderungan tertentu dengan meningkatnya pendidikan, tetapi tertinggi pada penduduk dengan pendidikan Perguruan Tinggi, sedangkan minuman berkafein banyak dilakukan oleh penduduk yang tidak sekolah.

Sementara untuk makanan asin dan minum minuman berkafein pola prevalensi berbanding terbalik dengan meningkatnya pendidikan. Sedangkan untuk makanan yang dipanggang, diawetkan dan penyedap makanan pola prevalensi menurut tingkat pendidikan nampak tidak beraturan.

Menurut tipe daerah, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis, dan makanan berlemak ditemukan lebih tinggi di kota dibanding desa.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis dan makanan berlemak cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan kuintil ekonomi, sedangkan konsumsi yang lain tidak ada kecenderungan tertentu untuk tingkat pengeluaran per kapita.

3.7.10 Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama

Tabel 3.7.10.1 dan 3.7.10.2 berikut ini merupakan gabungan dari beberapa perilaku yang menjadi faktor risiko untuk penyakit tidak menular utama (penyakit kardio-vaskular, diabetes melittus, kanker, stroke, penyakit paru obstruktif kronik), yaitu perilaku kurang mengonsumsi sayur dan/atau buah (<5 porsi per hari), kurang aktifitas fisik (<150 menit/minggu atau kurang dari 600 MET) dan merokok setiap hari, menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.7.10.1
Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang Konsumsi Sayur Buah*	Kurang Aktifitas Fisik**	Merokok***
Lombok Barat	94,7	42,1	23,0
Lombok Tengah	91,8	49,5	27,5
Lombok Timur	96,6	60,5	26,9
Sumbawa	92,7	37,1	27,7
Dompu	96,6	40,2	22,3
Bima	75,7	26,8	23,4
Sumbawa Barat	97,7	55,9	25,4
Kota Mataram	91,4	65,8	22,4
Kota Bima	95,9	41,7	20,9
Provinsi NTB	92,6	48,4	25,2

*) Penduduk umur 10 tahun ke atas yang makan sayur dan/atau buah <5 porsi/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 3.7.10.2
Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik dan Merokok) pada Penduduk 10 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang Konsumsi Sayur Buah*	Kurang Aktifitas Fisik**	Merokok***
Kelompok Umur (Tahun)			
10-14	93,4	52,6	0,7
15-24	92,7	29,0	18,7
25-34	91,6	15,1	31,0
35-44	90,9	14,4	32,3
45-54	92,2	18,4	34,2
55-64	95,2	25,8	39,2
65-74	94,3	46,1	33,2
75+	97,3	63,4	33,7
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	92,7	41,6	50,5
Perempuan	92,6	43,6	3,3
Pendidikan			
Tidak Sekolah	95,4	27,6	29,6
Tidak Tamat SD	93,6	31,2	22,0
Tamat SD	92,6	26,2	21,4
Tamat SMP	92,4	26,3	25,5
Tamat SMA	90,0	23,8	30,4
Tamat PT	88,0	30,8	29,4
Pekerjaan			
Tidak Kerja	94,3	46,8	16,9
Sekolah	92,9	46,6	5,0
Ibu Rumah Tangga	91,2	20,4	3,2
Pegawai	88,3	31,0	36,9
Wiraswasta	92,5	24,8	35,7
Petani/Nelayan/Buruh	93,3	14,2	43,7
Lainnya	92,7	28,3	38,3
Tipe Daerah			
Perkotaan	95,0	46,1	25,5
Pedesaan	91,1	40,6	25,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	93,7	28,7	24,4
Kuintil-2	94,0	25,3	25,5
Kuintil-3	92,9	26,2	25,9
Kuintil-4	91,4	26,4	24,9
Kuintil-5	91,2	30,5	25,3

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

3.8 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Dalam pembahasan mengenai akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam Riskesdas 2007 meliputi dua bahasan pokok yaitu (1) akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan (2) sarana dan sumber pembiayaan pelayanan kesehatan.

3.8.1 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

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

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.

3.8.1.1 Jarak dan Waktu Tempuh Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Tabel 3.8.1.1.1 dan 3.8.1.1.2 adalah tabel tentang jarak rumah tangga dan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit, Puskesmas, Puskesmas pembantu, dokter praktek dan bidan praktek menurut kabupaten/kota dan karakteristik responden

Tabel 3.8.1.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	<1 Km	1-5 Km	> 5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Lombok Barat	33,0	55,3	11,8	45,8	34,8	14,4	5,0
Lombok Tengah	39,5	58,9	1,6	62,3	30,3	6,0	1,5
Lombok Timur	39,8	58,9	1,3	73,7	23,5	2,8	0,0
Sumbawa	57,7	42,1	0,2	67,5	25,3	2,1	5,1
Dompu	70,8	24,3	4,9	60,3	31,0	7,9	0,8
Bima	55,6	39,9	4,5	73,2	22,5	3,9	0,4
Sumbawa Barat	61,3	33,1	5,6	77,4	20,2	1,6	0,8
Kota Mataram	55,6	39,9	4,5	76,5	21,7	1,8	0,0
Kota Bima	61,3	33,1	5,6	73,9	20,3	5,9	0,0
Provinsi NTB	44,9	51,4	3,8	65,1	27,2	5,9	1,8

Catatan: Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Tabel ini menunjukkan Akses RT menuju pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) menurut jarak tampak berbeda, khususnya untuk Lombok Barat di mana jarak ke yankes yang lebih dari 5 km cukup banyak (11,8%) sedangkan di Sumbawa relatif dekat. Demikian pula untuk waktu tempuh di mana Lombok Barat mempunyai waktu tempuh yang cukup lama (5% penduduk mempunyai waktu tempuh >60 menit). Dari tabel tersebut ada yang perlu dicermati yaitu jarak ke Yankes di Sumbawa yang > 5 km hanya 0,2% tetapi yang mempunyai waktu tempuh >60 menit sebanyak 5,1%, artinya bahwa daerah tersebut merupakan daerah sulit sehingga butuh waktu lama. Antara jarak ke Yankes dan Waktu tempuh di NTB dan rata-rata 33 provinsi tampaknya tidak terlalu berbeda, artinya kondisinya relatif sama untuk jarak dan waktu tempuh.

Tabel 3.8.1.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh
ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	<1 km	1-5km	>5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe Daerah							
Perkotaan	44,8	53,5	1,7	73,7	22,8	3,4	
Pedesaan	44,9	50,1	5,0	60,3	29,7	7,3	
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	37,4	55,4	7,2	57,4	29,2	9,9	
Kuintil-2	41,7	54,9	3,4	64,5	28,2	5,7	
Kuintil-3	42,7	54,1	3,3	63,3	30,2	4,8	
Kuintil-4	46,1	50,2	3,7	65,4	27,2	6,0	
Kuintil-5	56,4	42,2	1,4	75,2	20,9	2,9	

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

Tabel ini menggambarkan Akses RT menuju pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) menurut jarak, dan tampak bahwa untuk jarak ke yankes di desa lebih jauh daripada di kota, demikian pula untuk waktu tempuh ke yankes, relatif lebih singkat di kota. Dibandingkan dengan rata-rata 28 provinsi, kondisi NTB lebih sulit dibanding rata-rata 28 provinsi, sedangkan waktu tempuh juga lebih lama di NTB

Di NTB, ada kecenderungan makin kaya RT tersebut makin mudah untuk akses ke pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) baik menurut jarak atau waktu tempuh, sehingga perlu adanya akselerasi kemudahan akses terhadap RT miskin.

3.8.1.2 Fasilitas Pelayanan UKBM

3.8.1.2.1 Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Posyandu

Tabel 3.8.1.2.1.1 dan 3.8.1.2.1.2 adalah jarak dan waktu tempuh antara rumah menuju fasilitas UKBM (Posyandu, Poskesdes, Polindes) menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.8.1.2.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh ke Fasilitas UKBM*) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	<1 Km	1-5 Km	>5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Lombok Barat	69,1	30,0	0,9	81,1	14,6	4,0	0,3
Lombok Tengah	84,4	15,6	0,0	84,2	13,9	1,6	0,3
Lombok Timur	88,9	11,0	0,1	94,0	5,2	0,8	0,0
Sumbawa	95,9	4,1	0,0	93,0	6,4	0,6	0,0
Dompu	96,7	3,3	0,0	87,7	11,1	1,2	0,0
Bima	92,0	7,2	0,8	94,1	5,3	0,6	0,0
Sumbawa Barat	87,9	12,1	0,0	93,5	6,5	0,0	0,0
Kota Mataram	88,5	11,3	0,2	88,7	10,1	1,2	0,0
Kota Bima	94,1	5,9	0,0	88,3	10,4	1,3	0,0
Provinsi NTB	85,6	14,2	0,3	88,6	9,7	1,6	0,1

*) UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes

Akses RT ke pelayanan UKBM menurut jarak tidak jauh berbeda, yakni sekitar 70%-96% berjarak kurang dari 1 km, dan waktu tempuh antar kabupaten/kota juga tidak jauh berbeda yakni sekitar 90% mempunyai waktu tempuh kurang dari 15 menit.

Tabel 3.8.1.2.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas UKBM *) , dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	<1 km	1-5km	>5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe Daerah							
Perkotaan	44,8	53,5	1,7	73,7	22,8	3,4	0,1
Pedesaan	44,9	50,1	5,0	60,3	29,7	7,3	2,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	37,4	55,4	7,2	57,4	29,2	9,9	3,5
Kuintil-2	41,7	54,9	3,4	64,5	28,2	5,7	1,5
Kuintil-3	42,7	54,1	3,3	63,3	30,2	4,8	1,8
Kuintil-4	46,1	50,2	3,7	65,4	27,2	6,0	1,4
Kuintil-5	56,4	42,2	1,4	75,2	20,9	2,9	1,0

*) UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes

Di NTB, akses RT ke Posyandu/Polindes/Poskesdes di Kota lebih mudah dibandingkan di Desa, baik menurut jarak atau waktu tempuhnya. Jarak ke Yankes di pedesaan yang lebih jauh dari 5 km sebanyak 5% sedang di Kota hanya 1,7%, sedangkan waktu tempuh yang lebih dari 1 jam di pedesaan sebanyak 2,8% dan di Kota hanya 0,1%.

Jika ditinjau dari jarak ke yankes, RT miskin bertempat tinggal jauh dari fasilitas yankes, di mana RT miskin yang berjarak lebih dari 5 km sebanyak 7,2% sedangkan yang tidak miskin (kuintil-5) hanya 1,4%. Demikian pula untuk waktu tempuh, yakni ada kecenderungan makin miskin RT, akses ke Posyandu/Polindes makin lama yakni RT yang datang ke puskesmas dengan waktu lebih dari 60 menit sebanyak 3,5% sedangkan orang tidak miskin sebanyak 1,0%. Antara satu kab/kota dengan kab/kota lainnya tidak terlalu berbeda.

3.8.1.2.2 Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes

Tabel 3.8.1.2.2.1 dan 3.8.1.2.2.2 adalah tabel yang menggambarkan pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh rumah tangga, dan untuk yang tidak memanfaatkan ditanyakan tentang mengapa rumah tangga tidak memanfaatkan Posyandu.

Tabel 3.8.1.2.2.1
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes,
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lainnya
Lombok Barat	32,1	59,7	8,2
Lombok Tengah	28,9	66,9	4,2
Lombok Timur	30,5	61,2	8,2
Sumbawa	30,1	59,4	10,5
Dompu	41,2	52,7	6,2
Bima	35,5	54,1	10,5
Sumbawa Barat	39,5	54,0	6,5
Kota Mataram	25,6	69,1	5,3
Kota Bima	36,6	56,9	6,5
Provinsi NTB	31,3	61,3	7,4

Mayoritas RT di semua Kab/Kota di NTB merasa tidak membutuhkan Posyandu/Poskesdes. Ada banyak faktor penyebabnya, diantaranya disebabkan karena mereka merasa tidak memiliki balita. Sebetulnya fungsi Posyandu/Poskesdes tidak hanya berfungsi untuk kesehatan balita, tapi dapat juga berfungsi yang lain seperti, pengobatan, KB bahkan konsultasi resiko penyakit. Jumlah RT yang memanfaatkan Posyandu/Poskesdes antar kab/kota tidak jauh berbeda.

Tabel 3.8.1.2.2
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes,
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lainnya
Tipe Daerah			
Perkotaan	30,8	61,5	7,7
Pedesaan	31,6	61,1	7,2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	39,4	52,7	8,0
Kuintil-2	35,4	57,0	7,6
Kuintil-3	29,7	62,6	7,7
Kuintil-4	28,4	64,6	7,0
Kuintil-5	23,8	69,7	6,6

Di NTB, dapat dikatakan tidak terdapat perbedaan antara Kota dan Desa berkaitan dengan pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT. Ada kecenderungan makin mapan (kaya) RT maka cenderung untuk makin tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes, juga makin merasa tidak membutuhkan Posyandu/Poskesdes

3.8.1.2.3 Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima Rumah Tangga

Tabel 3.8.1.2.3.1 menggambarkan jenis pelayanan Posyandu/Poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir. Tampak secara keseluruhan di NTB bahwa jenis pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga adalah penimbangan (94,1%) dan imunisasi (58,2%). Hanya sedikit rumah tangga yang memanfaatkan Posyandu/Poskesdes untuk konsultasi risiko penyakit (10,4%) dan pelayanan KB (25,1%).

Tabel 3.8.1.2.3.1
Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes Yang diterima Rumah Tangga Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
Lombok Barat	93,8	29,1	64,8	45,9	20,2	26,5	49,3	36,3	5,5
Lombok Tengah	96,0	47,3	56,3	51,4	19,3	29,3	79,3	62,6	7,2
Lombok Timur	94,8	36,8	52,9	47,1	26,6	31,8	55,5	41,7	9,0
Sumbawa	90,6	35,5	50,3	43,4	32,0	34,2	52,0	44,5	20,0
Dompu	91,9	47,0	67,0	50,7	40,2	75,0	72,6	65,0	24,0
Bima	89,8	50,9	66,7	44,1	22,3	41,6	51,8	46,8	8,7
Sumbawa Barat	97,2	30,6	49,0	44,7	47,9	53,1	62,2	44,9	18,0
Kota Mataram	98,9	34,2	59,5	37,1	27,8	27,0	57,8	38,7	14,4
Kota Bima	91,9	43,6	57,1	43,6	17,0	54,5	50,0	39,3	10,7
Provinsi NTB	94,1	39,0	58,2	46,4	25,1	34,9	59,4	46,5	10,4

Untuk penimbangan tampak antara satu kabupaten/kota dengan lainnya tidak terlalu berbeda, demikian pula untuk imunisasi. Kegiatan penyuluhan yang banyak diterima rumah tangga di Kab. Bima dan yang paling sedikit di Kab. Lombok Barat. Kegiatan KIA paling banyak diterima oleh rumah tangga di Lombok Tengah dan yang paling sedikit di Kota Mataram. Pengobatan juga dilakukan di Posyandu/Poskesdes dan paling banyak rumah tangga yang memanfaatkan pengobatan di Kab. Dompu (75,0%) dan paling sedikit di Kota Mataram (27,0%). PMT banyak dimanfaatkan rumah tangga di Lombok Tengah sedangkan suplemen gizi di Kab. Dompu.

Tabel 3.8.1.2.3.2
Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima Rumah Tangga Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
Tipe Daerah									
Perkotaan	93,8	33,3	60,0	51,5	26,2	36,0	61,0	44,3	15,1
Pedesaan	94,1	42,1	57,2	43,6	24,5	34,3	58,5	47,8	16,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita									
Kuintil-1	93,5	38,4	63,1	40,4	24,2	29,9	57,9	47,4	14,2
Kuintil-2	94,0	40,1	59,9	46,8	27,1	33,9	62,3	50,0	16,8
Kuintil-3	95,4	37,2	63,4	50,0	25,2	37,5	61,6	45,8	17,1
Kuintil-4	92,7	35,9	48,1	41,3	23,2	35,5	55,8	44,9	17,8
Kuintil-5	95,1	44,4	53,6	59,3	26,0	40,2	58,8	42,9	17,5

Pemanfaatan Posyandu oleh RT di NTB, sebagian besar pada penimbangan balita, baik di Kota ataupun di Desa sehingga fungsi Posyandu sebagai pemantauan pertumbuhan balita masih cukup tinggi. Pemanfaatan Posyandu oleh RT menurut pengeluaran per kapita tidak berbeda jauh antara status ekonomi rendah dan tinggi. Untuk RT dengan status ekonomi kurang/ miskin, banyak memanfaatkan penimbangan, imkunsiasi, PMT dan suplemen gizi, sedangkan yang status ekonomi baik banyak memanfaatkan penimbangan. Imunisasi, KIA dan PMT. Untuk kegiatan konsultasi risiko penyakit di Posyandu/Poskesdes banyak dilakukan oleh RT kaya dibandingkan dengan RT miskin.

3.8.1.2.4 Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes

Tabel 3.8.1.2.4.1 dan 3.8.1.2.4.2 menggambarkan alasan tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Kabupaten/Kota dan menurut karakteristik responden, yang meliputi alasan letak jauh, tidak ada posyandu/Poskesdes dan layanan tidak lengkap.

Tabel 3.8.1.2.4.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak Jauh	Tidak Ada Posyandu	Layanan Tidak Lengkap
Lombok Barat	31.4	3.6	65.0
Lombok Tengah	60.8		39.2
Lombok Timur	6.9	5.2	87.8
Sumbawa	10.8	21.5	67.8
Dompu	24.3	8.1	67.6
Bima	45.2	9.4	45.4
Sumbawa Barat	54.3	23.0	22.7
Kota Mataram	12.5	18.7	68.8
Kota Bima		18.0	82.0
Provinsi NTB	25.1	8.4	66.5

Sebagian besar RT di NTB tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dikarenakan layanannya tidak lengkap (66,5%). Di Kab. Sumbawa Barat dan Lombok Tengah, RT tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dikarenakan letak jauh. Satu hal yang harus menjadi perhatian adalah masih ada RT yang tidak tahu ada Posyandu atau memang di daerahnya tidak ada Posyandu yaitu di Lombok Tengah (0%).

Tabel 3.8.1.2.4.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak Jauh	Tidak Ada Posyandu	Layanan Tidak Lengkap
Tipe Daerah			
Perkotaan	9.4	6.5	84.1
Pedesaan	34.7	9.5	55.8
Tingkat Pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	40.3	9.3	50.4
Kuintil-2	26.3	4.6	69.0
Kuintil-3	19.4	9.7	70.9
Kuintil-4	18.8	13.5	67.7
Kuintil-5	18.9	4.7	76.4

Di NTB, alasan tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes karena letak jauh banyak ditemukan pada RT Desa dibandingkan Kota, sedangkan alasan RT Kota tidak memanfaatkan karena layanannya tidak lengkap. RT miskin yang tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes sebagian besar dikarenakan lokasinya yang jauh, sedangkan RT kaya sebagian besar beralasan layanannya yang tidak lengkap.

3.8.1.3 Polindes/Bidan di Desa

3.8.1.3.1 Pemanfaatan Polindes/Bidan di Desa

Tabel 3.8.1.3.1.1 dan 3.8.1.3.1.2 adalah tabel yang menggambarkan rumah tangga yang memanfaatkan Polindes/bidan di desa menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.8.1.3.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Polindes/Bidan Desa dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lainnya
Lombok Barat	9,9	74,3	15,8
Lombok Tengah	15,3	75,7	9,1
Lombok Timur	16,2	72,9	10,9
Sumbawa	15,3	68,0	16,7
Dompu	35,8	51,0	13,2
Bima	23,3	59,9	16,8
Sumbawa Barat	19,4	55,6	25,0
Kota Mataram	9,9	74,7	15,4
Kota Bima	17,0	73,9	9,2
Provinsi NTB	15,8	71,0	13,2

RT menurut Kab/Kota di NTB sebagian besar (71,0%) merasa tidak membutuhkan Polindes/bidan desa, dan hanya sedikit sekali (15,8%) yang memanfaatkannya. Pemanfaatan Polindes/bidan di desa yang terbanyak di Kab. Dompu dan di Kab. Bima, sedangkan yang rendah di Kab. Lombok Barat dan Kota Mataram.

Tabel 3.8.1.3.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Polindes/Bidan Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lainnya
Tipe Daerah			
Perkotaan	14,0	73,0	13,0
Pedesaan	16,8	69,9	13,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	17,2	68,1	14,7
Kuintil-2	19,0	67,5	13,5
Kuintil-3	17,8	72,2	10,0
Kuintil-4	13,7	72,7	13,6
Kuintil-5	11,4	74,5	14,1

RT di Desa lebih banyak memanfaatkan Polindes/bidan desa dibandingkan RT di Kota, dan RT di Kota tidak memanfaatkan dikarenakan tidak membutuhkan (73%) Diantara responden RT yang kurang memanfaatkan Polindes/bidan desa, sebagian besar alasannya tidak membutuhkan (74,5%), dan untuk keluarga miskin sebagian besar juga beralasan seperti itu (68,1%). RT miskin lebih banyak memanfaatkan Polindes/bidan di desa (17,1%) dibandingkan dengan RT kaya (11,4%). Mengingat banyak yang beralasan tidak membutuhkan, maka perlu dikaji lebih dalam lagi tentang alasan tidak membutuhkannya.

3.8.1.3.2 Jenis Pelayanan Polindes/Bidan di Desa

Jenis-jenis pelayanan Polindes/bidan di desa yang diterima oleh rumah tangga menurut kabupaten/kota dan karakteristik responden terlihat pada tabel 3.8.1.3.2.1 dan 3.8.1.3.2.2 berikut ini.

Tabel 3.8.1.3.2.1
Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang diterima Rumah
Tangga Menurut Kabupaten /kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Lombok Barat	100,0	22,2	0,0	0,0	61,2	49,5
Lombok	100,0	40,0	40,0	60,0	44,3	70,1
Lombok	100,0	66,7	22,2	11,1	46,3	69,5
Sumbawa	84,6	0,0	0,0	0,0	26,7	86,3
Dompu	100,0	50,0	33,3	50,0	68,1	90,8
Bima	46,2	0,0	0,0	0,0	54,8	74,3
Sumbawa	100,0	0,0	0,0	0,0	66,7	87,5
Kota Mataram	90,0	25,0	25,0	33,3	60,0	58,1
Kota Bima	100,0	0,0	0,0	0,0	30,8	84,6
Provinsi NTB	92,2	40,9	16,3	17,8	49,8	71,9

Pemanfaatan pelayanan Polindes oleh RT di NTB sebagian besar pada kegiatan pemeriksaan kehamilan pada masing-masing Kab/Kota. RT yang memanfaatkan Polindes/Bidan di desa untuk pemeriksaan kehamilan sebanyak 92,2%, sedangkan pemanfaatan untuk pengobatan juga cukup tinggi yakni 71,8%. Kondisi tersebut berbeda signifikan dengan rata-rata 28 provinsi, di mana sebagai besar RT memanfaatkan Polindes/bidan di desa untuk pengobatan dan sedikit untuk pemeriksaan kehamilan. Hal yang menonjol di NTB adalah bahwa Polindes/bidan di desa dimanfaatkan untuk pertolongan persalinan (40,9%) Pemeriksaan bayi/balita juga banyak dilakukan di Polindes/bidan di desa (49,9%). Di kota Bima, Kab. Sumbawa Barat, Kab. Bima dan kab. Sumbawa, jenis pelayanan yang diterima RT di Polindes/bidan di desa hanya pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi/balita dan pengobatan.

Tabel 3.8.1.3.2.2
Persentase jenis pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima Rumah
Tangga Menurut Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Tipe Daerah						
Perkotaan	96,4	27,3	9,1	10,0	59,9	63,5
Pedesaan	87,7	45,5	20,6	20,6	45,0	75,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita						
Kuintil-1	85,7	20,0	0,0	0,0	53,6	73,1
Kuintil-2	90,5	40,0	0,0	10,0	51,3	74,0
Kuintil-3	91,3	37,5	12,5	37,5	49,6	77,0
Kuintil-4	94,1	25,0	25,0	25,0	38,6	67,7
Kuintil-5	89,5	75,0	50,0	25,0	54,7	63,6

Pemanfaatan pelayanan Polindes oleh RT antara di Kota dan di Desa di NTB sangat bervariasi. Untuk pemeriksaan kehamilan, dan pemeriksaan bayi/balita banyak diterima oleh RT di Kota, sedangkan pertolongan persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus dan pengobatan banyak diterima oleh RT di Desa. Kondisi tersebut berbeda dengan di 33 provinsi, di mana Kota lebih tinggi dari pada Desa hampir untuk semua jenis pelayanan, kecuali pelayanan pengobatan dimana Desa lebih tinggi daripada Kota.

Untuk jenis pelayanan pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi/balita dan pengobatan yang diterima di Polindes/bidan di desa, tampaknya tidak terdapat perbedaan yang cukup berarti antara yang diterima keluarga miskin maupun kaya. Tetapi pemanfaatan Polindes/bidan di desa untuk persalinan, pemeriksaan ibu nifas dan pemeriksaan neonatus banyak diterima oleh RT kaya, dan hanya sebagian kecil atau bahkan tidak ada yang diterima oleh RT miskin. Pelayanan pertolongan persalinan di Polindes/bidan di desa diterima oleh 75% RT kaya dan hanya 20% RT miskin, sedangkan pemeriksaan ibu nifas di Polindes/bidan di desa diterima oleh 50% RT kaya dan pemeriksaan neonatus oleh 25% RT kaya, sedangkan RT miskin tidak ada yang menerimanya. Untuk itu, perlu kajian lanjut yang lebih mendalam, mengapa Polindes/bidan di desa sebagian besar dimanfaatkan oleh RT kaya daripada RT miskin.

3.8.1.3.3 Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Posyandu

Alasan tidak memanfaatkan Polindes/bidan di desa oleh rumah tangga menurut kabupaten/kota dan karakteristik responden terlihat pada tabel 3.8.1.3.3.1 dan 3.8.1.3.3.2.

Tabel 3.8.1.3.3.1
Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Alasan Lain dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan			
	Letak Jauh	Tidak Ada Polindes/Bidan	Layanan Tidak Lengkap	Lainnya
Lombok Barat	23,8	24,4	22,0	29,8
Lombok Tengah	36,5	36,5	1,9	25,0
Lombok Timur	7,5	18,2	18,9	55,3
Sumbawa	4,7	43,0	14,0	38,4
Dompu	18,2	15,2	0,0	66,7
Bima	17,3	22,2	33,3	27,2
Sumbawa Barat	25,8	25,8	9,7	38,7
Kota Mataram	25,0	26,5	7,4	41,2
Kota Bima	7,1	14,3	28,6	50,0
Provinsi NTB	18,8	26,3	16,1	38,7

Alasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan di NTB karena jaraknya jauh cukup tinggi (18,8%) dan cukup bervariasi pada masing-masing Kab/kota namun masih dibawah 30% RT, kecuali di Kab. Lombok Tengah (36,5%). Tetapi alasan tidak adanya bidan/Polindes cukup tinggi (26,3% RT) terutama di Lombok Tengah (36,5% RT), Sumbawa (43%) dan Mataram (26,5% RT). Alasan layanan tidak lengkap banyak disampaikan oleh RT di Kab. Bima, Kota Bima dan Kab. Lombok Barat.

Tabel 3.8.1.3.3.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Polindes/Bidan Desa dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan			
	Letak Jauh	Tidak Ada Polindes/Bidan	Layanan Tidak Lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	10,9	26,6	18,0	44,6
Pedesaan	23,3	26,2	15,1	35,4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	24,7	31,9	11,4	31,9
Kuintil-2	22,2	27,5	15,7	34,6
Kuintil-3	15,9	30,1	13,3	40,7
Kuintil-4	19,6	23,5	17,0	39,9
Kuintil-5	10,7	19,5	22,6	47,2

Di NTB, alasan RT yang mengatakan tidak ada Polindes/bidan di kota dan di Desa adalah sama, sedangkan alasan jarak yang jauh banyak pada RT di Desa. Untuk itu perlunya akselerasi mendekatkan akses Polindes bagi RT Desa.

Alasan tidak memanfaatkan Polindes/bidan di desa di NTB karena letak jauh banyak disampaikan oleh RT miskin, demikian pula untuk alasan tidak ada Polindes/bidan di desa, tetapi alasan layanan Polindes/bidan di desa tidak lengkap banyak disampaikan oleh RT Kota. Untuk itu akses layanan Polindes/bidan di desa bagi RT miskin harus ditingkatkan, dan melengkapi layanan di Polindes/bidan di desa dilakukan agar kelompok RT kaya mau memanfaatkannya.

3.8.1.4 Pos Obat Desa (POD)/ Warung Obat Desa (WOD)

Berbeda dengan pertanyaan pada UKBM sebelumnya, pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa (POD/WOD) hanya ditanyakan tentang pemanfaatannya dan alasan tidak memanfaatkan POD/WOD.

3.8.1.4.1 Pemanfaatan POD/WOD

Tabel 3.8.1.4.1.1 dan 3.8.1.4.1.2 menyajikan informasi tentang pemanfaatan Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD) dalam tiga bulan terakhir menurut kabupaten/kota dan karakteristik responden.

Tabel 3.8.1.4.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan POD/WOD oleh Rumah
Tangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lainnya
Lombok Barat	0,5	13,3	86,3
Lombok Tengah	1,0	5,2	93,8
Lombok Timur	0,1	9,3	90,5
Sumbawa	22,5	4,5	73,0
Dompu	18,1	7,0	74,9
Bima	0,2	9,6	90,2
Sumbawa Barat	17,7	12,1	70,2
Kota Mataram	1,2	18,7	80,2
Kota Bima	0,7	10,5	88,9
Provinsi NTB	3,7	9,5	86,8

Pemanfaatan POD/WOD tiap Kab/kota cukup bervariasi yakni antara 0,1% sampai dengan 22,5%. Pemanfaatan tertinggi di Kab. Sumbawa (22,5%), sedangkan pemanfaatan rendah sekali terjadi di Kab. Lombok Timur (0,1%). Untuk itu perlu kajian yang lebih mendalam tentang alasan tidak memanfaatkan POD/WOD.

Tabel 3.8.1.4.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa
(POD)/Warung Obat Desa (WOD) Dan Karakteristik Rumah tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lainnya
Tipe Daerah			
Perkotaan	1,8	12,3	86,0
Pedesaan	4,8	7,9	87,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	3,7	7,2	89,1
Kuintil-2	4,4	8,4	87,2
Kuintil-3	3,6	8,1	88,2
Kuintil-4	4,0	9,8	86,2
Kuintil-5	2,7	14,1	83,3

Pemanfaatan POD/WOD oleh RT masih sangat minim baik di Desa ataupun di Kota, meskipun terlihat Desa lebih besar pemanfaatannya. Tidak tergambar perbedaan yang jauh tentang pemanfaatan POD/WOD, baik pada RT yang mempunyai pengeluaran besar dan RT yang mempunyai pengeluaran kecil.

3.8.1.4.2 Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD

Tabel 3.8.1.4.2.1 dan 3.8.1.4.2.2 memberikan gambaran tentang alasan rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden.

Tabel 3.8.1.4.2.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD Oleh RT			
	Lokasi Jauh	Tidak Ada POD/WOD	Obat Tidak Lengkap	Lainnya
Lombok Barat	0,0	98,8	0,0	1,2
Lombok Tengah	0,9	97,3	1,4	0,4
Lombok Timur	0,2	98,6	0,2	1,1
Sumbawa	0,5	96,3	1,6	1,6
Dompu	3,3	94,0	0,0	2,7
Bima	0,5	87,5	1,4	10,7
Sumbawa Barat	2,3	94,3	2,3	1,1
Kota Mataram	0,0	97,1	0,3	2,6
Kota Bima	0,7	97,8	0,0	1,5
Provinsi NTB	0,5	96,8	0,7	2,0

Sebagian besar alasan tidak memanfaatkan POD/WOD adalah tidak adanya pelayanan POD/WOD di lokasi tersebut, dan kondisi tersebut tidak berbeda dengan Persentase rerata nasional.

Tabel 3.8.1.4.2.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD Oleh RT			
	Lokasi Jauh	Tidak Ada POD/WOD	Obat Tidak Lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	0,4	92,9	3,9	2,8
Pedesaan	1,2	93,2	4,0	1,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	1,0	94,0	4,0	1,0
Kuintil-2	1,3	93,2	3,0	2,5
Kuintil-3	1,5	92,4	4,0	2,0
Kuintil-4	0,7	93,5	3,7	2,1
Kuintil-5	0,6	92,4	5,3	1,7

Alasan tidak memanfaatkan POD/WOD di Kota dan Desa tidak jauh berbeda yaitu tidak adanya pelayanan POD/WOD tersebut, demikian pula jika ditinjau dari tingkat pengeluaran RT per kapita, artinya baik pada RT kaya ataupun miskin tidak berbeda jauh.

3.8.2 Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), di samping peningkatan derajat kesehatan (*healthun 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.

3.8.2.1 Rawat Inap

3.8.2.1.1 Tempat Rawat Inap

Tabel 3.8.2.1.1 dan 3.8.2.1.2 adalah tabel yang memberikan gambaran tempat berobat rawat inap dalam 5 tahun terakhir menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik rumah tangga.

Tabel 3.8.2.1.1.1
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Berobat								
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Tidak RI
Lombok Barat	2.4	0.7		0.4	2.4	0.4			93.7
Lombok Tengah	2.7	0.5	0.0	0.3	2.7	0.4	0.0	0.1	93.1
Lombok Timur	2.5	0.2		0.2	5.0	1.0	0.1	0.2	90.7
Sumbawa	1.3	0.1		0.1	1.5	0.2		0.0	96.8
Dompu	5.4	0.1		0.5	1.4	0.3	0.0	0.1	92.1
Bima	3.2	0.2			3.0	0.6	0.0	0.2	92.7
Sumbawa Barat	1.0	0.9		0.2	4.0	0.2	0.2		93.6
Kota Mataram	3.9	1.8		0.6	0.7	0.2		0.3	92.7
Kota Bima	6.0	0.3		0.2	1.6	0.2		0.0	91.6
Provinsi NTB	3.2	0.5	0.0	0.3	2.5	0.4	0.0	0.1	93.0

Seperti halnya provinsi lain, RS Pemerintah dan Puskesmas merupakan pilihan utama tempat berobat rawat inap (3,2% dan 2,5%).

Tabel 3.8.2.1.1.2
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah
Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Berobat								
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Tidak RI
Tipe Daerah									
Perkotaan	4.4	0.8		0.3	2.2	0.3	0.0	0.1	91.8
Pedesaan	2.4	0.4	0.0	0.2	2.7	0.4	0.1	0.1	93.8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita									
Kuintil-1	1.8	0.2		0.2	2.0	0.2	0.1	0.0	95.5
Kuintil-2	2.7	0.3		0.3	2.3	0.3	0.1	0.1	94.0
Kuintil-3	3.1	0.5		0.3	2.6	0.4	0.0	0.1	92.9
Kuintil-4	3.1	0.6	0.0	0.3	2.8	0.5	0.0	0.1	92.5
Kuintil-5	5.0	1.1		0.3	2.7	0.5	0.0	0.1	90.1

Rumah Sakit Pemerintah masih merupakan pilihan utama pasien untuk rawat inap, baik RT yang berasal dari Kota maupun Desa. Di Kota juga terdapat RT yang melakukan rawat inap di pengobat tradisional (batra), sedangkan untuk RT di Kota lebih banyak rawat inap di RS Pemerintah sedangkan di Desa lebih memilih rawat inap di Puskesmas. Pemanfaatan RS baik pemerintah atau swasta sebagai tempat berobat rawat inap cenderung meningkat seiring dengan meningkatnya status ekonominya, sedangkan di puskesmas tidak. Akselerasi pemanfaatan RS untuk masyarakat miskin perlu ditingkatkan.

3.8.2.1.2 Sumber Pembiayaan Rawat Inap

Tabel 3.8.2.1.2.1 dan 3.8.2.1.2.2 memberikan gambaran tentang sumber pembiayaan untuk berobat rawat inap rumah tangga menurut kabupaten/kota dan karakteristik.

Tabel 3.8.2.1.2.1
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- lain
Lombok Barat	55.0	7.9	31.4	13.6	2.1
Lombok Tengah	66.2	9.7	29.2	0.6	6.5
Lombok Timur	65.4	6.1	36.8	5.3	1.3
Sumbawa	74.7	5.1	26.6	8.9	1.3
Dompu	80.8	13.0	31.1	9.8	1.0
Bima	78.1	6.2	26.4	6.2	
Sumbawa Barat	26.8	55.6	13.7	3.9	3.9
Kota Mataram	68.5	22.4	20.0	10.9	1.8
Kota Bima	79.3	27.3	15.2	6.1	2.0
Provinsi NTB	66.7	17.2	25.9	7.1	2.2

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 provinsi menggunakan sumber biaya yang bersifat '*out of pocket*' untuk rawat inap (66,7%), penggunaan askeskin/SKTM sebesar 25,9% dan Askes/Jamsostek sebesar 17,2%. Pengguna Askeskin di NTB tertinggi di Lombok Timur (36,8%) dan terendah di Sumbawa Barat (13,7%).

Tabel 3.8.2.1.2.2
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	67.5	20.8	25.6	7.4	1.8
Pedesaan	66.1	14.2	26.1	6.8	2.5
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	60.1	9.3	40.4	13.5	2.6
Kuintil-2	62.1	9.8	34.4	8.6	1.2
Kuintil-3	67.5	12.9	29.5	8.3	1.7
Kuintil-4	63.7	16.7	26.5	6.6	2.8
Kuintil-5	74.3	28.8	11.0	2.6	2.4

Penggunaan askeskin sebagai sumber pembiayaan sebagian besar di daerah Desa, namun di sisi lain penggunaan '*out of pocket*' dalam pembiayaan rawat inap juga banyak dilakukan oleh RT di Desa.

Adanya kecenderungan makin meningkat status ekonomi menurut kuintil (Kaya), makin meningkat pula pemanfaatan sumber biaya asuransi untuk rawat inap khususnya Askes/ Jamsostek. Terlihat pula adanya 'penyimpangan' penggunaan sumber biaya askeskin / Surat Keterangan Tidak Mampu oleh penduduk Kaya (14,8%).

3.8.2.2 Rawat Jalan

3.8.2.2.1 Tempat Rawat Jalan

Tabel 3.8.2.2.1.1 dan 3.8.2.2.1.2 adalah tabel yang memberikan gambaran tempat berobat rawat jalan dalam 1 tahun terakhir menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik rumah tangga.

Tabel 3.8.2.2.1.1
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Berobat								Di Rumah	Tidak RJ
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya		
Lombok Barat	1,4	0,2	0,2	23,3	0,3	7,6	1,5	0,0	0,4	65,1
Lombok Tengah	0,8	0,0	0,4	18,9	0,4	17,1	1,2	0,0	0,6	60,5
Lombok Timur	0,9	0,0	0,2	17,4	0,3	11,2	1,7	0,0	0,6	67,6
Sumbawa	0,4	0,1	0,0	19,1	0,2	10,5	0,6	0,0	0,4	68,6
Dompu	1,7	0,0	0,2	24,7	0,1	10,3	1,0	0,0	1,6	60,4
Bima	1,6	0,1	0,0	16,3	0,3	11,8	0,4	0,1	0,6	68,9
Sumbawa Barat	0,6	0,4	0,0	21,2	0,4	6,1	0,2	0,0	0,6	70,4
Kota Mataram	3,7	0,6	0,2	15,2	0,2	7,8	0,1	0,0	0,7	71,5
Kota Bima	1,6	0,0	0,0	19,3	0,2	12,7	0,2	0,0	0,6	65,4
Provinsi NTB	1,4	0,2	0,1	19,5	0,3	10,4	0,9	0,0	0,7	66,6

Tempat berobat Rawat Jalan yang dilakukan oleh RT, sebagian besar dilakukan di Rumah Sakit Bersalin dan oleh Tenaga Kesehatan. Tempat praktek tenaga kesehatan lebih disukai dibandingkan Puskesmas untuk rawat jalan. Yang paling banyak pasien berobat ke RS pemerintah terdapat di Kota Mataram demikian pula di RS swasta di Mataram. Pengobatan oleh tenaga kesehatan banyak dijumpai di Lombok Tengah, Kota Bima dan Kab. Bima.

Tabel 3.8.2.2.1.2
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Berobat								
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Tidak RJ
Tipe Daerah									
Perkotaan	2,1	0,2	0,1	18,0	0,3	11,6	1,0	0,0	0,6
Pedesaan	0,8	0,1	0,2	19,9	0,3	11,1	1,1	0,0	0,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita									
Kuintil-1	0,6	0,0	0,2	19,7	0,2	6,9	1,3	0,0	0,6
Kuintil-2	0,8	0,1	0,2	18,4	0,2	10,8	1,1	0,0	0,5
Kuintil-3	1,2	0,1	0,2	21,8	0,1	11,5	1,0	0,0	0,4
Kuintil-4	1,2	0,1	0,4	18,4	0,5	13,0	1,1	0,0	0,9
Kuintil-5	2,7	0,3	0,1	17,6	0,4	14,0	1,0	0,0	0,6

Untuk RT yang tinggal di Kota, tempat untuk berobat rawat jalan banyak dilakukan di Tenaga Kesehatan (dokter/perawat praktek), dan RS Pemerintah juga pilihan bagi RT di Kota, sedangkan di Desa banyak dilakukan di RS Bersalin. Makin tinggi status ekonomi RT kecenderungan rawat jalan di RS Pemerintah semakin tinggi, demikian pula di tempat praktek Nakes. Puskesmas juga bukan merupakan pilihan pengobatan rawat jalan bagi RT miskin, dan baik kaya maupun miskin juga ada yang rawat jalan dilakukan di rumah.

3.8.2.2.2 Sumber Pembiayaan Rawat Jalan

Tabel 3.8.2.2.1 dan 3.8.2.2.2 adalah tabel yang memberikan gambaran sumber pembiayaan rumah tangga yang rawat jalan dalam 1 tahun terakhir menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik rumah tangga.

Tabel 3.8.2.2.1
Persentase Penduduk yang Rawat Jalan Menurut Sumber Pembiayaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Lombok Barat	74.6	3.3	13.9	8.6	1.3
Lombok Tengah	89.8	3.5	5.3	0.7	2.9
Lombok Timur	84.3	2.0	16.9	2.4	1.4
Sumbawa	86.9	2.7	9.0	2.7	0.1
Dompu	84.2	4.0	13.6	2.3	1.3
Bima	86.9	2.7	11.7	2.0	0.8
Sumbawa Barat	33.7	52.3	4.8	11.8	1.1
Kota Mataram	69.1	10.9	18.5	3.3	1.4
Kota Bima	88.4	10.2	7.5	6.0	0.4
Provinsi NTB	78.5	9.5	11.1	4.3	1.2

Pengobatan rawat jalan yang dilakukan dengan *'out of pocket'* di tingkat provinsi sebesar 78,5%, kemudian disusul dengan askeskin/jSKTM (11,1%). Pemakaian askes./jamsostek sebesar 9,5% dan dana sehat sebesar 4,3%.

Tabel 3.8.2.2.2
Persentase Penduduk yang Rawat Jalan Menurut Sumber Pembiayaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	77.5	10.0	12.2	4.6	1.1
Pedesaan	79.2	9.2	10.4	4.0	1.3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	75.1	6.8	17.9	4.6	0.9
Kuintil-2	76.8	6.7	15.1	5.3	1.1
Kuintil-3	79.8	9.1	10.5	4.6	1.0
Kuintil-4	82.1	7.9	8.4	3.3	1.7
Kuintil-5	78.1	16.0	5.5	3.7	1.4

Penggunaan 'out of pocket' dalam pembiayaan rawat jalan masih cukup tinggi dibanding asuransi (baik di Kota atau Desa). Pemanfaatan askeskin di Kota dan Desa relatif sama, sedangkan pemanfaatan askes/ jamsostek lebih banyak di Kota. Pemanfaatan Askeskin/SKTM untuk rawat jalan lebih banyak di Kota.

Adanya kecenderungan meningkat penggunaan askes/jamsostek seiring dengan peningkatan status ekonomi (kaya), sedangkan penggunaan Askeskin/ SKTM semakin menurun seiring dengan meningkatnya status ekonomi RT. Terdapat penyimpangan' penggunaan askeskin oleh penduduk kaya (kuintil 5) yakni sebanyak 5,5%.

3.8.3 Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Persepsi masyarakat pengguna pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan non-medis dapat digunakan sebagai salah satu indikator ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan. Ada 8 (delapan) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat inap dan 7 (tujuh) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan. Penilaian untuk masing-masing domain ditanyakan kepada responden, berdasarkan pengalamannya waktu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan untuk rawat inap dan rawat jalan.

Delapan domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari:

1. Lama waktu menunggu untuk mendapat pelayanan kesehatan
2. Keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara
3. Kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita
4. Kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan
5. Dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan terjamin kerahasiaan informasi tentang kondisi kesehatan klien
6. Kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya
7. Keberhasilan ruang rawat/pelayanan termasuk kamar mandi
8. Kemudahan dikunjungi keluarga atau teman.

Tujuh domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan sama dengan domain rawat inap, kecuali domain ke delapan (kemudahan dikunjungi keluarga/teman).

Penduduk diminta untuk menilai setiap aspek ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan di luar medis selama menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Masing-masing domain ketanggapan dinilai dalam 5 (lima) skala yaitu: sangat baik, baik, cukup, buruk, sangat buruk. Untuk memudahkan penilaian aspek ketanggapan rawat jalan dan rawat inap pada sistem pelayanan kesehatan tersebut, WHO membagi menjadi dua bagian besar yaitu 'baik' (sangat baik dan baik) dan 'kurang baik' (cukup, buruk dan sangat buruk). Penyajian hasil analisis/tabel selanjutnya hanya mencantumkan persentase yang 'baik' saja.

3.8.3.1 Ketanggapan terhadap Rawat Inap

Tabel 3.8.3.1.1 dan 3.8.3.1.2 menggambarkan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan rawat inap menurut kabupaten/kota dan karakteristik rumah tangga.

Tabel 3.8.3.1.1
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Risesdas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruangan	Mudah Dikunjungi
Lombok Barat	95.0	95.7	90.0	90.0	90.0	88.6	83.6	95.7
Lombok Tengah	92.2	93.5	90.3	83.1	88.3	88.3	83.8	94.8
Lombok Timur	90.4	93.4	93.0	91.7	90.4	89.0	94.3	94.7
Sumbawa	65.8	73.4	60.8	58.2	69.6	59.5	48.1	64.6
Dompu	85.0	88.6	90.7	90.2	92.2	89.1	89.6	88.6
Bima	82.0	85.4	86.5	79.8	81.5	75.3	71.9	77.0
Sumbawa Barat	95.4	94.1	94.1	92.2	91.5	88.9	86.3	96.7
Kota Mataram	90.3	87.9	87.9	90.3	92.7	86.7	82.4	93.3
Kota Bima	60.6	64.1	64.6	59.1	65.2	64.1	60.1	70.7
Provinsi NTB	84.5	86.6	85.4	82.8	85.2	82.1	79.8	87.2

Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap menurut kabupaten/kota di NTB tidak terlampau banyak variasi. Semua aspek penilaian ketanggapan menunjukkan bahwa sebagian besar menyatakan responden menyatakan ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap. Ketanggapan yang terendah terdapat di Kab. Sumbawa dan Kota Bima. Dalam hal kebersihan fasilitas kesehatan rawat inap di Sumbawa perlu mendapatkan perhatian, sedangkan di Lombok Timur ketanggapannya lebih baik.

Tabel 3.8.3.1.2
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruangan	Mudah Dikunjungi
Tipe Daerah								
Perkotaan	81.0	81.3	80.9	78.6	81.6	77.9	75.8	86.0
Pedesaan	87.5	91.0	89.2	86.3	88.3	85.7	83.1	88.1
Tingkat Pengeluaran Per								
Kuintil-1	84.5	86.0	83.9	78.8	85.0	79.3	75.1	87.0
Kuintil-2	80.5	83.2	82.8	78.1	79.3	78.1	76.6	83.6
Kuintil-3	87.7	88.7	87.1	85.8	89.1	84.8	83.4	89.7
Kuintil-4	88.3	89.9	86.8	86.4	86.8	84.5	82.3	89.0
Kuintil-5	81.9	84.8	85.5	82.6	85.0	82.1	79.3	86.2

Jika ditinjau dari aspek tempat tinggal RT, tingkat ketanggapan terhadap rawat inap menunjukkan kondisi yang tidak berbeda untuk semua aspek ketanggapan.

Ada kecenderungan semakin miskin, prosentase yang menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap baik semakin kecil, meskipun kecenderungan tersebut tidak terlampaui tajam.

3.8.3.2 Ketanggapan terhadap Rawat Jalan

Tabel 3.8.3.2.1 dan 3.8.3.2.2 merupakan tabel yang menggambarkan ketanggapan terhadap rawat jalan menurut kabupaten/kota dan karakteristik rumah tangga.

Tabel 3.8.3.2.1
Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruang
Lombok Barat	92.7	94.0	85.9	82.5	86.7	87.6	92.5
Lombok Tengah	91.6	94.7	92.1	86.1	87.5	81.8	84.5
Lombok Timur	91.3	96.5	94.2	90.6	90.8	87.5	86.6
Sumbawa	72.7	73.6	67.4	67.4	79.3	65.9	62.0
Dompu	93.0	95.6	93.7	94.0	93.5	92.7	91.7
Bima	85.8	89.4	83.0	82.1	83.6	80.5	80.4
Sumbawa Barat	94.5	98.3	96.2	93.8	97.3	91.7	90.0
Kota Mataram	89.3	91.6	91.0	90.5	92.8	88.6	83.8
Kota Bima	69.7	74.8	73.0	69.7	73.6	74.6	70.9
Provinsi NTB	86.8	89.9	86.4	84.1	87.2	83.5	82.6

Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan menurut kab/kota tidak terlampau banyak variasi. Semua aspek penilaian ketanggapan menunjukkan bahwa sebagian besar ($\geq 80\%$), responden menyatakan ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan dinilai baik.

Tabel 3.8.3.2.2
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruangan
Tipe Daerah							
Perkotaan	83.5	86.6	84.8	83.0	85.2	81.7	80.8
Pedesaan	88.9	92.0	87.3	84.9	88.4	84.6	83.7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	84.3	87.9	83.4	81.3	86.4	81.5	79.8
Kuintil-2	85.9	90.0	86.3	83.0	84.5	82.8	81.9
Kuintil-3	87.6	90.3	86.5	83.8	88.0	83.3	82.3
Kuintil-4	86.2	90.0	87.1	85.1	87.7	83.3	82.5
Kuintil-5	89.3	90.8	88.1	86.7	88.8	85.8	85.6

Antara masyarakat Kotaan dengan Desa, tidak nampak adanya perbedaan penilaian ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan. Baik masyarakat Kota maupun Desa sebagian besar (>80%) menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan baik. Ada kecenderungan semakin miskin, prosentase yang menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan baik semakin kecil, meskipun kecenderungan tersebut tidak terlampau tajam.

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

3.9.1.1 Pemakaian Air Bersih

Menurut WHO, jumlah pemakaian air bersih rumah tangga per kapita sangat terkait dengan risiko kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan higiene. Rerata pemakaian air bersih individu adalah rerata jumlah pemakaian air bersih rumah tangga dalam sehari dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga. Rerata pemakaian individu ini kemudian dikelompokkan menjadi '<5 liter/orang/hari', '5-19,9 liter/orang/hari', '20-49,9 liter/orang/hari', '50-99,9 liter/orang/hari' dan '≥100 liter/orang/hari'. Berdasarkan tingkat pelayanan, kategori tersebut dinyatakan sebagai 'tidak akses', 'akses kurang', 'akses dasar', 'akses menengah', dan 'akses optimal'. Risiko kesehatan masyarakat pada kelompok yang akses terhadap air bersih rendah ('tidak akses' dan 'akses kurang') dikategorikan sebagai mempunyai risiko tinggi.

Kepada kepala rumah tangga ditanyakan berapa rerata jumlah pemakaian air untuk seluruh kebutuhan rumah tangga dalam sehari semalam.

Tabel 3.9.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rerata pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari (dalam Liter)				
	<5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	≥100
Lombok Barat	0.3	4.6	16.4	18.2	60.6
Lombok Tengah	0.2	1.5	28.4	24.4	45.5
Lombok Timur	0.9	24.0	44.8	15.5	14.8
Sumbawa	0.8	16.5	26.8	13.6	42.2
Dompu	0.4	18.6	13.2	26.9	40.9
Bima	0.2	0.4	7.8	32.7	58.9
Sumbawa Barat	3.2	21.4	34.9	11.1	29.4
Kota Mataram	0.5	1.6	18.6	29.9	49.4
Kota Bima	0.7	2.6	17.0	35.3	44.4
Provinsi NTB	0.5	10.4	26.9	21.2	41.0

Menurut WHO, volume konsumsi air per orang per hari menurut tingkat pelayanan adalah tidak akses (<5 liter/orang/hari), akses dasar (20 liter/orang/hari), akses menengah (50 liter/orang/hari), dan akses optimal (100-200 liter/orang/hari), sedangkan menurut risiko terhadap kesehatan masyarakat masing-masing akses tersebut adalah sangat tinggi, tinggi, rendah dan sangat rendah. Di NTB menunjukkan terdapat 0,5% rumah tangga yang tidak akses terhadap air bersih dan 10,4% yang aksesnya rendah. Hampir semua Kabupaten/Kota terdapat RT yang tidak akses ke air bersih, walau sangat variatif. Jumlah RT yang tidak akses di Kab. Sumbawa Barat cukup tinggi yakni mencapai 3,2% dan terendah di Kab. Lombok Tengah dan Kab. Bima. Kondisi di NTB jauh lebih baik dibanding dengan Nasional, di mana di Indonesia rata-rata RT yang tidak akses terhadap air bersih sebanyak 7,9%. Sedangkan kabupaten/kota yang Persentase akses air bersih optimalnya tinggi adalah Kab. Lombok Barat dan Kota Bima, sedangkan di Kota Mataram sendiri kurang dari 50% rumah tangga. Bila mengacu pada kriteria *Joint Monitoring Program WHO-Unicef*, dimana batasan minimal akses untuk konsumsi air bersih adalah 20 liter/orang/hari, maka di provinsi NTB akses terhadap air bersih adalah 89,1% dan kondisi tersebut lebih baik dari rata-rata nasional yakni 83,0%.

Tabel 3.9.1.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari (Dalam Liter)				
	<5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	≥100
Tipe Daerah					
Perkotaan	0.7	10.4	25.4	21.0	42.5
Pedesaan	0.4	10.4	27.8	21.3	40.1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	0.6	13.3	30.1	22.2	33.8
Kuintil-2	1.0	12.2	28.4	21.4	37.0
Kuintil-3	0.5	9.7	27.0	20.6	42.1
Kuintil-4	0.2	9.3	26.9	22.4	41.2
Kuintil-5	0.4	7.5	22.0	19.2	50.9

Dilihat dari karakteristik rumah tangga, rerata pemakaian air bersih per orang per hari menunjukkan perbedaan menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Di wilayah kota dan desa, Persentase rumah tangga yang tidak akses dan aksesnya rendah terhadap air bersih relatif sama (11.1% di kota dan 10,8% di desa). Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan capaian akses air bersih yang optimal sejalan dengan peningkatan tingkat pengeluaran rumah tangga (kuintil), artinya makin tinggi kondisi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita maka akses terhadap air bersih yang optimal makin tinggi. Pada rumah tangga miskin (kuintil 1 dan kuintil 2) akses air bersihnya lebih rendah dibandingkan rumah tangga kaya (kuintil 4 dan kuintil 5). Di NTB masih terdapat keluarga kaya (kuintil 4 dan 5) yang akses air bersihnya masih rendah (9,5% kuintil 4 dan 7,9% kuintil 5).

3.9.1.2 Akses ke Sumber Air

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 3.9.1.2.1.

Tabel 3.9.1.2.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih Dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	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			
Lombok Barat	98.9	1.1	91.4	8.6	84.7	15.3	0.0
Lombok Tengah	99.4	0.6	99.2	0.8	38.1	58.6	3.3
Lombok Timur	99.9	0.1	98.4	1.6	72.9	26.1	1.0
Sumbawa	98.8	1.2	99.6	0.4	61.0	38.8	0.2
Dompu	98.8	1.2	97.5	2.5	67.9	31.7	0.4
Bima	99.8	0.2	95.1	4.9	68.9	30.7	0.4
Sumbawa Barat	98.4	1.6	90.3	9.7	84.8	13.6	1.6
Kota Mataram	99.8	0.2	96.6	3.4	94.5	5.5	0.0
Kota Bima	100.0	0.0	98.7	1.3	83.1	15.6	1.3
Provinsi NTB	99.4	0.6	96.7	3.3	68.5	30.4	1.1

Akses terhadap air bersih dilihat dari waktu, jarak dan ketersediaan sepanjang waktu dapat dilihat pada tabel 3.166, dilihat dari waktu terdapat 0,6% rumah tangga yang waktu tempuh ke sumber airnya lebih dari 30 menit. Angka tersebut masih jauh dari rata-rata nasional yang sebesar 3,0% rumah tangga yang waktu tempuh ke sumber airnya lebih dari 30 menit. Terdapat 8 Kabupaten/Kota di NTB yang Persentase waktu tempuh ke sumber airnya lebih dari 30 menit, sedangkan di Kota Bima tidak ada. Dilihat dari jarak, terdapat 3,3% rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer. Kabupaten/Kota yang Persentase jarak ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer tinggi adalah Kab. Sumbawa Barat (9,7%), Lombok Barat (8,6%) dan Kab. Bima (1,3%). Dari ketersediaan air bersih, terdapat 68,5% rumah tangga yang dalam penyediaan air bersihnya mudah sepanjang waktu. Kabupaten/Kota yang Persentase ketersediaan air bersihnya mudah sepanjang tahun tinggi adalah Kota Mataram, Kab. Sumbawa Barat dan Kab. Lombok Barat. Khusus untuk Kab. Lombok Tengah, jumlah rumah tangga yang penyediaan air bersihnya mudah sepanjang waktu adalah kecil yakni 38,1% sedangkan yang sulit sepanjang waktu 3,3% rumah tangga. Tabel di atas menunjukkan secara nasional sebanyak 0,6% rumah tangga memerlukan rerata waktu tempuh ke sumber air lebih dari 30 menit. Akses air bersih menurut waktu, jarak dan ketersediaan air bersih dan karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 3.9.1.2.2.

Tabel 3.9.1.2.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	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			
Tipe Daerah							
Perkotaan	99,4	0,6	97,4	2,6	83,2	16,5	0,3
Pedesaan	99,4	0,6	96,4	3,6	60,2	38,3	1,5
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	98,8	1,2	96,2	3,8	67,0	31,6	1,4
Kuintil-2	99,7	0,3	96,8	3,2	64,5	34,1	1,4
Kuintil-3	99,1	0,9	96,6	3,4	68,3	30,8	1,0
Kuintil-4	99,6	0,4	97,2	2,8	69,8	29,1	1,1
Kuintil-5	99,8	0,2	96,8	3,2	73,2	26,2	0,5

Di NTB, akses air bersih menurut waktu, jarak dan ketersediaan air bersih tidak bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Untuk tempat tinggal jumlah rumah tangga yang waktu tempuhnya kurang dari 30 menit sama-sama 99,4%. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tidak ada perbedaan waktu tempuh rumah tangga mencapai sumber air bersih. Persentase rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer di desa dan di kota relatif sama yakni sekitar 97%. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, jarak tempuh ke sumber air lebih dari 1 km adalah sama antara 96-97% rumah tangga.

Persentase rumah tangga yang ketersediaan airnya mudah sepanjang tahun lebih tinggi di kota (83,2%) dibandingkan dengan di desa (60,2%). Di NTB, Persentase rumah tangga yang ketersediaan air minumannya sulit pada musim kemarau lebih tinggi di desa (38,3%) dibanding di kota (16,5%), demikian pula rumah tangga yang sulit sepanjang tahun banyak di desa (1,5%) daripada di kota (0,3%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, Persentase rumah tangga yang ketersediaan airnya mudah sepanjang waktu relatif tidak berbeda.

3.9.1.3 Individu yang Biasa Mengambil Air

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 3.9.1.3.1 dan 3.9.1.3.2.

Tabel 3.9.1.3.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Individu yang Biasa Mengambil Air
dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perempuan		Laki-Laki	
	Dewasa	Anak (<12 Tahun)	Dewasa	Anak (<12 Tahun)
Lombok Barat	80.6	2.1	16.7	0.6
Lombok Tengah	80.0	2.5	15.9	1.6
Lombok Timur	85.7	3.1	9.7	1.5
Sumbawa	72.4	8.0	17.2	2.4
Dompu	65.1	5.9	22.5	6.5
Bima	68.4	17.1	12.8	1.7
Sumbawa Barat	53.5	2.8	40.8	2.8
Kota Mataram	61.5	1.1	36.3	1.1
Kota Bima	50.8	1.6	44.3	3.3
Provinsi NTB	77.0	4.8	16.4	1.7

Di NTB terdapat 4,8% anak-anak yang setiap hari mempunyai beban untuk mengambil air untuk kepentingan rumah tangga. Menurut Jenis Kelamin, beban pengambilan air di rumah tangga lebih banyak perempuan (77,0%) daripada laki-laki (16,4%). Secara nasional individu yang biasa mengambil air relatif berimbang antara perempuan dan laki-laki (18,9% perempuan dan 16,9% laki-laki), sedangkan anak-anak yang setiap hari mengambil air untuk kepentingan rumah tangga secara nasional adalah 2,5%. Kabupaten/kota yang dalam pengambilan airnya banyak dilakukan anak-anak adalah Kab. Bima, Dompu dan Sumbawa. Hampir semua Kabupaten/Kota pengambilan airnya banyak dilakukan kaum perempuan, sedangkan untuk Kota Mataram dan kab. Sumbawa Barat, antara perempuan dan laki-laki relatif sama.

Tabel 3.9.1.3.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Anggota Rumah Tangga yang Biasa
Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 tahun)	Dewasa	Anak (<12 tahun)
Tipe Daerah				
Perkotaan	71.9	3.2	22.7	2.3
Pedesaan	78.9	5.4	14.1	1.5
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	78.4	5.9	14.2	1.5
Kuintil-2	77.6	6.6	14.6	1.2
Kuintil-3	75.6	3.8	18.9	1.7
Kuintil-4	79.4	4.1	14.7	1.8
Kuintil-5	72.7	2.7	21.7	2.9

Sebaran Persentase individu yang mengambil air rumah tangga menunjukkan variasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Di desa yang menggunakan tenaga perempuan dan anak-anak dalam pengambilan air di rumah tangga lebih tinggi di desa (78,9% dan 5,4%) dibandingkan dengan di kota (71,9% dan 3,2%). Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin rendah Persentase perempuan yang bertugas mengambil air bersih untuk keperluan rumah tangga, sedangkan anak-anak dengan tingkat pengeluaran per kapita tinggi maupun rendah tidak berbeda. Pada keluarga-keluarga miskin (kuintil-1) yang bertugas mengambil air bersih di rumah tangga banyak yang dilakukan oleh perempuan (78,4% perempuan) daripada keluarga kaya (kuintil-5) yakni sebesar 72,7%. Dibandingkan dengan rata-rata nasional, pola di NTB lebih jelek di mana untuk Jenis Kelamin yang mengambil air untuk keperluan rumah tangga antara perempuan dan laki-laki adalah sama. Sumber air dalam pekarangan banyak terdapat di rumah tangga di kota, sedangkan menurut pengeluaran per kapita rumah tangga mempunyai kecenderungan makin kaya makin banyak RT yang memiliki sumber air dalam pekarangan.

3.9.1.4 Kualitas Fisik Air Minum

Kualitas fisik air untuk keperluan air minum dibagi menjadi beberapa kategori yaitu kategori baik, keruh, berwarna, berasa, berbusa, dan berbau terlihat pada tabel 3.9.1.4.1 dan 3.9.1.4.2.

Tabel 3.9.1.4.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kualitas Fisik Air Minum					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Lombok Barat	6.2	1.1	8.9	1.2	9.2	82.5
Lombok Tengah	7.3	3.3	4.9	0.3	1.2	87.7
Lombok Timur	3.4	1.6	1.0	0.5	0.8	96.0
Sumbawa	2.1	3.3	7.4	0.6	0.4	91.3
Dompu	6.6	3.7	2.9	1.7	3.3	88.5
Bima	5.1	4.9	0.6	0.6	0.8	93.3
Sumbawa Barat	6.5	0.8	4.8	0.0	0.0	89.5
Kota Mataram	2.3	1.8	1.2	0.2	1.6	95.9
Kota Bima	19.0	4.6	3.9	1.3	1.3	76.5
Provinsi NTB	5.3	2.5	4.1	0.6	2.6	90.1

Catatan: *) Tidak Keruh, Berwarna, Berasa, Berbusa, dan Berbau

Di NTB kualitas fisik air minum yang termasuk kategori baik sebesar 90,1% dan secara nasional adalah 86,0%. Kabupaten/Kota yang Persentase kualitas fisik air minumnya jauh diatas Kabupaten/Kota yang Persentase kualitas fisik air minumnya jauh di atas rata-rata provinsi NTB adalah Kab. Lombok Timur, Sumbawa, Kab. Bima dan Kota Mataram, dan yang berada di bawah rata-rata nasional adalah rerata nasional antara lain (<86,0%) adalah Kota Bima dan Kab. Lombok Barat. Jenis kualitas fisik air yang paling banyak ditemukan adalah keruh (5,3%), berwarna (2,5%), berasa (4,1%), berbusa (0,6%) dan berbau (2,6%). Masih tingginya kualitas fisik air minum yang tidak memenuhi syarat akan memerlukan upaya pengolahan air minum pada skala rumah tangga. Kabupaten/Kota yang Persentase air minum keruhnya tinggi yaitu Kota Bima (19,0%), yang Persentase air minum berwarnanya tinggi adalah Kab. Bima dan Kota Bima (4,9% dan 4,6%), yang berasanya tinggi adalah Lombok Barat (8,9%), yang berbusanya tinggi adalah Kabupaten Dompu (1,7%), dan yang berbaunya tinggi adalah Kab. Lombok Barat (9,2%). Kabupaten/Kota yang rumah tangganya tidak ada air dengan kualitas fisik berbusa dan berbau adalah Sumbawa Barat (0,0%).

Tabel 3.9.1.4.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Kualitas Fisik Air Minum					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Tipe Daerah						
Perkotaan	4.9	2.9	3.9	0.9	3.8	90.3
Pedesaan	5.5	2.2	4.2	0.6	1.9	90.0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita						
Kuintil-1	7.3	3.2	4.4	1.15	2.0354	88.76
Kuintil-2	7.1	3.0	4.3	0.79	2.82436	88.26
Kuintil-3	5.1	2.5	4.7	0.71	3.18584	89.38
Kuintil-4	4.5	2.6	3.5	0.35	2.47788	91.23
Kuintil-5	2.4	1.1	3.6	0.27	2.49332	93.05

Catatan: *) Tidak Keruh, Berwarna, Berasa, Berbusa, dan Berbau

Sebaran kualitas fisik air minum yang baik dirumah tangga tidak terlalu bervariasi menurut tempat tinggal maupun tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Di Kota maupun di Desa yang airnya keruh lebih banyak dibandingkan dengan kondisi fisik jelek lainnya. Variasi untuk kualitas jelek (keruh, warna, rasa, busa, bau) hampir sama untuk berbagai tingkat pengeluaran.

3.9.1.5 Jenis Sumber Air

Jenis sumber air minum dalam Riskesdas 2007 terdiri dari air kemasan, leding eceran, leding meteran, sumur bor/pompa, sumur terlindung, sumur tidak terlindung, mata air terlindung, mata air tidak terlindung, air sungai, air hujan dan lain-lain. Rumah tangga yang menggunakan air minum menurut sumbernya terdapat pada tabel 3.9.1.5.1 dan 3.9.1.5.2.

Tabel 3.9.1.5.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Sumber Air Minum										
	Air Kemasan	Leding Eceran	Leding Meteran	Sumur Bor/Pompa	Sumur Terlindung	Sumur Tidak Terlindung	Mata Air Terlindung	Mata Air Tidak Terlindung	Air Sungai	Air Hujan	Lainnya
Lombok Barat	2.6	13.2	0.2	4.3	51.8	8.1	11.3	4.8	3.7	0.0	0.0
Lombok Tengah	4.9	9.4	1.8	0.2	53.2	22.2	6.81	1.5	0.0	0.0	0.0
Lombok Timur	2.8	8.2	2.9	1.8	56.7	6.8	13.6	4.7	2.5	0.0	0.0
Sumbawa	5.6	10.1	1.9	8.3	53.4	2.1	14.7	0.4	3.3	0.0	0.2
Dompu	5.3	14.4	2.5	26.3	31.7	2.9	15.2	0.4	1.2	0.0	0.0
Bima	1.8	12.3	2.7	37.1	23.2	11.5	9.63	1.8	0.0	0.0	0.0
Sumbawa Barat	14.6	5.7	6.5	26.0	38.2	7.3	0	0.0	1.6	0.0	0.0
Kota Mataram	24.9	34.3	3.2	4.8	30.0	0.2	2.3	0.2	0.0	0.0	0.0
Kota Bima	7.2	24.3	2.6	44.7	11.2	7.9	0.66	0.7	0.0	0.0	0.7
Provinsi NTB	5.6	12.6	2.1	8.6	47.1	9.6	10.1	2.7	1.8	0.0	0.0

Dilihat dari jenis sumber air minum, di NTB masih banyak rumah tangga yang menggunakan air minum dari sumber air yang tidak terlindung (sumur tidak terlindung 9,6%, mata air tidak terlindung 2,7%, air sungai 1,8%) sedangkan secara nasional rumah tangga yang menggunakan air minum dari sumber tidak terlindung lebih tinggi dari NTB (sumur tidak terlindung 9,6%; mata air tidak terlindung 2,6%; air sungai 1,7% dan lainnya 0,1%. Sementara yang menggunakan air kemasan sebesar 5,6% dari rata-rata nasional 6,0%.

Secara nasional penggunaan air kemasan di rumah tangga mengalami peningkatan 2 kali lipat lebih dibandingkan tahun 2004, yaitu dari 2,6% menjadi 6,0%. Pemakai air kemasan banyak terdapat di Kota Mataram dan Kab. Sumbawa Barat. Sementara yang menggunakan air perpipaan/leding baik eceran maupun meteran di NTB sebesar 14,7% lebih rendah jika dibandingkan dengan rata-rata nasional yang sebesar 17,8%, sedangkan target MDGs tahun 2015 adalah 57,4%, sehingga untuk mencapainya NTB akan banyak mengalami kesulitan.

Kabupaten/Kota yang cakupan air perpipaannya di atas rerata prov. NTB dan nasional antara lain Kab. Dompu, Kab. Bima, Kota Mataram dan Kota Bima, sedangkan Sumbawa Barat cakupan perpipaannya rendah tetapi pemakai air kemasannya tinggi. Tidak ada Kabupaten/Kota yang menggunakan air hujan sebagai sumber air minum, tetapi di Kab. Lombok Barat yang menggunakan air sungai paling banyak di NTB.

Tabel 3.9.1.5.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik
Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Sumber Air Minum										
	Air Kemasan	Leding Eceran	Leding Meteran	Sumur Bor/Pompa	Sumur Terlindung	Sumur Tidak Terlindung	Mata Air Terlindung	Mata Air Tidak Terlindung	Air Sungai	Air Hujan	Lainnya
Tipe Daerah											
Perkotaan	11.4	21.7	3.2	9.2	42.2	6.3	3.22	0.8	1.8	0.0	0.0
Pedesaan	2.2	7.4	1.5	8.2	49.9	11.4	14	3.7	1.7	0.0	0.0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita											
Kuintil-1	0.3	8.6	1.4	6.1	52.9	11.3	11.3	5.0	3.1	0.0	0.0
Kuintil-2	0.9	11.3	3.6	7.4	50.6	10.3	11.3	2.1	2.4	0.0	0.1
Kuintil-3	3.4	12.4	2.2	8.5	46.8	9.5	12.9	2.7	1.7	0.0	0.0
Kuintil-4	6.0	12.5	1.6	9.7	49.1	9.5	8.85	1.7	1.1	0.0	0.0
Kuintil-5	17.2	18.2	1.8	11.1	36.1	7.2	6.04	1.9	0.4	0.0	0.1

Sebaran Persentase penggunaan jenis sumber air minum di NTB bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Penggunaan air kemasan, ledeng eceran, ledeng meteran, dan sumur bor lebih tinggi di kota dibandingkan dengan di desa. Di Kota sumber air minum yang terbanyak adalah air kemasan, ledeng eceran, ledeng meteran dan sumur bor/pompa, sedangkan di desa sumber air minum yang menonjol digunakan adalah jenis sumur (terlindung dan tidak terlindung) dan mata air.

Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi Persentase yang menggunakan air kemasan, ledeng eceran, ledeng meteran dan sumur pompa. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin menurun Persentase rumah tangga yang menggunakan sumber air tidak terlindung dan air sungai.

3.9.1.6 Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum

Dalam Riskesdas 2007, tempat penampungan air minum dan pengolahan air minum sebelum digunakan/diminum juga ditanyakan kepada rumah tangga serta dilakukan pengecekan oleh surveyor, apakah jawaban dari responden tersebut benar. Tempat penampungan air minum terdiri dari dari wadah terbuka, wadah tertutup dan tidak ada wadah, sedangkan pengolahan air minum sebelum digunakan meliputi langsung diminum, dimasak terlebih dulu, dilakukan penyaringan, dicampur dengan bahan kimia dan lain-lainnya. Tabel 3.9.1.6.1 adalah tabel tentang persentase rumah tangga menurut jenis tempat penampungan dan pengolahan air minum sebelum digunakan/diminum dan kabupaten sedangkan tabel 3.9.1.6.2 adalah menurut karakteristik.

Tabel 3.9.1.6.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Penampungan			Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan				
	Wadah Terbuka	Wadah Tertutup	Tidak Ada Wadah	Langsung Diminum	Dimasak	Disaring	Bahan Kimia	Lainnya
Lombok Barat	20.3	58.8	20.9	67.2	52.8	0.8	0.4	2.0
Lombok Tengah	16.1	61.3	22.5	40.2	64.4	0.3	2.7	2.4
Lombok Timur	6.0	53.9	40.0	49.2	64.2	1.2	0.9	1.2
Sumbawa	25.7	69.5	4.9	61.9	39.6	3.9	0.0	1.2
Dompu	9.9	86.0	4.1	70.4	41.6	1.6	1.7	3.3
Bima	14.1	81.0	4.9	81.4	19.0	5.9	0.8	1.0
Sumbawa Barat	35.8	49.6	14.6	41.9	58.1	4.0	0.8	12.9
Kota Mataram	8.5	37.1	54.4	46.5	73.5	2.8	0.5	0.0
Kota Bima	7.8	71.9	20.3	57.5	35.3	3.3	0.6	13.7
Provinsi NTB	14.3	60.6	25.0	55.5	54.7	1.8	1.1	2.2

Dari tabel 3.9.1.6.1 menunjukkan untuk tempat penampungan air bersih di rumah tangga sebagian besar tertutup (60,6%) dan tidak menggunakan penampungan (25,0%), sedangkan rata-rata nasional adalah 69,0% untuk wadah yang tertutup dan tidak menggunakan penampungan 18,2%. Sementara yang terbuka sebesar 14,3%. Penampungan atau pewadahan air bersih di rumah tangga secara terbuka memungkinkan terjadinya pencemaran dan dapat dijadikan *breeding places* nyamuk, terutama *Aedes aegypti*. Bila melihat sebarannya, kabupaten/kota yang Persentase penggunaan penampungan terbukanya tinggi antara lain Sumbawa Barat, Sumbawa dan Lombok Barat, sedangkan Persentase yang tidak menggunakan penampungan adalah Kota Mataram, Kab. Lombok Timur, Lombok Tengah, Lombok Barat dan Kota Bima.

Agar air minum yang berasal dari sumber air dapat dikonsumsi, sebagian besar langsung diminum (55,5%) dan ada yang mengolahnya dengan cara dimasak (54,7%). Kondisi di NTB tersebut berbeda dengan kondisi rata-rata nasional, di mana sebagian besar RT mengkonsumsi air minum yang sebelumnya dimasak ((91,4%) sedangkan yang diminum langsung sebanyak 8,1%. Tetapi terdapat 1,8% yang melakukan pengolahan dengan cara penyaringan dan 1,1% membubuhkan bahan kimia. Secara nasional Persentase yang melakukan penyaringan 12,3% dan yang menambahkan dengan bahan kimia 2,0%. Kabupaten/Kota yang Persentase RT memasak air sebelum diminum tertinggi di NTB adalah Kota Mataram (73,5%) dan yang terendah Kab. Bima (19,0%) sedangkan yang diminum langsung tertinggi di Kab. Bima dan Dompu. Bila dilihat dari tempat penampungan tertutup di Dompu dan Kab. Bima yang cukup tinggi dan cara minum tanpa dimasak terlebih dulu, maka perlu dilakukan penelusuran oleh pihak Dinkes Kab tentang pola minum masyarakat Kab. Bima dan Dompu tersebut.

Tabel 3.9.1.6.2
Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik
Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Penampungan			Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan				
	Wadah Terbuka	Wadah Tertutup	Tidak Ada Wadah	Langsung Diminum	Dimasak	Disaring	Bahan Kimia	Lainnya
Tipe Daerah								
Perkotaan	9.9	52.7	37.4	45.2	68.7	2.1	1.1	3.1
Pedesaan	16.9	65.1	18.0	61.4	46.8	1.7	1.0	1.6
Tingkat Pengeluaran Per kapita								
Kuintil-1	18.6	60.5	20.9	65.5	45.8	1.0	0.7	0.4
Kuintil-2	16.0	60.1	23.9	62.6	49.8	1.3	1.1	0.7
Kuintil-3	13.9	59.8	26.3	58.6	54.0	1.4	0.4	1.8
Kuintil-4	11.9	63.4	24.7	50.7	58.7	1.9	1.1	1.9
Kuintil-5	11.3	59.4	29.3	40.0	65.6	3.6	2.0	6.1

Persentase penggunaan tempat penampungan air dan pengolahan air sebelum dikonsumsi bervariasi menurut tempat tinggal dan tidak terlalu bervariasi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Persentase yang menggunakan wadah terbuka maupun tertutup lebih banyak di desa sedangkan yang tidak menggunakan wadah banyak di kota. Menurut pengeluaran per kapita menggunakan wadah terbuka, tertutup maupun tidak menggunakan wadah tidak terlalu berbeda.

Dalam hal pengolahan air sebelum dikonsumsi, makin kaya seseorang maka Persentase RT yang menggunakan wadah terbuka cenderung menurun. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin kecil Persentase yang menggunakan langsung diminum, dan semakin tinggi pengeluaran per kapita RT semakin tinggi Persentase RT yang memasak air sebelum diminum, dan makin tinggi pengeluaran RT maka makin tinggi menggunakan air minum yang telah disaring terlebih dulu.

3.9.1.7 Akses terhadap Air Bersih

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 3.9.1.7.1 dan 3.9.1.7.2 adalah tabel tentang persentase rumah tangga menurut akses terhadap air bersih.

Tabel 3.9.1.7.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Provinsi
di Kabupaten/Kota, di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Susenas dan Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Air Bersih	
	Kurang	Baik*)
Lombok Barat	29.5	70.5
Lombok Tengah	30.7	69.3
Lombok Timur	38.2	61.8
Sumbawa	28.2	71.8
Dompu	30.0	70.0
Bima	19.6	80.4
Sumbawa Barat	46.0	54.0
Kota Mataram	29.2	70.8
Kota Bima	19.6	80.4
Provinsi NTB	31.1	68.9

*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Berdasarkan kriteria tersebut, terlihat bahwa di NTB terdapat 68,9% mempunyai akses baik terhadap air bersih, dan angka tersebut masih diatas rata-rata nasional (62,4%). Kabupaten dengan Persentase akses baik terhadap air bersih di bawah rerata provinsi NTB adalah Kab. Lombok Barat dan Lombok Tengah, tetapi semua Kabupaten/Kota (9 Kab/Kota) di NTB mempunyai Persentase akses baik terhadap air bersih (>62,4%). Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.7.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Susenas dan Riskesdas 2007

Karakteristik	Air Bersih	
	Kurang	Baik*)
Tipe Daerah		
Perkotaan	31.9	68.1
Pedesaan	30.7	69.3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	34.1	65.9
Kuintil-2	29.8	70.2
Kuintil-3	27.9	72.1
Kuintil-4	28.7	71.3
Kuintil-5	35.1	64.9

*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel di atas menunjukkan di perkotaan dan pedesaan, akses baik terhadap air bersih relatif sama. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin besar Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih (kuintil 1 sebanyak 65,9% dan kuintil 5 sebanyak 64,9%).

3.9.2 Fasilitas Buang Air Besar

Pertanyaan dalam Riskesdas 2007 yang berkaitan dengan fasilitas buang air besar penduduk meliputi penggunaan fasilitas buang air besar, tempat pembuangan air besar dan tempat pembuangan akhir tinja.

3.9.2.1 Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar

Data mengenai penggunaan fasilitas buang air besar ditinjau dari aspek jenis penggunaannya yakni dipakai sendiri dan keluarganya, dipakai bersama, penggunaan umum dan tidak dipakai. Tabel 3.9.2.1.1 adalah tabel tentang presentasi rumah tangga menurut penggunaan fasilitas buang air besar dan kabupaten/kota sedangkan tabel 3.9.2.1.2 menurut karakteristik responden.

Tabel 3.9.2.1.1
Sebaran Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai
Lombok Barat	28.6	11.9	1.9	57.7
Lombok Tengah	27.4	9.9	1.2	61.5
Lombok Timur	31.6	13.6	3.1	51.7
Sumbawa	46.7	5.8	0.8	46.7
Dompu	36.0	14.0	2.9	47.1
Bima	37.8	19.0	2.9	40.3
Sumbawa Barat	46.8	16.9	1.6	34.7
Kota Mataram	63.9	21.1	3.4	11.5
Kota Bima	50.0	15.8	4.6	29.6
Provinsi NTB	35.6	13.0	2.3	49.1

Dari hasil Susenas 2007 ini Persentase rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri sebesar 35,6%, yang lebih rendah dibandingkan rata-rata nasional yang sebesar 58,9%. Beberapa kabupaten/kota yang cakupan penggunaan jamban sendirinya rendah antara lain Lombok Barat, Lombok Tengah dan Lombok Timur. Penggunaan jamban umum sebanyak 2,3% dan terbanyak di Kota Bima (4,6%) dan terendah di Kabupaten Sumbawa (0,8%). Yang memprihatinkan adalah RT yang tidak memakai fasilitas buang air besar sebanyak 49,1% sedangkan rata-rata nasional hanya 24,8%. Sebagian besar rumah tangga Kabupaten/kota tidak memakai fasilitas buang air besar, kecuali Kota Mataram dan Kota Bima (11,5% dan 29,6%).

Tabel 3.9.2.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai
Tipe Daerah				
Perkotaan	47.1	16.2	3.0	33.7
Pedesaan	29.1	11.2	1.8	57.9
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	15.1	9.6	3.7	71.5
Kuintil-2	25.2	13.7	2.1	59.0
Kuintil-3	33.9	13.3	2.7	50.2
Kuintil-4	44.0	13.6	0.8	41.6
Kuintil-5	60.1	14.7	2.0	23.2

Persentase cakupan jamban sendiri menunjukkan variasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Yang menggunakan jamban sendiri di kota lebih tinggi (47,1%) dibandingkan dengan di desa (29,1%). Data rata-rata nasional menunjukkan RT yang menggunakan jamban sendiri di kota 73,2% dan di desa 49,9%. Persentase rumah tangga di desa yang tidak memakai jamban cukup besar yaitu 57,9% (rata-rata nasional 34,5%) dan di kota sebanyak 33,7% (nasional 9,2%). Sementara menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran (kuintil) semakin tinggi Persentase yang menggunakan jamban sendiri, sebaliknya semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin sedikit rumah tangga yang tidak memakai jamban.

3.9.2.2 Tempat Pembuangan Air Besar

Tempat pembuangan air besar dalam Susenas 2007 meliputi leher angsa, pleng-sengan, cemplung/cubluk dan tidak pakai. Tabel 3.9.2.2.1 dan 3.9.2.2.2 menggambarkan berbagai jenis sarana pembuangan kotoran menurut jenis tempat buang air besar dan kabupaten/kota serta menurut karakteristik responden. Jenis sarana pembuangan kotoran dianggap 'saniter' bila menggunakan jenis leher angsa.

Tabel 3.9.2.2.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar Dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Pleng-Sengan	Cemplung/ Cubluk	Tidak Pakai
Lombok Barat	65.8	31.8	0.9	1.5
Lombok Tengah	57.5	36.7	3.8	2.0
Lombok Timur	88.1	4.4	1.7	5.8
Sumbawa	97.8	1.5	0.4	0.4
Dompu	97.7	0.8	0.8	0.8
Bima	85.6	5.8	6.5	2.1
Sumbawa Barat	90.1	8.6	1.2	0.0
Kota Mataram	76.3	21.4	1.0	1.3
Kota Bima	90.7	3.7	3.7	1.9
Provinsi NTB	79.5	15.8	2.2	2.5

Jenis tempat buang air besar yang dianggap 'saniter' adalah bila menggunakan jenis leher angsa. Dari tabel 3.180 menunjukkan bahwa yang menggunakan jamban jenis leher angsa adalah 79,5% (rata-rata nasional 68,9%). Bila dibandingkan dengan data nasional tahun 2004 sebesar 49,3%, penggunaan jamban saniter ini mengalami peningkatan, sementara yang tidak pakai jamban mengalami penurunan. Kabupaten/Kota yang cakupan jamban saniternya rendah antara lain Lombok Tengah dan Lombok Barat. Sementara kabupaten/kota yang Persentase rumah tangga yang tidak pakai jamban tinggi di Lombok Timur.

Tabel 3.9.2.2.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Pleng-Sengan	Cemplung/ Cubluk	Tidak Pakai
Tipe Daerah				
Perkotaan	75.8	19.7	1.3	3.2
Pedesaan	82.6	12.4	3.1	1.8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	67.0	19.6	5.6	7.8
Kuintil-2	73.8	18.7	3.0	4.5
Kuintil-3	78.3	17.4	2.1	2.1
Kuintil-4	83.5	13.5	2.1	0.9
Kuintil-5	84.8	13.7	0.6	0.9

Sebaran Persentase penggunaan tempat buang air besar tidak terlalu bervariasi di NTB baik menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Hal yang mengejutkan adalah jumlah pemakai jamban leher angsa lebih banyak di desa (82,6%) daripada di kota (75,8%). Yang menggunakan plengsengan dan tidak memakai jamban lebih banyak di kota, sedangkan WC cemplung banyak terdapat di desa (3,1%). Makin besar pengeluaran per kapita rumah tangga, pemakai jamban leher angsa cenderung meningkat, dan yang tidak memakai jamban cenderung menurun. Makin besar pengeluaran per kapita rumah tangga, pemakai jamban plengsengan dan jamban cemplung cenderung menurun. Artinya, dengan meningkatnya pengeluaran per kapita rumah tangga maka cenderung mengganti jambannya dari plengsengan dan jamban cemplung ke jamban leher angsa.

3.9.2.3 Tempat Pembuangan Akhir Air Besar

Tempat pembuangan akhir air besar/tinja meliputi tangki/SPAL, kolam/sawah/sungai/laut, lobang tanah, pantai/tanah dan lainnya, yang dapat dilihat pada tabel 3.9.2.3.1 dan 3.9.2.3.2.

Tabel 3.9.2.3.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tangki/SPAL	Kolam/Sawah	Sungai/Laut	Lobang Tanah	Pantai/Tanah	Lainnya
Lombok Barat	36.6	0.2	37.5	4.5	20.4	0.8
Lombok Tengah	31.7	7.9	24.0	6.1	30.0	0.3
Lombok Timur	32.5	1.2	43.7	11.7	9.5	1.4
Sumbawa	53.1	1.4	26.7	0.2	16.9	1.7
Dompu	49.8	1.2	21.4	3.3	23.5	0.8
Bima	46.2	0.8	23.5	11.9	15.3	2.2
Sumbawa Barat	62.1	0.8	16.9	2.4	16.9	0.8
Kota Mataram	75.3	0.5	16.4	6.7	0.2	0.9
Kota Bima	57.5	0.0	23.5	11.8	5.9	1.3
Provinsi NTB	41.5	2.3	31.0	7.2	16.9	1.1

Tempat pembuangan akhir tinja yang saniter adalah tangki/sarana pembuangan air limbah (SPAL). Tempat pembuangan akhir tinja yang menggunakan tangki/SPAL di NTB adalah 41,5% dan rata-rata nasional adalah 46,3%. Kabupaten/Kota yang Persentase penggunaan tangki/SPAL jauh di bawah rerata NTB dan Nasional adalah Lombok Barat, Lombok Tengah, Lombok Timur sedangkan yang tertinggi adalah Kota Mataram (75,3%).

Tabel 3.9.2.3.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumah Tangga Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Karakteristik	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tangki/Spal	Kolam/Sawah	Sungai/Laut	Lobang Tanah	Pantai/Tanah	Lainnya
Tipe Daerah						
Perkotaan	55.5	0.6	29.8	6.9	5.9	1.2
Pedesaan	33.6	3.2	31.7	7.3	23.1	1.0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita						
Kuintil-1	19.5	4.1	39.7	6.3	28.5	1.9
Kuintil-2	31.0	3.0	41.0	7.3	16.8	0.9
Kuintil-3	40.5	2.3	31.3	7.8	17.0	1.1
Kuintil-4	49.2	1.4	28.3	6.6	13.6	0.9
Kuintil-5	67.8	0.5	14.5	7.8	8.5	0.8

Persentase penggunaan tempat pembuangan akhir tinja jenis tangki/SPAL bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Yang menggunakan tangki/SPAL lebih tinggi di kota (55,5%) demikian pula rerata nasional (71,6%), sedangkan di desa sebanyak 33,6% (rerata nasional 30,4%). Di desa, tempat pembuangan akhir tinja terbanyak di sungai/laut, pantai/tanah dan lobang tanah. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi Persentase yang menggunakan tangki/SPAL.

3.9.3 Sarana Pembuangan Air Limbah

Jenis saluran pembuangan air limbah dalam Riskesdas 2007 meliputi saluran pembuangan terbuka, tertutup dan tidak ada saluran pembuangan air limbah. Tabel 3.9.3.1 dan 3.9.3.2 adalah persentase rumah tangga menurut jenis saluran pembuangan air limbah dan kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden. Data penggunaan saluran pembuangan air limbah (SPAL) rumah tangga didapatkan dengan cara wawancara dan pengamatan.

Tabel 3.9.3.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Saluran Pembuangan Air Limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak Ada
Lombok Barat	46.4	30.4	23.3
Lombok Tengah	39.7	11.0	49.3
Lombok Timur	36.2	27.5	36.2
Sumbawa	27.0	21.4	51.6
Dompu	29.6	10.7	59.7
Bima	32.9	8.8	58.3
Sumbawa Barat	57.6	30.4	12.0
Kota Mataram	28.6	65.9	5.5
Kota Bima	61.4	22.2	16.3
Provinsi NTB	38.0	24.7	37.3

Persentase rumah tangga yang memiliki saluran pembuangan air limbah (SPAL) baik tertutup maupun terbuka di NTB sebesar 62,7% dan rerata nasional sebesar 67,5%, atau di NTB terdapat 37,3% yang tidak memiliki SPAL. Bila dibandingkan dengan data nasional tahun 2004 sebesar 25,8% yang tidak memiliki SPAL, terjadi peningkatan Persentase rumah tangga yang tidak memiliki SPAL. Masih tingginya rumah tangga yang tidak memiliki SPAL menimbulkan genangan-genangan air di sekitar rumah yang dapat menjadi *breeding places* vektor penyakit. Kabupaten/Kota dengan persentase yang tidak memiliki SPAL tinggi antara lain Dompu, Kab. Bima dan Lombok Tengah, sedangkan yang terendah adalah Kota Mataram (5,5%).

Tabel 3.9.3.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Saluran Pembuangan Air Limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak Ada
Tipe Daerah			
Perkotaan	37.3	41.3	21.4
Pedesaan	38.4	15.2	46.4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	36.5	15.8	47.6
Kuintil-2	41.3	15.5	43.1
Kuintil-3	41.5	23.5	35.0
Kuintil-4	35.2	28.6	36.2
Kuintil-5	35.6	39.9	24.6

Sebaran pemilikan dan jenis SPAL bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Di desa yang tidak memiliki SPAL lebih 2 kali lipat (46,4%) dibandingkan dengan di kota (21,4%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada hubungan terbalik dimana Persentase yang tidak memiliki SPAL cenderung menurun seiring dengan meningkatnya pengeluaran rumah tangga per kapita, sebaliknya yang SPAL-nya tertutup mengalami peningkatan seiring dengan meningkatnya pengeluaran rumah tangga per kapita.

3.9.4 Akses terhadap Air Bersih dan Sanitasi

Tabel 3.9.4.1 dan 3.9.4.2 adalah persentase rumah tangga untuk akses terhadap air bersih dan sanitasi menurut kabupaten/kota dan menurut karakteristik responden

Tabel 3.9.4.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Air Bersih		Sanitasi	
	Kurang	Baik*)	Kurang	Baik**)
Lombok Barat	17,5	82,5	78.3	21.7
Lombok Tengah	12,3	87,7	84.3	15.7
Lombok Timur	4,0	96,0	71.0	29.0
Sumbawa	8,7	91,3	53.8	46.2
Dompu	11,5	88,5	64.6	35.4
Bima	6,7	93,3	67.3	32.7
Sumbawa Barat	10,5	89,5	54.8	45.2
Kota Mataram	4,1	95,9	49.5	50.5
Kota Bima	23,5	76,5	53.6	46.4
Provinsi NTB	9,9	90,1	70.5	29.5

Catatan:

*) 20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

***) Memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Akses menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef* terhadap air bersih bila konsumsi air minimal 20 liter per orang per hari, bersumber dari sarana air *'improved'* yang jarak ke sumber air dalam radius 1 kilometer. Berdasarkan kriteria tersebut, di NTB terdapat 90,1% yang mempunyai akses baik terhadap air bersih (rerata nasional 62,4% RT). Kabupaten/Kota yang Persentase akses terhadap sumber airnya di bawah rerata NTB adalah Kota Mataram, Kab. Lombok Barat, Lombok Timur, dan Sumbawa Barat. Sedangkan bila dibandingkan dengan rerata nasional, maka tidak ada satupun Kab/Kota yang berada di atas rerata nasional. Sedangkan akses sanitasi yang meliputi pemilikan jamban sendiri dan jenis jamban angsa latrin, maka terdapat 29,5% rumah tangga yang akses terhadap sanitasi (rerata nasional 43,0% rumah tangga). Jika dibandingkan dengan rerata NTB, terdapat 3 Kabupaten yaitu Lombok Barat, Lombok Tengah dan Lombok Timur yang berada di bawah rerata NTB, dan terdapat 6 kabupaten/kota yang berada di bawah rerata nasional, di samping 3 kabupaten tersebut ditambah dengan Kab. Dompu, kab. Bima dan Kota Bima.

Tabel 3.9.4.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi
dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Risikesdas 2007

Karakteristik	Air Bersih		Sanitasi	
	Kurang	Baik*)	Kurang	Baik**)
Tipe Daerah				
Perkotaan	20,4	79,6	62,2	37,8
Pedesaan	19,0	81,0	75,2	24,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	19,6	80,4	88,8	11,2
Kuintil-2	15,8	84,2	80,4	19,6
Kuintil-3	17,2	82,8	71,6	28,4
Kuintil-4	18,2	81,8	62,8	37,2
Kuintil-5	26,8	73,2	48,5	51,5

Catatan:

*) 20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

***) Memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Sebaran akses terhadap air bersih yang mempertimbangkan konsumsi air minimal 20 liter per orang per hari, bersumber dari sarana air *'improved'* yang jarak ke sumber air dalam radius 1 kilometer, tidak bervariasi untuk air bersih, tetapi bervariasi menurut sanitasi. Di kota, akses terhadap air bersih justru lebih rendah (79,6%) dibandingkan dengan di desa (81,0%). Berbeda dengan akses terhadap sanitasi, di kota (37,8%) dibandingkan dengan di desa (24,8%). Rerata nasional akses terhadap air bersih di kota 67,4% dan di desa 50,9%, sedangkan akses terhadap sanitasi secara nasional di kota 63,3% dan di desa 30,4%.

Sebaran akses air bersih menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan adanya kecenderungan, dimana semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi akses terhadap air bersih, walaupun tidak terlalu mencolok, sedangkan semakin tinggi pengeluaran per kapita maka akses terhadap sanitasi meningkat secara mencolok (kuintil 1 sebanyak 11,2% dan kuintil 5 sebanyak 51,5%).

3.9.5 Pembuangan Sampah

Data pembuangan sampah meliputi ketersediaan tempat penampungan/ pembuangan sampah di dalam dan di luar rumah. Tabel 3.9.5.1 adalah. Data tentang persentase rumah tangga menurut jenis penampungan sampah di dalam dan luar rumah dan Kabupaten/Kota sedangkan tabel 3.9.5.2 menurut karakteristik responden.

Data pembuangan sampah meliputi ketersediaan tempat penampungan/pembuangan sampah di dalam dan di luar rumah.

Tabel 3.9.5.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penampungan Sampah Dalam Rumah			Penampungan Sampah di Luar Rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada
Lombok Barat	3.7	4.6	91.7	4.6	34.8	60.6
Lombok Tengah	2.2	20.0	77.8	1.2	32.5	66.3
Lombok Timur	1.9	8.6	89.4	4.2	19.3	76.5
Sumbawa	11.9	13.4	74.7	10.5	37.7	51.8
Dompu	12.8	9.1	78.2	6.2	23.0	70.8
Bima	4.7	24.4	70.9	4.9	23.1	72.0
Sumbawa Barat	12.1	16.9	71.0	9.6	43.2	47.2
Kota Mataram	11.8	21.0	67.3	12.2	55.9	31.9
Kota Bima	14.5	13.8	71.7	22.9	43.1	34.0
Provinsi NTB	5.2	13.3	81.5	5.6	31.1	63.3

Persentase rumah tangga yang memiliki tempat sampah di dalam rumah di NTB adalah 18,5% dan di luar rumah sebesar 36,7%, Kondisi tersebut jauh berada di bawah rerata nasional yang sebesar 26,6% untuk tempat sampah di dalam rumah dan di luar rumah sebesar 45,6%. Dari yang memiliki tempat sampah tersebut, baik di dalam maupun di luar rumah sebagian besar keadaannya terbuka.

Terdapat 2 kabupaten yang cakupan kepemilikan tempat sampah di dalam rumahnya di bawah provinsi NTB yaitu Lombok Barat dan Lombok Timur, dan terdapat kabupaten/kota yang memiliki tempat sampah di luar rumah di bawah rerata provinsi NTB yaitu Lombok Tengah, Lombok Timur, Dompu, dan Kab. Bima. Jika dibandingkan dengan rerata nasional untuk kepemilikan penampungan sampah di dalam rumah maka terdapat 7 Kab/Kota yang berada di bawah rerata nasional kecuali Sumbawa Barat dan Kota Bima, sedangkan yang di luar rumah terdapat 6 kab/kota yang berada di bawah rerata nasional kecuali Sumbawa Barat, Kota Mataram dan Kota Bima.

Tabel 3.9.5.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penampungan Sampah Dalam Rumah			Penampungan Sampah di Luar Rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada
Tipe Daerah						
Perkotaan	10.2	14.5	75.3	11.4	35.9	52.8
Pedesaan	2.4	12.6	84.9	2.3	28.4	69.3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita						
Kuintil-1	1.9	10.5	87.5	1.9	29.2	68.8
Kuintil-2	2.7	12.5	84.7	3.0	28.4	68.6
Kuintil-3	4.2	13.5	82.3	5.0	31.2	63.8
Kuintil-4	5.5	15.0	79.5	6.9	28.3	64.8
Kuintil-5	11.9	14.9	73.1	11.2	38.5	50.3

Persentase rumah tangga yang memiliki tempat sampah bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Di kota yang memiliki tempat sampah lebih tinggi (24,7% dalam rumah dan 47,3% di luar rumah) dibandingkan di desa (15,0% dalam rumah dan 30,6% di luar rumah). Rerata nasional di kota adalah 36,3% dalam rumah dan 56,1% di luar rumah sedangkan di desa adalah 20,6% dalam rumah dan 39,0% di luar rumah.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, menunjukkan kecenderungan meningkat sesuai dengan pengeluaran rumah tangga (kuintil), di mana semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi yang memiliki tempat sampah, baik di dalam maupun di luar rumah.

3.9.6 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).

3.9.6.1 Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian

Pertanyaan dalam Riskesdas 2007 yang berkaitan dengan jenis lantai meliputi jawaban : bukan tanah dan tanah, sedangkan kepadatan hunian terdiri dari $> 8\text{m}^2$ per kapita dan $< 8\text{m}^2$ per kapita, yang terlihat pada tabel 3.9.6.1.1 dan 3.9.6.1.2 berikut ini.

Tabel 3.9.6.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah, Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Lantai		Kepadatan Hunian	
	Bukan Tanah	Tanah	$>8\text{ m}^2/\text{Kapita}$	$<8\text{ m}^2/\text{Kapita}$
Lombok Barat	86.6	13.4	59.1	40.9
Lombok Tengah	83.5	16.5	84.8	15.2
Lombok Timur	89.4	10.6	73.7	26.3
Sumbawa	89.1	10.9	79.6	20.4
Dompu	86.8	13.2	63.4	36.6
Bima	94.5	5.5	75.5	24.5
Sumbawa Barat	87.9	12.1	82.3	17.7
Kota Mataram	95.9	4.1	72.6	27.4
Kota Bima	88.9	11.1	73.9	26.1
Provinsi NTB	88.4	11.6	73.6	26.4

Masih banyak rumah tangga yang lantainya rumahnya tanah dengan tingkat hunian padat. Dari tabel 3.9.6.1.1, terdapat 11,6% rumah tangga yang lantai rumahnya tanah dan 26,4% yang tingkat huniannya padat. Kondisi lantai tersebut tidak terlalu berbeda dengan rerata nasional, di mana rumah tangga yang lantai rumahnya tanah sebesar 12,6% dan untuk hunian yang padat lebih tinggi dari rerata nasional sebesar 17,6%. Dilihat dari kabupaten/kota, terdapat beberapa kabupaten/kota yang Persentase lantai rumahnya tanah tinggi di atas rerata provinsi seperti Lombok Tengah, Lombok Barat, Dompu, dan Sumbawa. Sedangkan kabupaten/kota yang Persentase hunian padatnya tinggi di atas rerata provinsi NTB antara lain Lombok Barat, Dompu dan Kota Mataram, dan terdapat 8 kabupaten/kota dengan tingkat kepadatan tinggi di atas rerata nasional, kecuali Lombok Tengah yang Persentase padatnya lebih rendah.

Tabel 3.9.6.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Lantai		Kepadatan Hunian	
	Bukan Tanah	Tanah	>8 m ² /Kapita	<8 m ² /Kapita
Tipe Daerah				
Perkotaan	93.6	6.4	71.8	28.2
Pedesaan	85.5	14.5	74.6	25.4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	78.7	21.3	49.0	51.0
Kuintil-2	88.9	11.1	65.1	34.9
Kuintil-3	88.5	11.5	76.2	23.8
Kuintil-4	90.8	9.2	84.8	15.2
Kuintil-5	95.2	4.8	92.9	7.1

Persentase rumah tangga yang lantai rumahnya tanah dan tingkat huniannya padat bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Persentase yang lantainya tanah di desa lebih tinggi (14,5%) dan lebih rendah dari rerata nasional (17,0%) dibandingkan dengan di kota (6,4%) dan rerata nasional sebesar 5,5%, sedangkan dalam hal kepadatan hunian tidak menunjukkan perbedaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin menurun Persentase yang yang lantai rumahnya tanah walaupun tidak terlalu mencolok, sedangkan Persentase tingkat hunian padatnya menurun.

3.9.6.2 Keberadaan Hewan Ternak dalam Rumah

Tempat pemeliharaan ternak hewan peliharaan meliputi ternak unggas, ternak sedang (kambing, domba, babi dll), ternak besar (sapi, kerbau, kuda dll) serta anjing/kucing/kelinci, yang tempat pemeliharaannya terdiri dari dalam rumah, luar rumah dan tidak dipelihara.

Tabel 3.9.6.2.1 adalah Persentase rumah tangga menurut tempat pemeliharaan ternak/hewan peliharaan menurut kabupaten/kota dan tabel 3.9.6.2.2 adalah sebaran rumah tangga menurut tempat pemeliharaan ternak/hewan peliharaan dan karakteristik rumah tangga.

Tabel 3.9.6.2.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	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
Lombok Barat	8.3	38.4	53.3	0.5	4.7	94.9	0.2	11.7	88.1	0.7	0.5	98.8
Lombok Tengah	8.8	51.6	39.6	0.2	4.1	95.7	0.8	12.8	86.5	1.2	2.2	96.5
Lombok Timur	6.4	27.8	65.8	0.4	3.6	96.0	0.1	5.2	94.7	0,0	0.3	99.7
Sumbawa	3.5	39.6	56.9	0.4	6.4	93.2	0.6	16.1	83.3	11.9	6.8	81.3
Dompu	5.8	26.3	67.9	0.4	7.8	91.8	0.0	7.4	92.6	2.9	6.2	90.9
Bima	26.4	15.1	58.5	6.3	9.8	83.8	0.4	7.2	92.4	2.2	1.0	96.7
Sumbawa Barat	1.6	26.6	71.8	0.0	4.8	95.2	0,0	10.5	89.5	0.8	2.4	96.8
Kota Mataram	3.9	19.4	76.7	0.5	1.6	97.9	0,0	0.9	99.1	2.8	5.3	91.9
Kota Bima	12.4	19.0	68.6	1.3	2.6	96.1	0.7	4.6	94.8	0.6	0.6	98.7
Provinsi NTB	8.6	33.7	57.7	0.9	4.7	94.4	0.3	9.0	90.6	2.0	2.1	95.9

Tabel 3.9.6.2.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	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
Tipe Daerah												
Perkotaan	5.4	28.5	66.1	0.3	3.4	96.2	0.2	4.1	95.7	1.2	2.0	96.8
Pedesaan	10.4	36.6	53.0	1.2	5.5	93.3	0.4	11.9	87.7	2.5	2.1	95.4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita												
Kuintil-1	11.2	32.7	56.0	1.5	5.4	93.1	0.4	12.2	87.4	1.3	2.3	96.4
Kuintil-2	8.7	34.6	56.7	0.9	5.5	93.6	0.5	11.1	88.3	1.6	2.0	96.4
Kuintil-3	8.2	38.2	53.5	0.6	5.7	93.6	0.4	10.3	89.4	2.7	2.2	95.0
Kuintil-4	8.2	33.3	58.5	0.8	4.2	95.0	0.4	7.2	92.4	2.1	2.2	95.7
Kuintil-5	6.3	29.7	64.0	0.7	2.8	96.5	0.1	4.4	95.5	2.4	1.7	95.9

Pada tabel 3.192 terlihat bahwa dari sejumlah rumah tangga yang memelihara unggas, tempat pemeliharaan unggas sebagian besar tidak dipelihara (67,7%), sebagian besar (94,4%) ternak sedang juga tidak dipelihara, demikian pula ternak besar sebagian besar juga tidak dipelihara (90,6%). Demikian pula dengan anjing/kucing/kelinci yang sebagian besar juga tidak dipelihara sebesar 95,9%. Kondisi tersebut berbeda dengan rerata nasional, di mana ternak unggas yang tidak dipelihara sebesar 58,4%, ternak sedang sebesar 87,8%, ternak besar sebesar 91,1% dan anjing/kucing/kelinci sebesar 83,0%.

Tempat pemeliharaan ternak unggas yang dilakukan di dalam rumah terdapat di Kab. Bima, demikian pula ternak sedang yang paling banyak dipelihara rumah tangga di dalam rumah juga terdapat di .Kab. Bima. Ternak besar yang dipelihara di dalam rumah oleh rumah tangga banyak dilakukan di Lombok Tengah.

Pada tabel 3.193 terlihat bahwa baik di kota maupun di desa, banyak ternak (ternak unggas, ternak sedang, ternak besar dan anjing/kucing/kelinci) yang tidak dipelihara. Bila menurut pengeluaran per kapita, tidak tampak kecenderungan apa-apa, artinya tidak ada keterkaitan antara pengeluaran per kapita rumah tangga dengan tempat pemeliharaan hewan. Hal yang perlu diperhatikan adalah bahwa di kota masih ada rumah tangga yang memelihara ternak unggas, ternak sedang dan ternak besar di dalam rumah. Demikian pula masih ada rumah tangga yang mempunyai pengeluaran per kapitanya tinggi (kuintil 5) yang memelihara ternak unggas, ternak sedang dan ternak besar di dalam rumah.

Banyaknya rumah tangga yang memelihara ternak, terutama di dalam rumah dapat menjadi faktor risiko untuk tertularnya penyakit bersumber binatang seperti malaria.

3.9.7 Jenis Bahan Bakar Utama Memasak

Pertanyaan dalam Riskesdas 2007 yang berkaitan dengan jenis bahan bakar utama untuk memasak dalam rumah tangga terdiri dari listrik, gas/elpiji, minyak tanah, arang/briket, kayu bakar dan lainnya yang terlihat pada tabel 3.9.7.1 dan 3.9.7.2.

Tabel 3.9.7.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Bahan Bakar Utama Memasak					
	Listrik	Gas/ Elpiji	Minyak Tanah	Arang/ Briket	Kayu Bakar	Lainnya
Lombok Barat	1.1	0.5	34.6	0.5	63.2	0.2
Lombok Tengah	0.6	1.0	20.1	0.6	77.0	0.6
Lombok Timur	1.3	0.5	28.8	0.1	69.0	0.3
Sumbawa	0.2	1.9	35.5	0.0	61.9	0.4
Dompu	0.4	0.8	28.5	0.4	69.8	0.0
Bima	0.8	1.0	23.3	0.2	74.2	0.4
Sumbawa Barat	0.8	3.2	47.6	0.0	47.6	0.8
Kota Mataram	2.3	9.0	81.1	0.0	5.5	2.1
Kota Bima	2.6	2.0	66.0	0.7	28.8	0.0
Provinsi NTB	1.0	1.5	33.7	0.3	63.0	0.5

Sebagian besar rumah tangga memasak dengan menggunakan kayu bakar (63,0%) sedangkan yang memasak dengan minyak tanah 33,7%. Dibandingkan dengan rerata nasional, kondisi di NTB lebih tinggi, di mana dalam rerata nasional jumlah rumah tangga yang memasak dengan kayu bakar 52,2% dan minyak tanah 35,0%. Terdapat 5 Kabupaten/kota yang sebagian besar rumah tangganya memasak dengan kayu bakar di atas rerata provinsi NTB adalah Lombok Barat, Lombok Tengah, Lombok Timur, Dompu dan Kab. Bima, dan yang terendah adalah Kota Mataram (5,5%). Di NTB Persentase rumah tangga yang menggunakan gas elpiji sebesar 1,5%, yang jauh di bawah rerata nasional yang sebesar 9,4%.

Tabel 3.9.7.2
Presentase Rumah Tangga Menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Bahan Bakar Utama Memasak					
	Listrik	Gas/Elpiji	Minyak Tanah	Arang/Briket	Kayu Bakar	Lainnya
Tipe Daerah						
Perkotaan	1.6	3.3	57.0	0.2	37.3	0.7
Pedesaan	0.8	0.5	20.5	0.3	77.6	0.3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita						
Kuintil-1	0.4	0.4	17.2	0.2	81.6	0.3
Kuintil-2	0.5	0.7	25.0	0.4	73.0	0.4
Kuintil-3	1.4	0.8	30.0	0.4	67.2	0.3
Kuintil-4	0.9	1.2	37.2	0.4	59.8	0.4
Kuintil-5	2.0	4.5	59.3	0.3	32.9	1.0

Sebaran Persentase rumah tangga yang jenis bahan bakarnya kayu bakar, minyak tanah, dan gas/elpiji bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Di kota yang menggunakan gas elpiji, minyak tanah dan listrik lebih banyak dibandingkan di desa, sedangkan di desa sebaliknya yaitu yang menggunakan kayu bakar lebih banyak (77,6%) dibandingkan di kota (37,3%). Keadaan tersebut berbeda dengan rerata nasional, di mana Persentase penduduk kota yang menggunakan kayu bakar 18,4%. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, menunjukkan kecenderungan meningkat untuk bahan bakar gas/elpiji dan minyak tanah sesuai dengan pengeluaran rumah tangga (kuintil), di mana semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi yang pemakaian bahan bakar dengan gas/elpiji dan minyak tanah. Kondisi tersebut berlawanan dengan Persentase rumah tangga yang menggunakan kayu bakar, di mana semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita semakin rendah penggunaan bahan bakar kayu bakar.

3.9.8 Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah

Jenis bahan beracun berbahaya dalam Susenas 2007 meliputi pengharum, spray rambut, pembersih lantai, penghilang noda pakaian, pengkilap kayu/kaca dan racun serangga. Tabel 3.9.8.1 dan 3.9.8.2 merupakan Persentase rumah tangga yang menggunakan bahan beracun berbahaya menurut Kabupaten/Kota dan karakteristik responden.

Tabel 3.9.8.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis Bahan Beracun Berbahaya					
	Pengharum	Spray Rambut	Pembersih Lantai	Penghilang Noda Pakaian	Pengkilap Kayu/Kaca	Racun Serangga
Lombok Barat	5,4	2,6	6,0	18,9	3,2	42,0
Lombok Tengah	6,0	7,6	5,5	16,9	3,7	41,5
Lombok Timur	4,6	1,2	6,0	29,2	4,6	39,1
Sumbawa	13,0	8,3	18,3	31,3	13,4	67,8
Dompu	5,8	8,3	5,8	48,1	4,5	22,2
Bima	2,0	7,8	4,9	30,9	0,4	25,2
Sumbawa Barat	18,4	9,7	17,7	50,8	12,1	54,0
Kota Mataram	30,6	22,1	40,5	53,2	18,6	78,8
Kota Bima	15,7	9,2	26,8	40,5	7,2	23,5
Provinsi NTB	8,3	6,3	10,4	28,5	5,9	43,8

Persentase rumah tangga yang menggunakan bahan beracun berbahaya diberbagai kabupaten/kota tampak bervariasi. Persentase rumah tangga yang memakai pengharum sebesar 8,3%, yang menggunakan spray rambut 6,3%, pembersih lantai 10,4%, penghilang noda pakaian 28,5%, pengkilap kayu/kaca 5,9% dan racun serangga 43,8%. Pengguna racun serangga terbanyak di Kota Mataram, Sumbawa dan Sumbawa Barat yang lebih dari 50% rumah tangga menggunakannya. Pembersih lantai banyak digunakan di Kota Mataram dan Kota Bima. Spray rambut banyak digunakan rumah tangga di kota Mataram (22,1%) dan secara keseluruhan rumah tangga di Kota Mataram banyak menggunakan bahan beracun berbahaya.

Tabel 3.9.8.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Bahan Beracun Berbahaya					
	Pengharum	Spray Rambut	Pembersih Lantai	Penghilang Noda Pakaian	Pengkilap Kayu/Kaca	Racun Serangga
Tipe Daerah						
Perkotaan	15,7	10,2	20,8	38,3	12,3	52,2
Pedesaan	4,0	4,1	4,5	22,9	2,2	39,0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita						
Kuintil-1	1,5	3,4	2,2	21,0	1,5	36,8
Kuintil-2	3,4	4,4	4,8	23,5	2,2	40,7
Kuintil-3	4,8	5,8	6,5	25,8	4,0	45,3
Kuintil-4	9,9	6,5	12,5	31,9	5,9	45,1
Kuintil-5	21,7	11,6	26,1	40,5	15,8	51,1

Sebaran rumah tangga yang menggunakan bahan beracun berbahaya banyak dilakukan di kota, dan sedikit di desa, seperti halnya racun serangga yang digunakan rumah tangga di kota sebanyak 52,2% dan di desa 39,0%. Pemakaian pengharum, spray rambut, pembersih lantai, penghilang noda pakaian dan pengkilap kayu/kaca banyak dilakukan oleh rumah tangga kota.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin banyak rumah tangga yang menggunakan bahan beracun berbahaya, sehingga dapat dikatakan bahwa di kota banyak rumah tangga yang menggunakan bahan beracun berbahaya.

3.9.9 Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran

Tabel 3.9.9.1 adalah tabel tentang sebaran rumah tangga menurut jarak rumah ke sumber pencemaran (jalan raya/rel kereta api, tempat pembuangan sampah, industri/pabrik, jaringan listrik/sutet). Jarak sumber pencemaran dari rumah ke jalan raya/rel kereta api kurang dari 10 meter secara rata-rata di NTB sebanyak 5,9% rumah tangga. dan yang terbanyak di Kab. Bima (15,1%) dan Dompu (9,4%) di mana rerata nasional jarak rumah ke jalan raya/kereta api yang kurang dari 10 meter sebanyak 6,8%. Jarak rumah ke tempat pembuangan sampah yang kurang dari 10 meter sebanyak 1,0% dan terbanyak di Kota Bima (3,9%) dan Kab. Dompu (3,7%), sedangkan rerata nasional sebanyak 2,0%.

Tabel 3.9.9.1
Sebaran Rumah Tangga Menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran dan Kabupaten/Kota di
Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jalan Raya/Rel Kereta Api (dlm meter)				Tempat Pembuangan Sampah (dlm meter)				Industri/Pabrik (dlm meter)			Jaringan Listrik Sutt/Sutet (dlm meter)				
	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200
Lombok Barat	3.0	16.4	4.9	75.7	0.6	8.2	2.4	88.8	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.9	1.0	98.0
Lombok Tengah	4.0	15.4	5.3	75.4	0.6	2.1	0.0	97.3	0.2	1.2	0.4	98.2	0.0	0.2	0.0	99.8
Lombok Timur	8.4	20.7	1.8	69.1	1.2	7.2	0.6	91.0	0.6	0.9	1.4	97.1	0.1	0.1	0.0	99.7
Sumbawa	2.5	22.5	2.7	72.2	1.4	21.0	3.1	74.6	0.0	2.1	0.2	97.7	0.0	0.4	0.0	99.6
Dompu	9.4	44.7	5.3	40.6	3.7	13.2	1.7	81.4	0.8	0.8	0.0	98.4	0.0	0.0	0.0	100.0
Bima	15.1	38.0	4.7	42.1	0.4	4.3	0.8	94.5	0.0	1.0	1.8	97.1	0.0	0.2	0.0	99.8
Sumbawa Barat	1.6	12.1	1.6	84.7	0.0	2.4	0.0	97.6	0.0	0.8	2.4	96.8	0.0	1.6	2.4	96.0
Kota Mataram	3.5	35.8	11.8	49.0	0.9	15.9	1.6	81.6	0.7	1.6	1.6	96.1	0.0	0.2	0.9	98.8
Kota Bima	3.3	17.6	1.3	77.8	3.9	5.2	0.7	90.2	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	4.5	0.6	94.8
Provinsi NTB	5.9	22.4	4.3	67.4	1.0	8.1	1.2	89.7	0.3	0.9	0.8	98.0	0.0	0.5	0.3	99.1

Sumber pencemaran yang berasal dari industri pabrik yakni yang berjarak kurang dari 10 meter dari rumah sebanyak 0,3% rumah tangga, dan rumah tangga yang menempati rumah yang berjarak kurang 10 meter dari jaringan listrik di NTB tidak ada, tetapi yang berjarak 10-100 meter sebanyak 0,5% rumah tangga dan Persentase terbanyak di kota Bima. Persentase rumah tangga yang berjarak kurang dari 10 meter dari tempat pembuangan sampah di NTB relatif kecil sedangkan yang berjarak 10-100 meter ada 8,1% rumah tangga. Secara keseluruhan jarak rumah ke industri/ pabrik relatif sedikit (0,3%) dan hanya 0,5% yang berjarak 10-100 meter ke jaringan listrik/sutet, dan lebih dari 98% yang berjarak lebih dari 200 meter.

Tabel 3.9.9.2 adalah sebaran rumah tangga menurut jarak rumah ke sumber pencemaran dan karakteristik rumah tangga. Dari tabel tersebut terlihat bahwa antara kota dan desa tidak berbeda jarak rumah ke sumber pencemaran, demikian pula tidak ada perbedaan jarak rumah ke sumber pencemaran antara rumah tangga yang mempunyai pengeluaran per kapita tinggi maupun yang rendah.

Tabel 3.9.9.2
Sebaran Rumah Tangga Menurut Jarak Rumah Ke Sumber Pencemar Dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jalan Raya/Rel Kereta Api (dlm meter)				Tempat Pembuangan Sampah (dlm meter)				Industri/Pabrik (dlm meter)				Jaringan Listrik Sutt/Sutet (dlm meter)			
	<10	10-100	101-200	>200	<10	10-100	101-200	>200	<10	10-100	101-200	>200	<10	10-100	101-200	>200
Tipe Daerah																
Perkotaan	6.4	27.9	5.8	59.9	1.0	9.9	1.6	87.4	0.7	1.7	1.5	96.1	0.0	0.5	0.2	99.2
Pedesaan	5.6	19.2	3.5	71.7	1.1	7.1	0.9	90.9	0.1	0.5	0.4	99.1	0.1	0.4	0.4	99.1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita																
Kuintil-1	4,6	19,4	5,2	70,8	0,9	11,1	1,0	87,0	0,0	0,4	0,3	99,4	0,0	0,2	0,3	99,6
Kuintil-2	3,3	18,2	3,7	74,8	0,9	8,5	1,3	89,3	0,4	1,1	1,0	97,6	0,0	1,2	0,3	98,5
Kuintil-3	6,3	21,2	3,8	68,8	1,0	6,4	0,8	91,9	0,4	1,0	0,4	98,1	0,0	0,3	0,1	99,6
Kuintil-4	4,2	23,8	4,1	68,0	1,4	7,1	1,5	90,0	0,1	1,2	0,6	98,1	0,0	0,1	0,4	99,6
Kuintil-5	11,3	29,4	4,7	54,6	1,1	7,5	1,4	90,0	0,5	1,1	1,8	96,6	0,2	0,6	0,5	98,7

DAFTAR PUSTAKA

1. ----- Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi. <http://www.klinikpria.com/datatopik/hipertensi.htm>. 2005
2. ----- Hipertensi. <http://www.medicastore.com/penyakit/hiperten.htm>. 9/20/2002
3. Abas B. Jahari, Sandjaja, Herman Sudiman, Soekirman, Idrus Jus'at, Fasli Jalal, Dini Latief, Atmarita. Status gizi balita di Indonesia sebelum dan selama krisis (Analisis data antropometri Susenas 1989 - 1999). Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII. Jakarta 29 Februari - 2 Maret 2000.
4. AMA (American Medical Association), 2001, Depression Linked With Increased Risk of Heart Failure Among Elderly With Hypertension, http://www.medem.com/MedLB/article_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub_cat=73 8/24/2002.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular, Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Kesehatan Ibu dan Anak*.
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil*.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan Data Susenas 2001: *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*. Tahun 2002
10. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003*. ORC Macro 2002-2003.
11. Balitbangkes. Depkes RI. Operational Study an Integrated Community-Based Intervention Program on Common Risk Factors of Major Non-communicable Diseases in Depok Indonesia, 2006.
12. Basuki, B & Setianto, B. Age, Body Posture, Daily Working Load, Past Antihypertensive drugs and Risk of Hypertension : A Rural Indonesia Study. 2000.
13. Bedirhan Ustun. The International Classification Of Functioning, Disability And Health – A Common Framework For Describing Health States. p.344-348, 2000
14. Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary. Geneva World Health Organization, 2001
15. Bonita R, de Courten M, Dwyer T et al, 2001, *The WHO Stepwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*, Geneva: World Health Organization
16. Bonita, R., de Courten, M., Dwyer, T., Jamrozik, K., Winkelmann, R. *Surveillance Noncommunicable Diseases and Mental Health. The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Factors*. Geneva: World Health Organization, 2002.

17. Brotoprawiro, S dkk. Prevalensi Hipertensi pada Karyawan Salah Satu BUMN yang menjalani pemeriksaan kesehatan, 1999. Kelompok Kerja Serebro Vaskular FK UNPAD/RSHS “ . Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI, 2002.
18. CDC Growth Charts for the United State : Methods and Development. Vital and Health Statistics. Department of Health and Human Services. Series 11, Number 246, May 2002
19. CDC. State – Specific Trend in Self Report 3d Blood Pressure Screening and High Blood Pressure – United States, 1991 – 1999. 2002. *MMWR*, 51 (21) : 456.
20. CDC. State-Specific Mortality from Stroke and Distribution of Place of Death United States, 2002. *MMWR*, 51 (20), : 429 .
21. Darmojo, B. Mengamati Penelitian Epidemiologi Hipertensi di Indonesia. Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI , 2000.
22. Departemen Kesehatan R.I, 1999, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta: Depkes RI
23. Departemen Kesehatan R.I, 2003, *Pemantauan Pertumbuhan Balita*, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat, Depkes RI
24. Departemen Kesehatan R.I. 2003. Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat. Jakarta: Departemen Kesehatan.
25. Departemen Kesehatan R.I. *Panduan Pengembangan Sistem Surveilans Perilaku Berisiko Terpadu*. Tahun 2002
26. Departemen Kesehatan R.I. Pusat Promosi Kesehatan. *Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat*. Tahun 2002
27. Departemen Kesehatan RI. SKRT 1995. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 1997
28. Departemen Kesehatan, Direktorat Epim-Kesma. Program Imunisasi di Indonesia, Bagian I, Jakarta, Depkes, 2003.
29. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta. 2001.
30. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta 2004.
31. Djaja, S. et al. Statistik Penyakit Penyebab Kematian, SKRT 1995
32. George Alberty. Non Communicable Disease. Tomorrow's pandemic. Bulletin WHO 2001; 79/10: 907.
33. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. 1995
34. Hashimoto K, Ikewaki K, Yagi H, Nagasawa H, Imamoto S, Shibata T, Mochizuki S. Glucose Intolerance is Common in Japanese Patients With Acute 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, 8th Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.
39. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : Clinical Hypertention, 7th Ed. Baltimore : Williams and Wilkins Inc. 1998 : 41-132
40. Kristanti CM, Dwi Hapsari, Pradono J dan Soemantri S, 2002. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Analisis Data . Survei Kesehatan Rumah Tangga
41. Kristanti CM, Suhardi, dan Soemantri S, 1997. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga.
42. Leonard G Gomella, Steven A Haist. Clinicians Pocket Reference, Mc. Grawhill Medical Publishing division, International edition, NY, 2004
43. Mansjoer, A, dkk. Hipertensi di Indonesia .Kapita Selektta 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 Recourse, 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 vitamin A untuk bayi dan balita di Indonesia. Prosiding temu Ilmiah dan Kongres XIII Persagi, Denpasar, 20-22 November 2005.
62. Sarimawar Djaja dan S. Soemantri. Perjalanan Transisi Epidemiologi di Indonesia dan Implikasi Penanganannya, Studi Mortalitas Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001. *Bulletin of Health Studies, Volume 31, Nomor 3 – 2003, ISSN: 0125 – 9695 .ISN = 724*
63. Sarimawar Djaja, Joko Irianto, Lisa Mulyono. Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, SKRT 2001. *The Journal of the Indonesian Medical Association, Volume 53, No 8, ISSN 0377-1121*
64. Saw S-M,, Husain R,, Gazzard G,M,, Koh D,, Widjaja D,, Tan D,T,H, Causes of low vision and blindness in rural Indonesia, *British Journal of Ophthalmology* 2003;87:1075-8,
65. *Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999*
66. Sinaga, S. dkk. Pola Sikap Penderita Hipertensi Terhadap Pengobatan Jangka Panjang, dalam Naskah Lengkap KOPAPDI VI, 1984, Penerbit UI-PRESS : 1439.
67. SK Menkes RI Nomor : 736a/Menkes/XI/1989 tentang Definisi Anemia dan batasan Normal Anemia
68. Sobel, BJ. & Bakris GL. Hipertensi, Pedoman Klinik Diagnosis & Terapy. 1999 : 13
69. Sonny P.W., Agustina Lubis. *Gambaran Rumah Sehat di Berbagai Provinsi Indonesia Berdasarkan Data SUSENAS 2001*. Analisis lanjut Data Susenas – Surkesnas 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes R.I.
70. Sri Hartini KS Kariadi. Laju Konversi Toleransi Glukosa Terganggu menjadi Diabetes di Singaparna, Jawa Barat. Disampaikan pada Kongres Nasional ke 5. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, Bandung 9 – 13 April 2000 (SX111-1)
71. Sunyer FX. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med.* 1993 : 119.
72. Suradi & Sya'bani, M, et al. Hipertensi Borderline “White Coat” dan sustained “ : Suatu Studi Komperatif terhadap Normotensi para karyawan usia 18 – 42 tahun di RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta. *Berkala Ilmu Kedokteran* Vol. 29 (4), 1997.
73. Syah, B. Non-communicable Disease Surveillance and Prevention in South-East Asia Region, 2002.
74. The Australian Institute of Health and Welfare 2003. *Indicators of Health Risk Factors: The AIHW view*. AIHW Cat. No. PHE 47. Canberra: AIHW. P.2,3,8.
75. The WHO STEPwise approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases 2003. *STEPS Instrument for NCD Risk Factors (Core and expanded Version 1.3.)*
76. Tim survei Depkes RI, Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996, Depkes RI, Jakarta;1997,
77. U. Laasar. The Risk of Hypertension : Genesis and Detection. Dalam: Julian Rosenthal, Arterial Hypertension, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapy, Springer-Verlag, New York Heidelberg Berlin, 1984 : 44.

78. Univ. Cape town, Department of Haematology. Haematology: An Approach to Diagnosis and Management. Cape town, 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, 2001, *Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) 2001*, Jakarta: Badan Litbangkes.
79. WHO, 1995. *Oral Health Care, Needs of the Community. A Public Health Report.*
80. WHO. Assessing the iron status of populations: Report of a joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention technical consultation on the assessment of iron status at the population level , Geneva, Switzerland, April 2004
81. WHO. Auser's guide to the self reporting questionnaire. Geneva. 1994.
82. WHO/SEARO. Surveillance of Major Non-communicable Diseases in South – East Asia Region, Report of an Inter-country Consultation, 2005.
83. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 1999
84. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 2003
85. World Health Organization, 2003, *The World Health Survey Programme*, Geneva.
86. World Health Organization. 2003. The Surf Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current of global data. Geneva: WHO. p.15.
87. World Health Organization: International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Based on The Recommendation of The Ninth Revision Conference 1975 and Adopted by The Twenty Ninth WHA, 1997, volume 1.

LAMPIRAN