

**LAPORAN HASIL  
RISET KESEHATAN DASAR  
(RISKESDAS)  
PROVINSI KALIMANTAN BARAT  
TAHUN 2007**

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

# KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

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

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

Instrumen penelitian meliputi:

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

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

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

Kini kami menyadari, telah tersedia data dasar kesehatan yang meliputi seluruh kabupaten/kota di Indonesia meliputi hampir seluruh status dan indikator kesehatan termasuk data biomedis, yang tentu saja amat kaya dengan berbagai informasi di bidang kesehatan. Kami berharap data itu dapat dimanfaatkan oleh siapa saja, termasuk para peneliti yang sedang mengambil pendidikan master dan doktor. Kami memperkirakan akan muncul ratusan doktor dan ribuan master dari data Riskesdas ini. Inilah sebuah rancangan

karya “kejutan” yang membuat kami terkejut sendiri, karena demikian berat, rumit dan hebat kritikan dan apresiasi yang kami terima dari berbagai pihak.

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, wassalamu’alaikum wr. wb.

Jakarta, Desember 2008

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan  
Departemen Kesehatan RI

Dr. Triono Soendoro, PhD

# **SAMBUTAN**

## **MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

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

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

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

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

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

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

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

Khusus untuk para peneliti Balitbangkes, teruslah berkarya, tanpa bosan mencari terobosan riset baik dalam lingkup kesehatan masyarakat, kedokteran klinis maupun

biomolekuler yang sifatnya *translating research into policy*, dengan tetap menjunjung tinggi nilai yang kita anut, integritas, kerjasama tim serta transparan dan akuntabel.

Billahit taufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2008

**Menteri Kesehatan Republik Indonesia**



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

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) adalah suatu kegiatan riset untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan, menyediakan informasi berbasis komunitas tentang status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya dengan keterwakilan sampai tingkat kabupaten/kota.

Berbagai indikator yang ditanyakan, diukur atau diperiksa dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 meliputi 1) Status kesehatan, 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).

Riskesdas adalah survei dengan desain *cross sectional*. Populasi dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok Provinsi Kalimantan Barat. Metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel identik dengan *two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007. Di Kalimantan Barat terpilih 456 Blok Sensus yang terdiri dari 7296 Rumah Tangga. Riskesdas dilaksanakan di seluruh wilayah kabupaten/kota di Indonesia secara serentak dan berkesinambungan, berhasil mengumpulkan 27.377 individu anggota rumah tangga yang sama dengan Susenas. Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumah tangga berusia lebih dari 1 (satu) tahun yang tinggal di blok sensus dengan klasifikasi perkotaan. Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 berhasil mengumpulkan 596 sampel anggota rumah tangga yang berasal dari 12 kabupaten/ kota. Khusus untuk pengukuran gula darah, sampel diambil dari anggota rumah tangga berusia lebih dari 15 tahun. Pemeriksaan visus pada responden usia  $\geq 5$  tahun. Pemeriksaan gigi permanen pada responden usia  $\geq 12$  tahun.

Pengukuran kadar yodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beryodium. Pengukuran kadar yodium dalam garam dilakukan dengan test cepat menggunakan “*iodina*” dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga. Dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 dilakukan test cepat yodium dalam garam pada 6769 sampel rumah tangga dari 12 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat. Selain itu baru 84,4% rumah tangga di Kalimantan Barat (angka nasional 62,3%) mempunyai garam cukup yodium, pencapaian ini masih dibawah 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 yodium.

Dari temuan Riskesdas Kalimantan Barat 2007, berdasar pengukuran BB dan TB prevalensi balita dengan gizi kurang dan buruk BB/U sebesar 22,6%, status pendek dan sangat pendek berdasar TB/U didapat 39,3%, kurus dan sangat kurus berdasar BB/TB didapat 17,3%. Untuk gizi lebih berdasar BB/U didapat sebesar 5% dan berdasar BB/TB 14%.

Konsumsi energi perkapita perhari 1594 kalori, masih di bawah angka nasional, protein 57,6 gram/hari. Rumah tangga di Kalimantan Barat yang mempunyai garam cukup iodium sebesar 84,4%

Pada anak balita (12-59 bulan), didapatkan cakupan imunisasi BCG 80,4%, polio 3 kali (65%), DPT 3 kali (60,1%) Campak 78,7% dan Hepatitis B 55,3%; yang mendapatkan imunisasi lengkap 41,3%. Balita yang rutin ditimbang ( 4 kali atau lebih) dalam 6 bulan terakhir sebesar 30,4%, tempat penimbangan terbanyak di posyandu 75,0%. Yang memiliki dan dapat menunjukkan kepemilikan kartu KMS sebesar 16,9% dan Buku KIA 15,2%. Cakupan distribusi kapsul vitamin A sebesar 72,8%. Persentase berat badan bayi < 2500 gram sebesar 16,4%

Riwayat pemeriksaan kehamilan Ibu dalam 12 bulan terakhir adalah 79,5%. Secara keseluruhan pemeriksaan yang paling sering dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan tekanan darah (98,5%), pemeriksaan tinggi fundus (96,4%) dan penimbangan berat badan ibu (95,0%), dan 61,7% ibu yang menerima 6-8 jenis pemeriksaan selama kehamilan.

Pemeriksaan neonatus dalam Riskesdas ditanyakan pada ibu yang mempunyai bayi, terlihat bahwa secara keseluruhan 51,8% neonatus umur 0-7 hari dan 20,1% neonatus umur 8-28 hari dari tenaga kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara, ditemukan prevalensi penyakit tular vektor maupun tular langsung yaitu: malaria 3,2%, filariasis 0,04%, DBD 0,43%, ISPA 18,0%, Pneumonia 1,1% , TBC 0,8%, Campak 0,8%. Penyakit yang dapat ditularkan melalui makanan dan minuman, tifoid 1,5%, hepatitis 0,4% dan diare 5,3%.

Pada responden umur 15 tahun ke atas, ditemui 30,0% penduduk Kalbar mengalami gangguan sendi, stroke sebesar 5,5 % dan hipertensi 8,4% (Hipertensi berdasar pengukuran didapat sebesar 29,8%).

Dari jawaban responden, terlihat prevalensi asma sebesar 3,7%, penyakit jantung 4,3%, diabetes 0,8 %, tumor/kanker 2,4 %, gangguan jiwa berat 1,6 %, rhinitis 7,9 %, dan dermatitis 32,9 %.

Gangguan Mental Emosional di Kalimantan Barat sebesar 7,8 % dan low vision sebesar 3,9%.

Prevalensi penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir adalah 20,1% dan hanya 26,5% diantaranya yang mendapatkan perawatan dari tenaga kesehatan gigi. Terdapat 2,1% penduduk yang telah kehilangan seluruh gigi aslinya. Dalam upaya pencegahan dan menjaga kebersihan dan kesehatan gigi, meskipun sebagian besar (93,5%) penduduk umur 10 tahun ke atas mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari, namun yang berperilaku benar menggosok gigi yaitu saat setelah makan pagi hanya 15,1% dan sebelum tidur malam hari 37,8%. Index DMF-T 6,38 termasuk kategori sangat tinggi menurut profil kesehatan gigi Nasional maupun WHO. Sebesar 55,2% penduduk umur 12 tahun keatas memerlukan perawatan dan penambalan gigi. *Performed Treatment Index* atau motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap, sangat rendah hanya 0,75%; Sedangkan *Required Treatment Index* atau besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan sebesar 29,50% Persentase *edentulous* penduduk umur 65 tahun ke atas sebesar 26,0%, jauh dari target WHO (5%).

Prevalensi cedera yang terjadi dalam 12 bulan terakhir sebesar 4,7%. Cedera tertinggi pada kelompok umur 15 – 24 tahun, terutama akibat jatuh. Kecelakaan transportasi darat paling tinggi pada umur 1 – 4 tahun, transportasi laut usia 55 – 64 tahun. Jatuh pada umumnya terdapat pada semua kelompok umur , tertinggi pada usia 1 – 14 tahun. Terluka benda tumpul tertinggi pada usia < 1 tahun. Yang mengalami penyerangan

tertinggi usia 55 – 64 tahun. Untuk cedera lain seperti ditembak tertinggi pada kelompok 1 – 4 tahun, kontak dengan bahan beracun 55 – 64 tahun. Usaha bunuh diri tertinggi pada usia 15 – 24 tahun. Terbakar tertinggi pada usia 1 – 4 tahun.

Cedera di bagian kepala didominasi oleh kelompok anak < 1 tahun, demikian juga cedera siku dan lengan bawah.

Status disabilitas pada penduduk Kalbar 15 tahun ke atas adalah sangat bermasalah sebesar 2,1% dan bermasalah sebesar 26,5%.

Persentase penduduk umur 10 tahun ke atas di provinsi Kalbar yang saat ini merokok tiap hari 21,7% dan sudah terdapat pada usia 10 - 14 tahun (0,4%). Jenis rokok yang dihisap terbanyak kretek dengan filter 57,8%, kretek tanpa filter 37,6%.

Persentase peminum alkohol dalam 12 bulan terakhir sebanyak 8,8%, bahkan diantaranya 5,9% minum lebih dari 11 satuan standar per hari.

Penduduk umur 10 tahun ke atas di provinsi Kalbar yang kurang konsumsi buah dan sayur sebesar 94,9%, dan kurang aktivitas fisik 46,3%.

Persentase penduduk 10 tahun ke atas yang pernah mendengar tentang flu burung (57,7%), bersikap benar tentang flu burung (88,6%) dan berpengetahuan benar tentang flu burung (81,3%), yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS (46,6%), mengetahui tentang penularan HIV/AIDS sebesar 17,7% dan berpengetahuan tentang pencegahan HIV/AIDS sebesar 46,7%.

Sejumlah 16,2% Rumah Tangga berada lebih dari 5 km dari sarana pelayanan kesehatan. Sekitar 19,3% RT yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan.

Sumber pembiayaan rawat inap secara keseluruhan untuk Provinsi Kalimantan Barat masih didominasi (75,3%) pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri atau keluarga, Askeskin/SKTM (18,4%), Askes/Jamsostek (16,0%) dan Dana Sehat (2,9%). Masih terdapat sekitar 9 – 15% dari kelompok masyarakat yang mampu secara ekonomi (kuintil 5 dan 4) masih menggunakan Askeskin/SKTM.

Secara umum, terdapat 10,1% rumah tangga yang pemakai air bersihnya masih rendah (8,2% tidak akses dan 31,7% akses kurang), sebanyak 3,8% rumah tangga memerlukan rerata waktu tempuh ke sumber air lebih dari 30 menit, terdapat 5,5% rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer. Secara umum, 82,5% rumah tangga dengan air minum berkualitas fisik baik. Sebagian besar rumah tangga menggunakan air hujan sebagai sumber air minum (41,2%), disusul air sungai (23,2%), dan 5,0% tidak menggunakan wadah tempat penampungan air.

Ada 32,2% rumah tangga tidak mempunyai fasilitas buang air besar. Secara umum rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi sebesar 41,8%, tempat pembuangan akhir tinja menggunakan tangki/SPAL (saniter) sebesar 35,3%, sisanya dibuang ke sungai/laut, lobang tanah, kolam/sawah, dan pantai/tanah.

Terdapat 19,3% rumah tangga yang memiliki tempat sampah di dalam rumah dan 34,9% rumah tangga memiliki tempat sampah di luar rumah. Hampir empat persen ditemukan rumah tangga dengan lantai rumah tanah, dan 20,7% dengan tingkat hunian padat (< 8 m<sup>2</sup>/kapita).

Berdasarkan data gambaran kesehatan yang ditemukan di Kalimantan Barat di atas dengan keadaan geografi, ketersediaan sumber daya dan sarana yang sangat bervariasi, diperlukan pendekatan perencanaan dan pengembangan program kesehatan secara lintas program dan lintas sektor secara komprehensif dan berkesinambungan sesuai dengan situasi dan kondisi setempat.



# DAFTAR ISI

kata pengantar .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
sambutan menteri kesehatan republik indonesia ..	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Ringkasan Eksekutif .....	vi
Daftar isi.....	ix
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Gambar .....	xxix
Daftar Singkatan .....	xxx
Daftar Lampiran .....	xxxii
BAB 1. Pendahuluan.....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Ruang Lingkup Riskesdas.....	2
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	2
1.4 Tujuan Riskesdas .....	3
1.5 Kerangka Pikir .....	3
1.6 Alur Pikir Riskesdas 2007.....	5
1.7 Pengorganisasian Riskesdas .....	7
1.8 Manfaat Riskesdas .....	8
1.9 Persetujuan Etik Riskesdas.....	8
BAB 2. Metodologi Riskesdas.....	9
2.1 Desain .....	9
2.2 Lokasi.....	9
2.3 Populasi dan Sampel.....	9
2.3.1 Penarikan Sampel Blok Sensus.....	10
2.3.2 Penarikan Sampel Rumah Tangga.....	10
2.3.3 Penarikan Sampel anggota Rumah Tangga .....	10
2.3.4 Penarikan Sampel Biomedis.....	10
2.3.5 Penarikan Sampel Yodium .....	10
2.4 Variabel .....	11
2.4.1 Kuesioner Rumah Tangga (RKD07.RT) .....	11
2.4.2 Kuesioner Gizi (RKD07.GIZI).....	11
2.4.3 Kuesioner Individu (RKD07.IND) .....	11
2.4.4 Kuesioner Autopsi Verbal Untuk Umur <29 Hari (RKD07.AV1) .	12

2.4.5	Kuesioner Autopsi Verbal Untuk Umur <29 Hari - < 5 Tahun (RKDo7.AV2) .....	12
2.4.6	Kuesioner Autopsi Verbal Untuk Umur 5 Tahun Keatas (RKD07.AV3) .....	12
2.5	Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data .....	13
2.6	Manajemen Data .....	15
2.6.1	Editing.....	15
2.6.2	Entry .....	16
2.6.3	Cleaning.....	16
2.7	Keterbatasan Riskesdas.....	16
2.8	Hasil Pengolahan dan Analisis Data.....	18
BAB 3.	PROFIL PROVINSI KALIMANTAN BARAT .....	20
3.1	Geografi.....	20
3.2	Kependudukan .....	20
3.2.1	Penyebaran dan Kepadatan Penduduk .....	20
3.2.2	Komposisi Penduduk .....	21
3.3	Derajat kesehatan .....	21
3.3.1	Derajat Kesehatan Masyarakat.....	21
3.4	Mortalitas.....	22
3.4.1	Angka Kematian Bayi (AKB) .....	22
3.4.2	Angka Kematian Ibu (AKI) .....	22
3.4.3	Angka Kematian Balita (AKABA) .....	22
3.4.4	Umur Harapan Hidup Waktu Lahir ( Eo ). .....	22
3.5	Morbiditas.....	23
3.5.1	Malaria.....	23
3.5.2	TB Paru.....	23
3.5.3	HIV/AIDS .....	23
3.5.4	<i>Acute Flaccid Paralysis (AFP)</i> .....	24
3.5.5	DBD .....	24
3.5.6	Status Gizi .....	24
3.5.7	Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).....	24
3.5.8	Balita Berada di Bawah Garis Merah (BGM) .....	24
3.6	Keadaan Lingkungan.....	25

3.6.1	Rumah Tangga Sehat.....	25
3.6.2	Jamban Keluarga.....	25
3.6.3	Tempat-Tempat Umum Sehat.....	25
3.6.4	Pelayanan kesehatan .....	25
3.6.5	Pelayanan Antenatal.....	25
3.6.6	Pertolongan Persalinan.....	25
3.6.7	Bumil Risti di Rujuk .....	26
3.6.8	Kunjungan Bayi.....	26
3.6.9	Pelayanan KB .....	26
3.6.10	Pelayanan Imunisasi.....	26
3.6.11	Pemberian Kapsul Vit A .....	26
3.6.12	Pemberian Tablet Besi.....	26
3.6.13	Posyandu.....	26
3.7	Upaya Kesehatan .....	27
3.8	Sumber Daya Kesehatan .....	27
3.8.1	Sarana Kesehatan .....	27
BAB 4.	HASIL Riskesdas.....	30
4.1.	Status Gizi .....	30
4.1.1	Status Gizi Balita.....	30
4.1.2	Status Gizi Anak Umur 6-14 Tahun .....	38
4.1.3	Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun Keatas .....	40
4.1.4	Konsumsi Energi dan Protein.....	47
4.1.5	Konsumsi Garam Beryodium .....	49
4.2	Kesehatan Ibu dan Anak .....	52
4.2.1	Status Imunisasi.....	52
4.2.2	Pemantauan Pertumbuhan Balita .....	58
4.2.4	Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak .....	68
4.3.	Penyakit Menular.....	78
4.4	Penyakit Tidak Menular .....	87
4.4.1	Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan .....	87
4.4.2	Gangguan Mental Emosional.....	95
4.4.3	Penyakit Mata .....	98

4.4.4	Kesehatan Gigi .....	105
4.5	Cedera dan Disabilitas .....	122
4.5.1	Cedera .....	122
Catatan : Bagian tubuh terkena cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (multiple injury).....		132
4.5.2.	Status Disabilitas/Ketidakmampuan.....	137
4.6	Pengetahuan, Sikap dan Perilaku .....	141
4.6.1	Perilaku Merokok.....	141
4.6.2	Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur .....	152
4.6.3	Perilaku Minum Minuman Beralkohol .....	154
4.6.4	Perilaku Aktifitas Fisik .....	161
4.6.5	Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS..	163
4.6.6	Perilaku Higienis.....	170
4.6.7	Pola Konsumsi Makanan Berisiko .....	172
4.7	Ases dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	177
4.7.1	Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	177
Tabel 4.7.1.14 .....		189
4.7.2	Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan .....	195
4.7.3	Ketanggapan Pelayanan Kesehatan.....	203
4.8	Kesehatan Lingkungan.....	208
4.8.1	Air Keperluan Rumah Tangga.....	208
4.8.2	Fasilitas Buang Air Besar.....	221
4.8.3	Sarana Pembuangan Air Limbah .....	226
4.8.4	Pembuangan Sampah .....	228
4.8.5	Perumahan .....	229
BAB 5. RINGKASAN HASIL.....		233
Daftar Pustaka .....		238
Lampiran.....		243

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. 2	Sampel dan Indikator Pada Berbagai Survei	2
Tabel 2.7.1	Jumlah Sampel Rumah tangga per Kabupaten/Kota menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	17
Tabel 2.7.2	Jumlah Sampel Individu per Kabupaten/Kota menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	18
Tabel 3.2.1	Luas Wilayah Administrasi Pemerintahan, Jumlah Penduduk dan Jumlah Rumah Tangga, Provinsi Kalimantan Barat, Tahun 2006	20
Tabel 3.8.1.1	Distribusi Sarana Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota di Propinsi Kalimantan Barat 2006	28
Tabel 3.8.1.2	Distribusi Jumlah tenaga Kesehatan dan Ratio Tenaga Kesehatan, di Provisni Kalimantan Barat Tahun 2006	29
Tabel 4.1.1.1	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	31
Tabel 4.1.1.2	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	32
Tabel 4.1.1.3	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	33
Tabel 4.1.1.4.1	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	34
Tabel 4.1.1.4.2	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	36
Tabel 4.1.1.4.3	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	37
Tabel 4.1.1.4.4	Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	38
Tabel 4.1.2.1	Prevalensi Kurus dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Jenis Kelamin dan kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat , Riskesdas 2007	39

Tabel 4.1.2.2	Prevalensi Kurus dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	39
Tabel 4.1.3.1.1	Prevalens Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	41
Tabel 4.1.3.1.2	Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	42
Tabel 4.1.3.1.3	Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	43
Tabel 4.1.3.2.1	Prevalensi Obesitas Sentral Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	44
Tabel 4.1.3.2.2	Prevalensi Obesitas Sentral Penduduk Umur 15 Tahun Keatas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	45
Tabel 4.1.3.3.1	Prevalensi Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun menurut KEK dan Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	46
Tabel 4.1.4.1	Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	47
Tabel 4.1.4.2	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional Menurut Kabupaten/ Kota Provinsi Kalimantan Barat, Riskedas 2007	48
Tabel 4.1.4.3	Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih rendah dari Rerata Nasional Menurut Tipe Daerah dan Tingkat pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita Provinsi Kalimantan Barat, Riskedas 2007	49
Tabel 4.1.5.1	Persentase Rumah Tangga yang Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	50
Tabel 4.1.5.2	Persentase Rumah Tangga Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	51
Tabel 4.2.1.1	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	53

Tabel 4.2.1.2	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	54
Tabel 4.2.1.3	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	55
Tabel 4.2.1.4	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	56
Tabel 4.2.2.1	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat Riskesdas 2007	58
Tabel 4.2.2.2	Persentase Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	59
Tabel 4.2.2.3	Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat Riskesdas 2007	60
Tabel 4.2.2.4	Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	61
Tabel 4.2.2.5	Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten / Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	62
Tabel 4.2.2.6	Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	63
Tabel 4.2.2.7	Persentase Kepemilikan Buku KIA pada Balita Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	64
Tabel 4.2.2.8	Persentase Kepemilikan Buku KIA pada Balita Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	65
Tabel 4.2.3.1	Persentase Anak Umur 6 – 59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	66
Tabel 4.2.3.2	Persentase Anak Umur 6 – 59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	67

Tabel 4.2.4.1	Persentase Ibu Menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	68
Tabel 4.2.4.2	Persentase Ibu menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan Karakteristik, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	69
Tabel 4.2.4.3	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	70
Tabel 4.2.4.4	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat	71
Tabel 4.2.4.5	Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	72
Tabel 4.2.4.6	Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	73
Tabel 4.2.4.7	Persentase Ibu Mempunyai Bayi yang Memeriksa Kehamilan Menurut Banyak Jenis Pemeriksaan yang Diterima dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	74
Tabel 4.2.4.8	Persentase Ibu Mempunyai Bayi yang Memeriksa Kehamilan Menurut Banyak Jenis Pemeriksaan yang Diterima dan Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	75
Tabel 4.2.4.9	Persentase Ibu Mempunyai Bayi yang Memeriksa Kehamilan Menurut Banyak Jenis Pemeriksaan yang Diterima dan Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	76
Tabel 4.2.4.10	Persentase Ibu Mempunyai Bayi yang Memeriksa Kehamilan Menurut Banyak Jenis Pemeriksaan yang Diterima dan Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	77
Tabel 4.3.1.1	Prevalensi Malaria, Filariasis dan DBD Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	78
Tabel 4.3.1.2	Prevalensi Malaria, Filaria dan DBD Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	80
Tabel 4.3.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	81



Tabel 4.3.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	83
Tabel 4.3.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	85
Tabel 4.3.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	86
Tabel 4.4.1.1	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	88
Tabel 4.4.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	90
Tabel 4.4.1.3	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* Dan Tumor** Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	91
Tabel 4.4.1.4	Sebaran Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* Dan Tumor** Berdasarkan Diagnosis Nakes atau Gejala menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	93
Tabel 4.4.1.5	Prevalensi (%) Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rinitis, Talasemia, Hemofilia) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	94
Tabel 4.4.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Keatas (Berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i> )* Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	96
Tabel 4.4.2.2	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Keatas (Berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i> )* Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	97
Tabel 4.4.3.1	Persentase Penduduk Usia 6 Tahun Keatas Menurut <i>Low Vision</i> , Kebutaan (Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	99
Tabel 4.4.3.2	Persentase Penduduk Umur 6 Tahun Keatas Menurut <i>Low Vision</i> , Kebutaan (Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	100

Tabel 4.4.3.3	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas Dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	101
Tabel 4.4.3.4	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	102
Tabel 4.4.3.5	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas Dengan Katarak Yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	103
Tabel 4.4.3.6	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat Riskesdas 2007	104
Tabel 4.4.4.1	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten/Kota Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	106
Tabel 4.4.4.2	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	107
Tabel 4.4.4.3	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan pada Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	108
Tabel 4.4.4.4	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	109
Tabel 4.4.4.5	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	110
Tabel 4.4.4.6	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	111
Tabel 4.4.4.7	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	112

Tabel 4.4.4.8	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	113
Tabel 4.4.4.9	Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	114
Tabel 4.4.4.10	Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	115
Tabel 4.4.4.11	Prevalensi Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas dengan Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	116
Tabel 4.4.4.12	Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	117
Tabel 4.4.4.13	Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	118
Tabel 4.4.4.14	Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	119
Tabel 4.4.4.15	Persentase penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk Edentulous menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	120
Tabel 4.4.4.16	Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk Edentulous menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	121
Tabel 4.5.1.1	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	123
Tabel 4.5.1.2	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	125
Tabel 4.5.1.3	Prevalensi Cedera dan persentase Penyebab Cedera menurut Jenis kelamin dan Pendidikan di Provinsi Kalimantan Bara, Riskesdas 2007	126
Tabel 4.5.1.4	Prevalensi Cedera menurut persentase Penyebab Cedera dan Pekerjaan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	127

Tabel 4.5.1.5	Prevalensi Cedera dan persentase Penyebab Cedera menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	128
Tabel 4.5.1.6	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	129
Tabel 4.5.1.7	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kelompok Umur di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	130
Tabel 4.5.1.8	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera berdasarkan Jenis Kelamin dan Pendidikan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	130
Tabel 4.5.1.9	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pekerjaan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	131
Tabel 4.5.1.10	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera, Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran per Kapita di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	132
Tabel 4.5.1.11	Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	133
Tabel 4.5.1.12	Persentase Jenis Cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	134
Tabel 4.5.1.13	Persentase Jenis Cedera menurut Jenis Kelamin dan Pendidikan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	135
Tabel 4.5.1.14	Persentase Jenis Cedera menurut Pekerjaan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	136
Tabel 4.5.1.15	Persentase Jenis Cedera menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	137
Tabel 4.5.2.1	Persentase Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas Dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	138
Tabel 4.5.2.2	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Keatas menurut Status dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	139
Tabel 4.5.2.3	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Keatas menurut Status dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	140

Tabel 4.6.1.1	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	142
Tabel 4.6.1.2	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	143
Tabel 4.6.1.3	Persentase Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	144
Tabel 4.6.1.4	Persentase Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	145
Tabel 4.6.1.5	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	146
Tabel 4.6.1.6	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	147
Tabel 4.6.1.7	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Ke Atas yang Merokok menurut umur Pertama Kali Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	148
Tabel 4.6.1.8	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Pertama Kali Merokok/ Mengunyah Tembakau dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	149
Tabel 4.6.1.9	Persentase Perokok Dalam Rumah Tangga Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, 2007	150
Tabel 4.6.1.10	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, 2007	150
Tabel 4.6.1.11	Persentase Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, 2007	151
Tabel 4.6.2.1	Persentase Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	152

Tabel 4.6.2.2	Persentase Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Indonesia, Riskesdas 2007	153
Tabel 4.6.3.1	Persentase Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten / Kota Di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	154
Tabel 4.6.3.2	Persentase Peminun Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan barat, Riskesdas 2007	155
Tabel 4.6.3.3	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	156
Tabel 4.6.3.4	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	157
Tabel 4.6.3.5	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	158
Tabel 4.6.3.6	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman Menurut Karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat	159
Tabel 4.6.3.7	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	160
Tabel 4.6.4.1	Persentase Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Kabupaten /Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	161
Table 4.6.4.2	Persentase Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	162
Tabel 4.6.5.1.1	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	163
Tabel 4.6.5.1.2	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	165

Tabel 4.6.5.2.1	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten / Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	166
Tabel 4.6.5.2.2	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	167
Tabel 4.6.5.2.3	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Sikap Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten / Kota Menurut di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	168
Tabel 4.6.5.2.4	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	169
Table 4.6.6.1	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	170
Table 4.6.6.2	Persentase Penduduk 10 tahun Ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	171
Tabel 4.6.7.1	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007	172
Tabel 4.6.7.2	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	173
Tabel 4.6.8.1	Persentase Rumah Tangga yang Memenuhi Kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	175
Tabel 4.6.8.2	Persentase Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten, Riskesdas 2007	175
Tabel 4.6.8.3	Persentase Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 10 Tahun Keatas Menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007	176
Tabel 4.7.1.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*), menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	177

Tabel 4.7.1.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik Rumah Tanggadi Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	178
Tabel 4.7.1.3	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	179
Tabel 4.7.1.4	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	180
Tabel 4.7.1.5	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	181
Tabel 4.7.1.6	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	181
Tabel 4.7.1.7	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	182
Tabel 4.7.1.8	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	183
Tabel 4.7.1.9	Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	184
Tabel 4.7.1.10	Persentase Rumah Tangga menurut Alasan UtamaTidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	185
Tabel 4.7.1.11	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	186
Tabel 4.7.1.12	Persentase Rumah Tangga Yang memanfaatkan Polindes/Bidan Desa menurut Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	187
Tabel 4.7.1.13	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	188



Tabel 4.7.1.14	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	189
Tabel 4.7.1.15	Persentase Rumah Tangga Yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan desa menurut Alasan Lain dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	190
Tabel 4.7.1.16	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	191
Tabel 4.7.1.17	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/ Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	192
Tabel 4.7.1.18	Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	193
Tabel 4.7.1.19	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	194
Tabel 4.7.1.20	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	195
Tabel 4.7.2.1	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Tempat dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	196
Tabel 4.7.2.2	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	197
Tabel 4.7.2.3	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Sumber Pembiayaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	198
Tabel 4.7.2.4	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Sumber Pembiayaan dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	199
Tabel 4.7.2.5	Persentase Responden Yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir menurut Tempat dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	200

Tabel 4.7.2.6	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	201
Tabel 4.7.2.7	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	202
Tabel 4.7.2.8	Persentase Responden Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	202
Tabel 4.7.3.1	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	204
Tabel 4.7.3.2	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	205
Tabel 4.7.3.3	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	206
Tabel 4.7.3.4	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	207
Tabel 4.8.1.1	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	209
Tabel 4.8.1.2	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	210
Tabel 4.8.1.3	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, ketersediaan Air Bersih di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	211
Tabel 4.8.1.4	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	212
Tabel 4.8.1.5	Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air dalam Rumah Tangga Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	213
Tabel 4.8.1.6	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Individu Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga Menurut Karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	214

Tabel 4.8.1.7	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	213
Tabel 4.8.1.8	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan karakteristik, di Provinsi Kalimantan Barat 2007	215
Tabel 4.8.1.9	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	216
Tabel 4.8.1.10	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat Riksesdas 2007	217
Tabel 4.8.1.11	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	218
Tabel 4.8.1.12	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	219
Tabel 4.8.1.13	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	220
Tabel 4.8.1.14	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	221
Tabel 4.8.2.1	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	221
Tabel 4.8.2.2	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar Menurut Tipe Daerah, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	222
Tabel 4.8.2.3	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	223
Tabel 4.8.2.4	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	223
Tabel 4.8.2.5	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	224

Tabel 4.8.2.6	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Akses Terhadap Air Bersih Dan Sanitasi Menurut Karakteristik, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	225
Tabel 4.8.2.7	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja, dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	225
Tabel 4.8.2.8	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja Menurut Karakteristik, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	226
Tabel 4.8.3.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	227
Tabel 4.8.3.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	227
Tabel 4.8.4.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	228
Tabel 4.8.4.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah d Dalam dan di Luar Rumah Menurut Karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	229
Tabel 4.8.5.1	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Lantai Rumah Dan Kepadatan Hunian Menurut Kabuapten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	230
Tabel 4.8.5.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	230
Tabel 4.8.5.3	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	231
Tabel 4.8.5.4	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan Menurut Karakteristik, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007	232

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.5 Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974).....	4
Gambar 1.6 Alur Pikir Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007.....	6
Gambar 3.2.2 Piramida penduduk Provinsi Kalimantan Barat tahun 2006.....	21

## DAFTAR SINGKATAN

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

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

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1. Kepmenkes Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar
- Lampiran 2. Naskah Peretujuan Setelah Penjelasan (Informed Consented)
- Lampiran 3. Kuesioner Riset Kesehatan Dasar.



# BAB 1. PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

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

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

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

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

## 1.2 Ruang Lingkup Riskesdas

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

**Tabel 1.2**  
**Sampel dan Indikator Pada Berbagai Survei**

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

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

## 1.3 Pertanyaan Penelitian

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

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

## 1.4 Tujuan Riskesdas

Untuk menjawab pertanyaan penelitian tersebut diatas maka tujuan Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 disusun sebagai berikut:

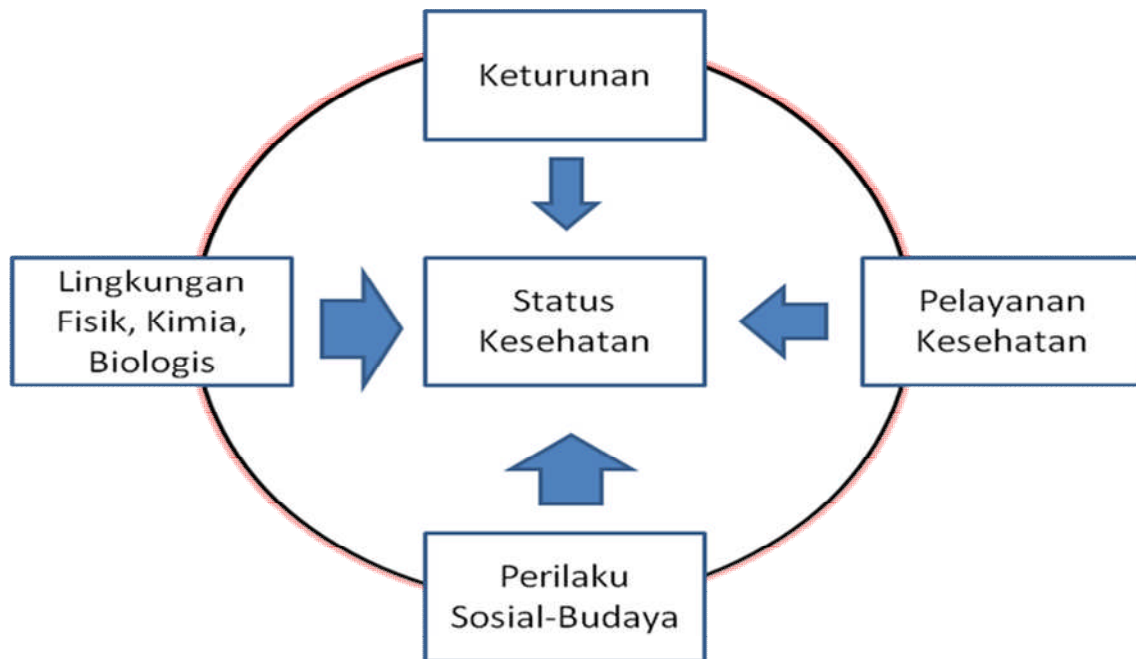
- a. Menyediakan informasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- b. Menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan termasuk alokasi sumber daya di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- c. Menyediakan peta status dan masalah kesehatan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

## 1.5 Kerangka Pikir

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

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

**Gambar 1.5**  
**Faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)**



b. Faktor lingkungan, mencakup variabel:

- Konsumsi gizi, meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral.
- Lingkungan fisik, meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah.
- Lingkungan sosial, meliputi tingkat pendidikan, tingkat sosial-ekonomi, perbandingan kota – desa dan perbandingan antar provinsi, kabupaten dan kota.

c. Faktor perilaku, mencakup variabel:

- Perilaku merokok/konsumsi tembakau dan alkohol.
- Perilaku konsumsi sayur dan buah.
- Perilaku aktivitas fisik.
- Perilaku gosok gigi.
- Perilaku higienis (cuci tangan, buang air besar).
- Pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap flu burung, HIV/AIDS.

d. Faktor pelayanan kesehatan, mencakup variabel:

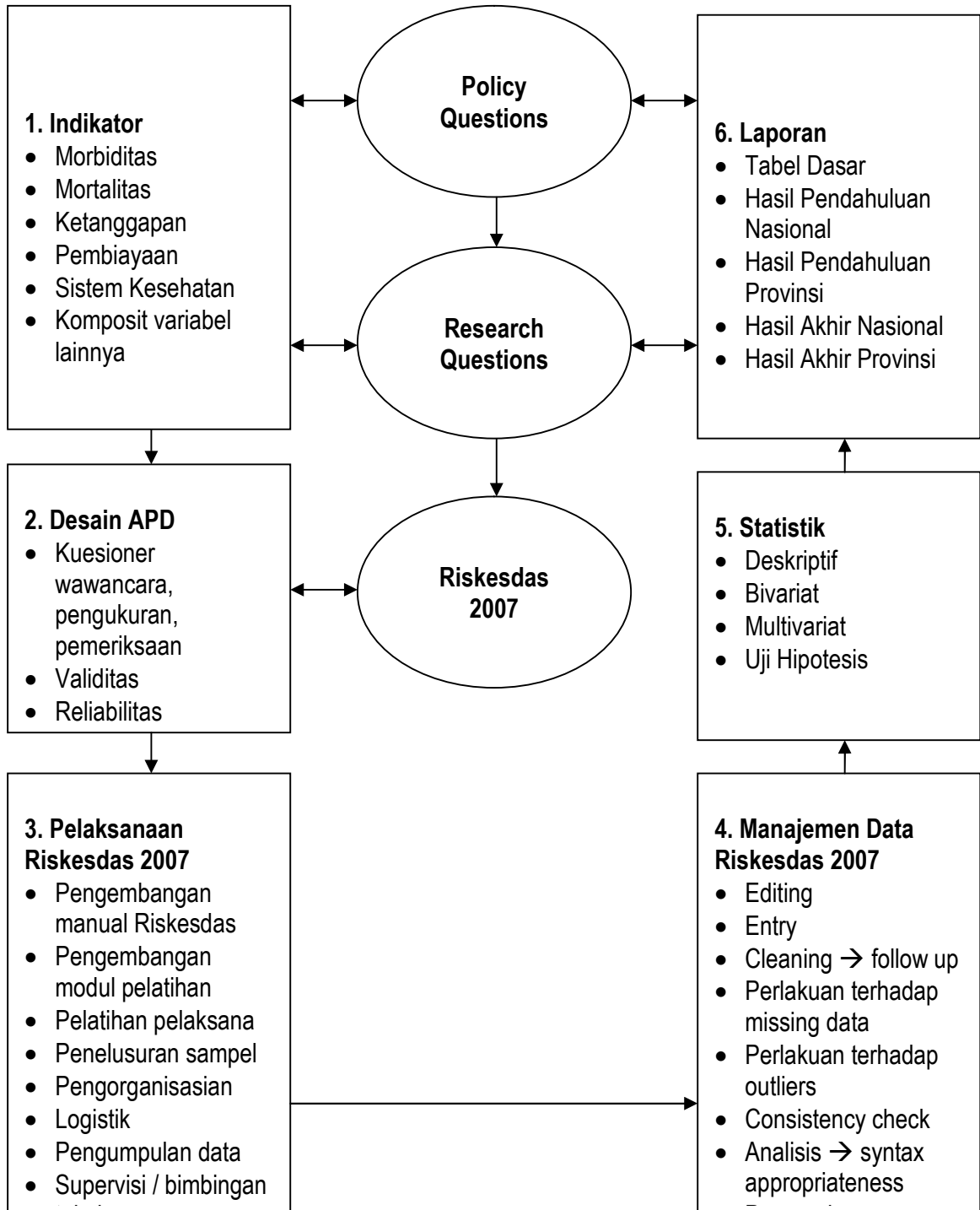
- Akses terhadap pelayanan kesehatan, termasuk untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat.
- Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.
- Ketanggapan pelayanan kesehatan.
- Cakupan program KIA (pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi dan imunisasi).

## 1.6 Alur Pikir Riskesdas 2007

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

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

**Gambar 1.6**  
**Alur Pikir Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007**



## 1.7 Pengorganisasian Riskesdas

Riskesdas direncanakan dan dilaksanak seluruh jajaran Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan melibatkan berbagai pihak, antara lain Badan Pusat Statistik, organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 877 Tahun 2006, pengorganisasian Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 dibagi menjadi berbagai tingkat, dengan rincian sebagai berikut (Lihat Lampiran 1.1.) :

- a. Tingkat provinsi
- b. Organisasi tingkat kabupaten/kota (12 kabupaten/kota)
- c. Tim pengumpul data (disesuaikan dengan kebutuhan lapangan)

Pengumpulan data Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 direncanakan untuk dilakukan segera setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007. Daftar kabupaten/kota, penanggung jawab pengumpulan data per kabupaten kota disusun sebagai berikut:

- a. Koordinator Kabupaten Sambas dengan penanggung-jawab teknis Dr. Hijaz Nuhung. mencakup blok sensus 38.
- b. Koordinator Kabupaten Bengkayang dengan penanggung-jawab teknis Dr. Srilaning Dryah mencakup blok sensus 38.
- c. Koordinator Kabupaten Landak dengan penanggung-jawab teknis Dr. Prijanto Sismadi, MM mencakup blok sensus 38.
- d. Koordinator Kabupaten Pontianak dengan penanggung-jawab teknis Drh. Rita Marleta dewi, M.Kes mencakup blok sensus 40.
- e. Koordinator Kabupaten Sanggau dengan penanggung-jawab teknis Lukman Waris, SKM, M.Kes mencakup blok sensus 38.
- f. Koordinator Kabupaten Ketapang dengan penanggung-jawab teknis Drh. M. Wien Winarno mencakup blok sensus 38
- g. Koordinator Kabupaten Sintang dengan penanggung-jawab teknis Tujito Iswahyudi, SKM mencakup blok sensus 38.
- h. Koordinator Kabupaten Kapuas Hulu dengan penanggung-jawab teknis Drs. Effendi Muharom, Apt, M.Kes mencakup blok sensus 36.
- i. Koordinator Kabupaten Sekadau dengan penanggung-jawab teknis Zaenal Abidin, S.Sos mencakup blok sensus 38.
- j. Koordinator Kabupaten Melawi dengan penanggung-jawab teknis Dr. Krisna Nur A.P mencakup blok sensus 38.
- k. Koordinator Kota Pontianak dengan penanggung-jawab teknis Aslis Wirda Hayati, SP, MSi mencakup blok sensus 38.
- l. Koordinator Kota Singkawang dengan penanggung-jawab teknis Drs. H. Usman, M.Kes mencakup blok sensus 38.

Penanggung-jawab teknis Provinsi Kalimantan Barat adalah DR. Magdarina D Agtini, Drg, Msc; dan Wakil penanggung-jawab teknis Provinsi Kalimantan Barat adalah DR. dr. Laurentia Konadi Miharja, MSc.

## **1.8 Manfaat Riskesdas**

Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 memberikan manfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan berupa :

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

## **1.9 Persetujuan Etik Riskesdas**

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



## **BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS**

### **2.1 Desain**

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

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

### **2.2 Lokasi**

Sampel Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 di tingkat kabupaten/kota berasal dari 12 kabupaten/kota yang tersebar merata di Provinsi Kalimantan Barat.

### **2.3 Populasi dan Sampel**

Populasi dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok Provinsi Kalimantan Barat. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas Provinsi Kalimantan Barat. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 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 Provinsi Kalimantan Barat menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas Provinsi Kalimantan Barat. 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 1578 (seribu limaratus tujuh puluh delapan) sampel blok sensus, Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 berhasil mengunjungi 456 blok sensus dari 12 jumlah kabupaten/kota yang ada.

### **2.3.2 Penarikan Sampel Rumah Tangga**

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), yang menjadi sampel rumah tangga dengan jumlah rumah tangga di blok sensus tersebut. Secara keseluruhan, jumlah sampel rumah tangga dari 12 kabupaten/kota dalam Susenas Provinsi Kalimantan Barat adalah 7296 (tujuh ribu dua ratus Sembilan puluh enam), sedang Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat berhasil mengumpulkan 6769 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 diambil sebagai sampel individu. Dengan begitu, dari 12 kabupaten/kota pada Susenas Provinsi Kalimantan Barat 2007 terdapat 31.761 (**tiga puluh satu ribu tujuh ratus enam puluh satu**) sampel anggota rumah tangga. Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 berhasil mengumpulkan 27.377 (**dua puluh tujuh ribu tiga ratus tujuh puluh tujuh**) individu anggota rumah tangga yang sama dengan Susenas.

### **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. Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 berhasil mengumpulkan 596 sampel anggota rumah tangga yang berasal dari 12 kabupaten/kota. Khusus untuk pengukuran gula darah, sampel diambil dari anggota rumah tangga berusia lebih dari 15 tahun.

### **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 Provinsi Kalimantan Barat 2007 dilakukan test cepat yodium dalam garam pada 6769 sampel rumah tangga dari 12 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat.

Untuk pengukuran kedua, dipilih secara acak 2 Rumah tangga yang mempunyai anak usia 6-12 tahun dari 16 RT per blok sensus di 4 kabupaten. Dari rumah tangga yang terpilih, sampel garam rumah tangga diambil, dan juga sampel urin dari anak usia 6-12 tahun yang selanjutnya dikirim ke laboratorium.

Provinsi Kalimantan Barat tidak termasuk salah satu sampel untuk penilayan kadar yodium dalam urine.

## **2.4 Variabel**

Berbagai pertanyaan terkait dengan kebijakan kesehatan Indonesia dioperasionisasikan menjadi pertanyaan riset dan akhirnya dikembangkan menjadi variabel yang dikumpulkan dengan menggunakan berbagai cara. Dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 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)**

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
- b. Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
- c. Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
- d. Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);
- e. Blok V tentang mortalitas (10 variabel);
- f. Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);
- g. Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel);

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

Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu.

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

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

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

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

#### **2.4.5 Kuesioner Autopsi Verbal Untuk Umur <29 Hari - < 5 Tahun (RKDo7.AV2)**

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

#### **2.4.6 Kuesioner Autopsi Verbal Untuk Umur 5 Tahun Keatas (RKD07.AV3)**

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

#### **Catatan**

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

## 2.5 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data

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

- a. Pengumpulan data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.RT:
  - Responden untuk Kuesioner RKD07.RT adalah Kepala Keluarga, atau Ibu Rumah Tangga atau Anggota Rumah Tangga yang dapat memberikan informasi;
  - Dalam Kuesioner RKD07.RT terdapat verifikasi terhadap keterangan anggota rumah tangga yang dapat menunjukkan sejauh mana sampel Riskesdas 2007 identik dengan sampel Susenas 2007;
  - Informasi mengenai kejadian kematian dalam rumah tangga di *recall* terhitung sejak 1 Juli 2004, termasuk didalamnya kejadian bayi lahir mati. Informasi lebih lanjut mengenai kematian yang terjadi dalam 12 bulan sebelum wawancara dilakukan eksplorasi lebih lanjut melalui autopsi verbal dengan menggunakan kuesioner RKD07.AV yang sesuai dengan umur anggota rumah tangga yang meninggal dimaksud;
- b. Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND:
  - Secara umum, responden untuk Kuesioner RKD07.IND adalah setiap anggota rumah tangga. Khusus untuk anggota rumah tangga yang berusia kurang dari 15 tahun, dalam kondisi sakit atau orang tua maka wawancara dilakukan terhadap anggota rumah tangga yang menjadi pendampingnya;
  - Anggota rumah tangga semua umur menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit keturunan sebagai berikut: Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Pnemonia, Demam Tifoid, Malaria, Diare, Campak, Tuberkulosis Paru, Demam Berdarah Dengue, Hepatitis, Filariasis, Asma, Gigi dan Mulut, Cedera, Penyakit Jantung, Penyakit Kencing Manis, Tumor/ Kanker dan Penyakit Keturunan, serta pengukuran berat badan, tinggi badan/panjang badan;
  - Anggota rumah tangga berumur  $\geq 15$  tahun menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Sendi, Penyakit Tekanan Darah Tinggi, Stroke, disabilitas, kesehatan mental, pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkaran perut, serta pengukuran lingkaran lengan atas (khusus untuk wanita usia subur 15-45 tahun, termasuk ibu hamil);
  - Anggota rumah tangga berumur  $\geq 30$  tahun menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Katarak;
  - Anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan pertumbuhan;
  - Anggota rumah tangga berumur  $\geq 10$  tahun menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terkait dengan Penyakit Flu Burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, penggunaan alkohol, aktivitas fisik, serta perilaku terkait dengan konsumsi buah-buahan segar dan sayur-sayuran segar;
  - Anggota rumah tangga berumur  $< 12$  bulan menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;

- Anggota rumah tangga berumur > 5 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
- Anggota rumah tangga berumur  $\geq$  12 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen;
- Anggota rumah tangga berumur 6-12 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan urin;
- c. Pengumpulan data kematian dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3;
- d. Pengumpulan data biomedis berupa spesimen darah dilakukan di 33 provinsi di Indonesia dengan populasi penduduk di blok sensus perkotaan di Indonesia. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) dari rumah tangga terpilih di blok sensus perkotaan terpilih sesuai Susenas Provinsi Kalimantan Barat 2007. Rangkaian pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:
  - Blok sensus perkotaan yang terpilih pada Susenas 2007, dipilih sejumlah 15% dari total blok sensus perkotaan;
  - Jumlah blok sensus di daerah perkotaan yang terpilih berjumlah 971, dengan total sampel 15.536 RT;

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

Untuk pemeriksaan kadar glukosa darah, data dikumpulkan dari anggota rumah tangga berumur  $\geq$  15 tahun, kecuali wanita hamil (alasan etika). Responden terpilih memperoleh pembebanan sebanyak 75 gram glukosa oral setelah puasa 10–14 jam. Khusus untuk responden yang sudah diketahui positif menderita Diabetes Mellitus (berdasarkan konfirmasi dokter), maka hanya diberi makanan cair 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 atau fotometer. Nilai rujukan (WHO, 1999), (ADA 2003) yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Normal (Non DM) < 140 mg/dl
2. Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) 140 - < 200 mg/dl
3. Diabetes Mellitus (DM) > 200 mg/dl.

- e. Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 dilakukan dengan tes cepat yodium menggunakan “iodina test”;
- f. Pengamatan tingkat nasional pada dampak konsumsi garam beryodium yang dinilai berdasarkan kadar yodium dalam urin, dengan melakukan pengumpulan garam beryodium pada rumah tangga bersamaan dengan pemeriksaan kadar yodium dalam urin pada anggota rumah tangga yang sama. Sampel 30 kabupaten/kota dipilih untuk pengamatan ini berdasarkan tingkat konsumsi garam yodium rumah tangga hasil Susenas 2005:
  - Tinggi – meliputi Kabupaten Blitar, Kabupaten Jember, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Nganjuk, Kota Pasuruan, Kabupaten Klungkung, Kabupaten Sikka, Kabupaten Katingan, Kota Tarakan dan Kabupaten Jeneponto;

- Sedang – meliputi Kota Tangerang, Kabupaten Grobogan, Kabupaten Semarang, Kota Salatiga, Kota Semarang, Kabupaten Bantul, Kabupaten Donggala, Kota Kendari, Kabupaten Konawe dan Kota Gorontalo);
- Buruk – meliputi Kabupaten Tapanuli Tengah, Kabupaten Toba Samosir, Kabupaten Karo, Kabupaten Solok Selatan, Kota Dumai, Kota Metro, Kabupaten Karawang, Kabupaten Tapin, Kabupaten Balangan dan Kabupaten Mappi;

### Catatan

- a. Pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 dilaksanakan pada bulan Oktober 2007 sampai Februari 2008. Riskesdas di Provinsi Kalimantan Barat berjalan dengan baik, Pemda beserta jajarannya, Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kabupaten Kota serta jajarannya, serta pelaksana pengumpul data sangat mendukung pelaksanaan Riskesdas. Meskipun pada pelaksanaannya ditemukan beberapa kendala baik aspek teknik maupun situasi dan kondisi alam yang tidak dapat diprediksi.
- b. Waktu untuk mulai pelaksanaan pengumpulan data sangat bervariasi sehubungan waktu penerimaan data BS dari BPS setempat yang juga bervariasi. Keadaan geografi Kalimantan Barat terdiri dari dataran rendah, banyak sungai, penyebaran penduduk tidak merata, sehingga banyak daerah yang sulit untuk dijangkau. Adakalanya untuk mencapai satu Blok Sensus harus menggunakan berbagai macam kendaraan walaupun dengan segala keterbatasan.

## 2.6 Manajemen Data

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

### 2.6.1 Editing

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

### 2.6.2 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 Provinsi Kalimantan Barat 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 Provinsi Kalimantan Barat 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 Provinsi Kalimantan Barat 2007. Bila pada suatu saat data Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 dapat diakses oleh publik, maka informasi mengenai imputasi (proses data *cleaning*) dapat meredam munculnya pertanyaan-pertanyaan mengenai kualitas data.

## 2.7 Keterbatasan Riskesdas

Keterbatasan Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 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 Provinsi Kalimantan Barat 2007. Pengorganisasian Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 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 Provinsi Kalimantan Barat 2007 terkait erat dengan ketersediaan biaya. Perubahan kebijakan pembiayaan dalam tahun anggaran 2007 dan prosedur administrasi yang panjang dalam proses pengadaan barang menyebabkan keterlambatan dalam kegiatan pengumpulan data. Keterlambatan pada fase ini telah menyebabkan keterlambatan pada fase berikutnya. Berbagai keterlambatan tersebut memberikan kontribusi penting bagi berbagai keterbatasan dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007, sebagaimana uraian berikut ini:



- a. Ada anggota rumah tangga dari rumah tangga yang terpilih dan bisa dikunjungi oleh Riskesdas, pada saat pengumpulan data dilakukan tidak ada di tempat, atau walaupun berada ditempat responden berkeberatan untuk ikut berpartisipasi. Tercatat sebanyak 4.383 anggota rumah tangga yang tidak bisa dikumpulkan datanya (Lihat Tabel 1.9.1);
- b. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga ada kemungkinan beberapa estimasi penyakit menular yang bersifat seasonal pada beberapa provinsi atau kabupaten/kota menjadi under-estimate atau over-estimate;
- c. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda pula. Pada Riskesdas, variabel tanggal pengumpulan data bisa digunakan pada saat melakukan analisis;
- d. Meski Riskesdas dirancang untuk menghasilkan estimasi sampai tingkat kabupaten/kota, tetapi tidak semua estimasi bisa mewakili kabupaten/kota, terutama kejadian-kejadian yang frekuensinya jarang. Kejadian yang jarang seperti ini hanya bisa mewakili tingkat provinsi atau bahkan hanya tingkat nasional;
- e. Khusus untuk data biomedis, estimasi yang dihasilkan hanya mewakili sampai tingkat perkotaan nasional;

**Tabel 2.7.1**  
**Jumlah Sampel Rumah Tangga per Kabupaten / Kota Menurut**  
**Susenas 2007 dan Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten / Kota</b>	<b>Jml Sampel Rumah Tangga Susenas 2007</b>	<b>Jml Sampel Rumah Tangga Riskesdas 2007</b>	<b>% Sampel Riskesdas / Susenas</b>
Sambas	608	606	99,7
Bengkayang	608	595	97,9
Landak	608	595	97,9
Pontianak	640	606	94,7
Sanggau	608	581	95,6
Ketapang	608	569	93,6
Sintang	608	594	97,7
Kapuas Hulu	576	462	80,2
Sekadau	608	578	95,1
Melawi	608	462	76,0
Kota Pontianak	606	540	89,1
Kota Singkawang	608	581	95,6
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>7294</b>	<b>6769</b>	<b>92,8</b>

**Tabel 2.7.2**  
**Jumlah Sampel Individu per Kabupaten / Kota Menurut Susenas 2007 dan**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten / Kota	Jml Sampel Individu Susenas 2007	Jml Sampel Individu Riskesdas 2007	% Sampel Individu Riskesdas/ Susenas
Sambas	2.591	2.475	95,5
Bengkayang	2.767	2.581	93,3
Landak	3.000	2.886	96,2
Pontianak	2.845	2.610	91,7
Sanggau	2.553	2.203	86,3
Ketapang	2.565	2.222	86,6
Sintang	2.588	2.461	95,1
Kapuas Hulu	2.393	1.419	59,3
Sekadau	2.565	2.298	89,6
Melawi	2.294	1.539	67,1
Kota Pontianak	2.805	2.119	75,5
Kota Singkawang	2.795	2.564	91,7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>31.761</b>	<b>27.377</b>	<b>86,2</b>

## 2.8 Hasil Pengolahan dan Analisis Data

Isyu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2007 adalah sampel Riskesdas 2007 yang identik dengan sampel Susenas 2007. Disain penarikan sampel Susenas 2007 adalah *two stage sampling*. Hasil pengukuran yang diperoleh dari *two stage sampling design* memerlukan perlakuan khusus yang pengolahannya menggunakan paket perangkat lunak statistik konvensional seperti SPSS. Aplikasi statistik yang tersedia didalam SPSS untuk mengolah dan menganalisis data seperti Riskesdas 2007 adalah *SPSS Complex Samples*. Aplikasi statistik ini memungkinkan penggunaan *two stage sampling design* seperti yang diimplementasikan di dalam Susenas 2007. Dengan penggunaan *SPSS Complex Sample* dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 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 provinsi, kabupaten/kota, serta karakteristik penduduk. Jumlah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Riskesdas yang terkumpul seperti tercantum pada tabel 2.2, dan tabel 2.3 perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis. Berikut ini rincian jumlah sampel yang dipergunakan untuk analisis data, terutama dari hasil pengukuran dan pemeriksaan dan kelompok umur.

### a. Status gizi

Untuk analisis status gizi, kelompok umur yang digunakan adalah balita, anak usia 6-14 tahun, wanita usia 15-45 tahun, dewasa usia 15 tahun keatas.

**b. Hipertensi**

Untuk analisis hasil pengukuran tekanan darah pada kelompok umur 18 tahun keatas.

**c. Pemeriksaan Katarak**

Untuk analisis pemeriksaan katarak adalah pada umur 30 tahun keatas.

**d. Pemeriksaan Visus**

Untuk analisis visus untuk umur 6 tahun keatas.

**e. Pemeriksaan Gigi**

Analisis untuk umur 12 tahun keatas.

**f. Perilaku dan Disabilitas**

## BAB 3. PROFIL PROVINSI KALIMANTAN BARAT

### 3.1 Geografi

Propinsi Kalimantan Barat dengan Kota Pontianak sebagai Ibu Kota Propinsi, terletak diantara garis 208<sup>0</sup> Lintang Utara hingga 305<sup>0</sup> ' Lintang Selatan, 108<sup>0</sup> Bujur Timur hingga 114<sup>0</sup> Bujur Timur. Berdasarkan letak geografis, daerah Kalimantan Barat dilewati oleh garis Khatulistiwa (garis lintang pada 0<sup>0</sup>) tepat di kota Pontianak.

Dilihat dari luas wilayah, Kalimantan Barat 146.807 km<sup>2</sup>, termasuk propinsi terbesar keempat di Indonesia, setelah pertama Irian Jaya (421.891 km<sup>2</sup>), kedua Kalimantan Timur (202.440 km<sup>2</sup>) dan ketiga Kalimantan Tengah (152.600 km<sup>2</sup>). Luas wilayah menurut Kabupaten/kota, yang terluas adalah Kabupaten Ketapang : 35.809 km<sup>2</sup> (24,39%), kemudian diikuti Kapuas Hulu : 29.842 km<sup>2</sup> (20.33%), dan Kabupaten Sintang : 21.635 km<sup>2</sup> (14,74%), sedangkan sisanya tersebar pada 9 (sembilan) kabupaten/kota lainnya.

### 3.2 Kependudukan

#### 3.2.1 Penyebaran dan Kepadatan Penduduk

**Tabel 3.2.1**  
**Luas Wilayah Administrasi Pemerintahan, Jumlah Penduduk dan Jumlah Rumah Tangga Provinsi Kalimantan Barat, Tahun 2006**

NO	KAB/KOTA	LUAS WILAYAH (km <sup>2</sup> )	JUMLAH DESA/KEL	JUMLAH PENDUDUK	JUMLAH RUMAH TANGGA (KK)	RATA-RATA JIWA/RUMAH TANGGA	KEPADATAN PENDUDUK /km <sup>2</sup>
1.	Kota Pontianak	107,8	24	509.804	112.444	4,53	4.729,17
2.	Kota Singkawang	504,0	26	171.583	42.831	4,01	340,44
3.	Kabupaten Pontianak	8.262,1	173	690.787	153.710	4,49	83,61
4.	Kabupaten Sambas	6.394,7	182	480.868	153.341	3,14	75,20
5.	Kabupaten Bengkayang	5.397,3	122	197.760	41.158	4,80	36,64
6.	Kabupaten Landak	9.909,1	156	312.999	56.835	5,51	31,59
7.	Kabupaten Sanggau	12.857,7	166	377.199	90.157	4,18	29,34
8.	Kabupaten Sintang	21.635,0	176	350.320	78.685	4,45	16,19
9.	Kabupaten Kapuas Hulu	29.842,0	158	208.915	35.719	5,85	7,00
10.	Kabupaten Ketapang	35.809,0	264	481.439	154.366	3,12	13,44
11.	Kabupaten Sekadau	5.444,3	76	173.335	36.670	4,73	31,84
12.	Kabupaten Melawi	10.644,0	81	163.216	38.035	4,29	15,33
TOTAL KALBAR		146.807,0	1.604	4.118.225	993.951	4,14	28,05

**Sumber** : Kalimantan Barat dalam angka tahun 2007

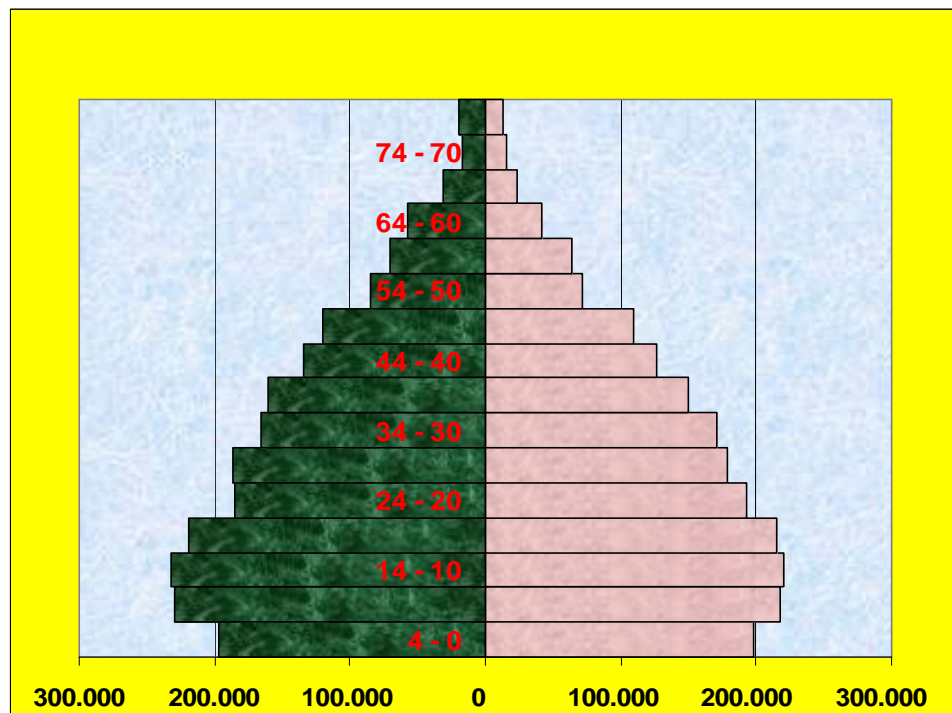
Propinsi Kalimantan Barat tergolong jarang penduduknya, penyebaran penduduk tidak merata antara wilayah yang satu dengan wilayah lainnya, kepadatan penduduk pada tahun 2006 adalah 28,05 jiwa/ Km<sup>2</sup>.

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa rata-rata Rumah Tangga di Kalimantan Barat didiami oleh sekitar 4 – 5 orang. Sedang untuk kepadatan terlihat daerah yang terpadat penduduknya adalah Kota Pontianak (4.729 jiwa/km<sup>2</sup>) dan yang terjarang adalah Kabupaten Kapuas Hulu (7 jiwa/km<sup>2</sup>).

### 3.2.2 Komposisi Penduduk

Jumlah penduduk Kalimantan Barat pada tahun 2006 tercatat 4.118.230 orang dengan Sex ratio laki-laki/perempuan = 105,06

**Gambar 3.2.2**  
**Piramida Penduduk Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2006**



Sumber : Kalimantan Barat dalam Angka Tahun 2007

### 3.3 Derajat kesehatan

Mengacu kepada sistematika dari uraian visi, misi Kalimantan Barat Sehat 2010, pada bab ini akan menyajikan gambaran tentang hasil-hasil yang telah dicapai dalam tahun 2006 di Propinsi Kalimantan Barat.

Uraian pada bab ini meliputi gambaran tentang derajat kesehatan masyarakat , keadaan lingkungan , keadaan perilaku masyarakat dan keadaan pelayanan kesehatan Kependudukan.

#### 3.3.1 Derajat Kesehatan Masyarakat

Untuk mengetahui derajat kesehatan masyarakat Propinsi Kalimantan Barat dipergunakan beberapa indikator berdasarkan data - data yang diperoleh dari SDKI, SUSENAS, BPS atau data terkait lainnya. Indikator-indikator yang digunakan antara lain meliputi :

## 3.4 Mortalitas

### 3.4.1 Angka Kematian Bayi (AKB)

Angka Kematian Bayi (AKB) di Kalimantan Barat untuk tahun 2006 masih merujuk pada data laporan indikator *data base* 2005 terakhir yang dikeluarkan oleh BPS, hal ini dikarenakan sulitnya untuk mencari data mengenai AKB. Berturut-turut AKB di Kalimantan Barat pada tahun 1994 sebesar 97 per 1.000 Kelahiran Hidup (KH), tahun 1997 menjadi 70 per 1.000 KH, tahun 2002 menjadi 47 per 1.000 KH. Data terakhir dari laporan indikator *data base* 2005 (BPS dan UNFPA 2006) didapatkan angka kematian bayi di Kalimantan Barat untuk Tahun 2004 adalah sebesar 37,82 per 1.000 KH untuk bayi perempuan dan 50,42 per 1.000 KH untuk bayi laki-laki. Jika dirata-ratakan menjadi 44,12 per 1.000 KH. Dengan demikian meskipun terlihat adanya penurunan, namun angka tersebut masih lebih tinggi dari angka nasional yaitu sebesar 35 per 1.000 KH. Sedang target Indonesia sehat 2010 adalah sebesar 40 per 1.000 KH.

Sedangkan Angka Kematian Post-NeoNatal dan Angka Kematian Anak serta Kematian Balita dapat berguna untuk mengembangkan program imunisasi, serta program-program pencegahan penyakit menular terutama pada anak-anak, program penerangan tentang gizi dan pemberian makanan sehat untuk anak dibawah usia 5 tahun.

### 3.4.2 Angka Kematian Ibu (AKI)

Di Kalimantan Barat berdasarkan Laporan Indikator *data base* 2005 dengan asumsi 15% dari kematian wanita (*Female Death*), Angka Kematian Ibu (AKI) adalah sebesar 403,15 per 100.000 Kelahiran Hidup. Jika dibandingkan dengan angka nasional sebesar 307 per 100.000 kelahiran pada periode 1998 – 2002, maka kematian ibu di Kalimantan Barat masih tinggi, apalagi jika dikaitkan dengan target nasional yang akan dicapai pada tahun 2010 yaitu menurunkan angka kematian ibu sampai 150 per 1.000 kelahiran hidup, serta target yang ingin dicapai pada *Millenium Development Goal* (MDG), yaitu sebesar 125 per 100.000 kelahiran hidup.

### 3.4.3 Angka Kematian Balita (AKABA)

Estimasi angka kematian balita di Kalimantan Barat yang dihitung berdasarkan data BPS mengalami penurunan yang cukup berarti yaitu dari 93 per 1.000 kelahiran hidup pada 1994 menjadi 88,2 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 dan menjadi 63 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2003. Meskipun demikian dilihat pada gambar 4 terlihat bahwa AKABA di Kalimantan Barat masih tetap lebih tinggi dari AKABA nasional. Sedang untuk nasional berdasarkan hasil SDKI 2002-2003 AKABA adalah 46/1.000 KH. Dengan demikian, meskipun dilihat berdasarkan kecenderungannya menunjukkan kecenderungan penurunan, namun masih perlu ditingkatkan kegiatan yang menunjang penurunan angka kematian Balita sehingga pada tahun 2010 nanti akan tercapai target AKB secara nasional yaitu sebesar 40 per 1.000 Kelahiran Hidup.

### 3.4.4 Umur Harapan Hidup Waktu Lahir ( Eo ).

Dari laporan Pembangunan Manusia Indonesia tahun 2004 dikemukakan bahwa Kalimantan Barat berdasarkan IPM berada pada rangking ke 27 dari 30 Propinsi di Indonesia, jelas hal ini sangat dipengaruhi oleh UHH sebagai salah satu indikator yang digunakan untuk penilaian IPM tersebut. Berdasarkan Estimasi umur harapan hidup tahun 1995 di Indonesia adalah 63,48 (SUPAS 1995). Di Kalimantan Barat, berdasarkan hasil Indonesia *Human Development Report* (HDR) 2001, rata-rata Umur Harapan Hidup masyarakat Kalimantan Barat pada tahun 1996 adalah 62,9 tahun, angka ini berada

dibawah angka nasional pada saat itu yaitu sebesar 64,4 Tahun. Sedang berdasarkan laporan pembangunan manusia Indonesia tahun 2004 didapatkan angka UHH masyarakat Kalimantan Barat pada tahun 2002 adalah 64,4 tahun. Meskipun terlihat adanya peningkatan dari tahun 1996 namun demikian angka tersebut masih dibawah angka nasional yaitu 66,2 tahun.

Meningkatnya Umur Harapan Hidup secara tidak langsung juga memberi gambaran tentang adanya peningkatan kualitas hidup dan derajat kesehatan masyarakat serta turut berpengaruh terhadap Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

### **3.5 Morbiditas**

Angka Kesakitan (Morbiditas) pada penduduk Propinsi Kalimantan Barat didapat dari sarana pelayanan kesehatan (*facility based data*) dan hasil pengumpulan data dari Lintas Program dan dari profil kesehatan kabupaten/ kota.

#### **3.5.1 Malaria**

Penyakit Malaria masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Berdasarkan data profil kesehatan propinsi Kalimantan Barat Tahun 2006 terdapat 81.135 kasus Malaria Klinis dan 18.796 kasus Malaria Positif. Mengacu pada definisi operasional pada indikator Indonesia Sehat 2010, dimana penderita malaria di luar Jawa dan Bali adalah kasus dengan gejala klinis (demam tinggi disertai menggigil) dengan atau tanpa pemeriksaan sediaan darah di laboratorium, maka berdasarkan definisi operasional tersebut angka kesakitan malaria di Kalimantan Barat adalah 19,31 per 1.000 penduduk. Hal ini berarti bahwa 20 orang dari setiap 1.000 penduduk terjangkit penyakit Malaria. Jika dibandingkan dengan target pada Indonesia sehat 2010 sebesar 5 per 1.000 penduduk, maka angka kesakitan malaria di Kalimantan Barat masih tergolong tinggi.. Dari dua kasus tersebut (Klinis maupun Malaria positif), yang diobati adalah sebesar 69,9% dari target yang seharusnya 100% pada tahun 2010.

#### **3.5.2 TB Paru**

Hasil rekapitulasi profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2006 didapat kasus TB Paru dengan BTA (+) sebanyak 3.925 kasus. Dari 3.778 penderita yang diobati, sebanyak 3.114 penderita diantaranya (82,42%) adalah penderita yang sembuh setelah diobati. Dengan demikian, angka kesembuhan penderita TB Paru BTA + di Kalimantan Barat sudah melebihi dari target Indonesia pada tahun 2010 yaitu > 80% (tabel 9).

#### **3.5.3 HIV/AIDS**

Sampai dengan 31 Maret 2006 jumlah pengidap HIV/AIDS di Indonesia secara kumulatif mencapai 10.156 kasus terdiri dari 5.823 kasus AIDS dan 4.333 kasus HIV tersebar di 32 provinsi. Jumlah pengidap AIDS yang dilaporkan meninggal dunia mencapai 24,56% atau 1.430 orang dengan ratio kasus antara laki-laki dan perempuan 4,47 : 1. Kasus AIDS terbanyak dilaporkan dari DKI Jakarta, Papua, Jawa Timur, Jawa Barat, Bali, Kepulauan Riau, Sulawesi Selatan, Kalimantan Barat, Sumatera Utara dan Jawa Tengah (Depkes, April 2006).

Di Propinsi Kalimantan Barat, sejak tahun 1993 sampai dengan tahun 2006 jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan dari rekapitulasi data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2006 sebanyak 611 kasus atau sekitar 14,84 per 100.000 penduduk. Penduduk beresiko adalah seluruh jumlah penduduk dikarenakan sulitnya untuk mendata penduduk yang beresiko tinggi tertular AIDS (PSK, Supir Truk, Pengguna Narkoba dll). Namun demikian, angka tersebut hanya angka yang di dapat dari yang melaporkan saja, sedang pada

kenyataannya kemungkinan kasus yang ada akan lebih besar dari angka yang ada, hal ini disebabkan karena yang terlihat hanya yang dilaporkan, sedang yang tidak dilaporkan kemungkinan akan jauh lebih besar dari angka yang ada.

#### **3.5.4 Acute Flaccid Paralysis (AFP)**

Berdasarkan hasil rekapitulasi data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2006 terdapat 13 kasus AFP atau sebesar 1 per 100.000 penduduk berisiko (usia < 15 Th). Meskipun jika dibandingkan angka AFP tahun 2005 sebesar 1,5 per 100.000 usia < 15 tahun terlihat adanya penurunan, namun jika dibandingkan dengan target IS 2010 yaitu angka AFP sebesar 0,9 maka angka AFP Kalimantan Barat masih lebih besar.

#### **3.5.5 DBD**

Propinsi Kalimantan Barat merupakan daerah endemik untuk penyakit Demam Berdarah Dengue, hal ini disebabkan karena letak geografis Kalimantan Barat yang sebagian besar merupakan dataran rendah dan merupakan daerah rawa.

Kasus KLB DBD di Propinsi Kalimantan Barat tahun 2005 terjadi 1.210 kasus dengan angka kesakitan DBD sebesar 30,49 (31 per 100.000 penduduk). Sedang pada tahun 2006 terjadi kenaikan kasus menjadi 2.753 kasus dengan angka kesakitan DBD sebesar 66,85 (67 per 100.000 penduduk). Angka ini masih jauh dari target Indonesia sehat 2010 yang menargetkan angka kesakitan DBD sebesar 2 penderita dari 100.000 penduduk.

#### **3.5.6 Status Gizi**

Status gizi masyarakat dapat diukur melalui beberapa indikator, diantaranya adalah bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Status Gizi balita, status gizi wanita usia subur Kurang Energi Konis(KEK).

#### **3.5.7 Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)**

Di Kalimantan Barat, jumlah BBLR yang dilaporkan pada tahun 2006 sebanyak 1.587 Bayi dengan BBLR dari 89.432 (1,77%) jumlah kelahiran, sementara bayi BBLR yang ditangani dari seluruh bayi BBLR adalah 1.247 (82,97%)

#### **3.5.8 Balita Berada di Bawah Garis Merah (BGM)**

Berdasarkan rekapitulasi profil kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2006, dari 201.318 Balita yang ditimbang, 12.690 (6,3%) Balita diantaranya adalah Balita yang berada di bawah garis merah (BGM). Jika dibandingkan data tahun sebelumnya (2005), maka pada tahun 2006 terjadi kenaikan Balita BGM dimana pada tahun sebelumnya dari 189.385 balita yang ditimbang, terdapat balita dengan BGM sebesar 7.628 (4,03%).



## **3.6 Keadaan Lingkungan**

### **3.6.1 Rumah Tangga Sehat**

Rumah sehat dinilai dengan menggunakan indikator komposit 8 – 10 indikator tunggal PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat).

Berdasarkan data profil kesehatan kabupaten/kota Tahun 2006, didapatkan dari 230.006 Rumah Tangga yang diperiksa, 142.278 (61,86%) rumah tangga diantaranya merupakan rumah tangga sehat.

### **3.6.2 Jamban Keluarga**

Rumah tangga yang tidak menggunakan/mempunyai jamban yang baik, lebih mudah terkena penyakit seperti disentri, diare dan tipus. Laporan SDKI 2002-2003 menyatakan bahwa rumah tangga yang mempunyai jamban sendiri hanya sebesar 54%. Sedang sebesar 28% tidak mempunyai jamban sendiri.

Di Kalimantan Barat pada tahun 2006 berdasarkan hasil rekapitulasi data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2006. Dari 7.187 rumah tangga yang diperiksa, ada sebesar 4.245 (59,06%) rumah tangga yang memiliki jamban.

### **3.6.3 Tempat-Tempat Umum Sehat**

Yang dimaksud dengan tempat umum adalah : kantor, hotel, toko, pasar, restoran\rumah makan, salon kecantikan dan lain-lain.

Di Kalimantan Barat, dari keseluruhan tempat-tempat umum yang diperiksa sebanyak 10.588 yang diperiksa, 4.217 (74,01%) diantaranya merupakan tempat-tempat umum yang telah dinyatakan sehat.

### **3.6.4 Pelayanan kesehatan**

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, berbagai upaya pelayanan kesehatan masyarakat telah dilakukan.

### **3.6.5 Pelayanan Antenatal**

Persentase K4 Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2006 berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten/Kota adalah 83,49%. Sedang target cakupan K4 Propinsi Kalimantan Barat (Berdasarkan Pedoman SPM dengan SK Gubernur nomor : 208 tanggal 2 Juni 2004) pada tahun 2007 sebesar 90% dan tahun 2010 sebesar 95%.

### **3.6.6 Pertolongan Persalinan**

Cakupan pertolongan persalinan di propinsi Kalimantan Barat pada tahun 2006 adalah sebesar 69,24%. Dengan demikian jika dibandingkan dengan target pada tahun 2008 sebesar 70%, maka angka tersebut hampir mencapai target. Namun demikian, jika dibandingkan dengan target yang akan dicapai pada tahun 2010 sebesar 90%, maka persentase cakupan pertolongan persalinan di Provinsi Kalimantan Barat masih sangat perlu ditingkatkan.

### **3.6.7 Bumil Risti di Rujuk**

Pada Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat tahun 2006, jumlah ibu hamil risti di provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2006 sebesar 8.550 dengan ibu hamil risti yang ditangani sebesar 4.165 (48,71%).

### **3.6.8 Kunjungan Bayi**

Pada profil kesehatan kabupaten/kota Tahun 2006 terlihat bahwa cakupan kunjungan Bayi di Propinsi Kalimantan Barat mencapai 80,83% (target 2007 : 80%; target 2010 :90%).

### **3.6.9 Pelayanan KB**

Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) berdasarkan data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2007 sebesar 731.822 dengan jumlah peserta KB aktif sebesar 493.720 (67,46%) dan peserta KB Baru sebesar 84.060 (11,49%). Dari seluruh peserta KB Aktif, persentase terbesar ada pada Kota Singkawang (79,83%), dan persentase terkecil pada Kabupaten Sekadau (59,42).

### **3.6.10 Pelayanan Imunisasi**

Pada tahun 2006 dari 12 Kabupaten/Kota yang melaporkan, Provinsi Kalimantan Barat telah mencapai desa/kelurahan UCI sebesar 84,04%. Persentase tahun 2006 mengalami kenaikan dari tahun sebelumnya sebesar 66,29%.

Pelayanan imunisasi bayi mencakup vaksinasi BCG, DPT, Polio, Hepatitis B dan Imunisasi Campak yang dilakukan melalui pelayanan rutin Posyandu dan fasilitas pelayanan kesehatan dasar lainnya, menunjukkan bahwa cakupan imunisasi BCG sebesar 90,0%; DPT1 + HB1 (89,1%); DPT3 + HB3 (92,3%); Polio3 (83,8%); Campak (92,3%) serta imunisasi Hepatitis B3 sebesar 68,6%. Dari tabel tersebut juga terlihat masih adanya drop out (DO) sebesar 7,18%.

### **3.6.11 Pemberian Kapsul Vit A**

Hasil pengolahan data dari profil kesehatan kabupaten/kota Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2006 menunjukkan bahwa cakupan pemberian kapsul vitamin A 2 kali pada balita sebesar 78,2%. Target pencapaian untuk tahun 2010 sebesar 90%.

### **3.6.12 Pemberian Tablet Besi**

Cakupan pemberian tablet Fe pada bumil untuk tahun 2006 di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2006, untuk cakupan Fe-1 sebesar 79,29%, sedangkan cakupan Fe3 sebesar 72,68%. Jika dibandingkan dengan target yang akan dicapai pada tahun 2010 berdasarkan Indikator Indonesia Sehat 2010 sebesar 80%, maka cakupan pemberian tablet Fe Provinsi Kalimantan Barat masih lebih rendah dari target yang akan dicapai.

### **3.6.13 Posyandu**

Target nasional yang akan dicapai pada tahun 2010 untuk Posyandu Purnama + mandiri adalah sebesar 40%. Sedang untuk Kalimantan Barat pencapaian Posyandu Purnama + Mandiri pada tahun 2006 sebesar 24,4 %. Data ini menunjukkan adanya kenaikan strata pada posyandu jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya dimana tahun 2005, pencapaian Posyandu Purnama + mandiri sebesar 22,34%.

### **3.7 Upaya Kesehatan**

Program dan Kegiatan Pembangunan Kesehatan.

Provinsi Kalimantan Barat memiliki 16 Program berisikan a.l 70 kegiatan pokok dalam pencapaian Visi dan Misi Provinsi Kalimantan Barat.

1. Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit
2. Program Lingkungan Sehat
3. Program Upaya Kesehatan Masyarakat
4. Program Upaya Kesehatan Perorangan
5. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan
6. Program Pengawasan Obat dan Makanan
7. Program Pengembangan Obat Asli Indonesia
8. Program Perbaikan Gizi Masyarakat
9. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
10. Program Sumber Daya Kesehatan
11. Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan
12. Program Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
13. Program Peningkatan Sumberdaya Aparatur
14. Program Penerapan Kepemerintahan Yang Baik (*Good Governance*)
15. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Pemerintah Daerah
16. Program Peningkatan Kualitas Pelayanan Kepada Publik

### **3.8 Sumber Daya Kesehatan**

Gambaran sumber daya kesehatan sarana kesehatan dan tenaga kesehatan terlihat sbb.

#### **3.8.1 Sarana Kesehatan**

##### **3.8.1.1 Sarana Pelayanan Kesehatan**

Tahun 2006 jumlah pelayanan kesehatan masyarakat di Provinsi Kalimantan Barat terdiri dari 206 puskesmas, 813 puskesmas pembantu, 210 Puskesmas Keliling, 1.423 Polindes, 30 Rumah sakit dan 3.974 Posyandu. Jika dibandingkan dengan jumlah kecamatan maka rata-rata setiap kecamatan di Provinsi Kalimantan Barat terdapat 1 sampai dengan 2 Puskesmas dengan jangkauan pelayanan per Puskesmas 5 per 100.000 Penduduk.

Penyebaran puskesmas terbanyak pada Kota Pontianak, yaitu rata-rata di setiap kecamatan terdapat 5 Puskesmas. Sedang yang terendah pada Kabupaten Bengkayang, yaitu 0,86 yang berarti tidak semua kecamatan di Kabupaten Bengkayang mempunyai Puskesmas.

**Tabel 3.8.1.1**  
**Distribusi Sarana Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat 2006**

No	Kabupaten	Jumlah Puskesmas	Jumlah Pustu	Jumlah Pusling	Jumlah Polindes	Jumlah RS	Jumlah POSYAN DU
(1	(2	(3	(5	(6	(4	(7	
1	Kota Pontianak	22	12	15	0	7	199
2	Kota Singkawang	5	17	5	23	6	107
3	Kabupaten Pontianak	29	83	31	165	2	453
4	Kabupaten Sambas	22	90	31	182	3	486
5	Kabupaten Bengkayang	12	61	12	81	2	271
6	Kabupaten Landak	14	59	25	156	1	306
7	Kabupaten Sanggau	18	85	22	155	2	453
8	Kabupaten Sintang	16	82	10	178	2	372
9	Kabupaten Kapuas Hulu	23	77	10	163	1	471
10	Kabupaten Ketapang	29	151	19	161	2	501
11	Kabupaten Sekadau	9	55	10	81	1	172
12	Kabupaten Melawi	7	41	20	78	1	183
<b>JUMLAH</b>		<b>20</b>	<b>81</b>	<b>21</b>	<b>1.42</b>	<b>3</b>	<b>3.97</b>

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2006

### 3.8.1.2 Tenaga Kesehatan

Pada tahun 2006 jumlah tenaga kesehatan di seluruh Kabupaten/Kota Propinsi Kalimantan Barat adalah 8.362 orang dengan ratio tenaga kesehatan untuk masyarakat per 100.000 penduduk adalah 88,81. Hal ini berarti bahwa dari setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 88,81 tenaga kesehatan. atau 1 orang tenaga kesehatan melayani 1.126 penduduk.

**Tabel 3.8.1.2**  
**Distribusi Jumlah Tenaga Kesehatan dan Ratio Tenaga Kesehatan,**  
**di Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2006**

<b>NO</b>	<b>JENIS TENAGA</b>	<b>Jumlah Tenaga Kesehatan tahun 2006</b>	<b>Ratio Kecukupan Tenaga / 4.118.225</b>	<b>Ratio Tenaga Kesehatan Untuk 100.000 Penduduk</b>	<b>Ratio tenaga Kesehatan Sesuai Standar IS 2010</b>
1	Dr. Spesialis	173	1 : 23.805	4,20	6
2	Dr. Umum	385	1 : 10.697	9,35	40
3	Dr. Gigi	115	1 : 35.811	2,79	11
4	Perawat	3.392	1 : 1.214	82,37	117,5
5	Bidan	1.387	1 : 2.969	33,68	100
7	Apoteker	68	1 : 60.562	1,65	-
8	Asisten Apoteker	174	1 : 23.668	4,23	-
9	SKM (Kesmas)	163	1 : 25.265	3,96	40
10	Sanitarian	410	1 : 10.044	9,96	40
11	Ahli Gizi	341	1 : 12.077	8,28	22
12	Fisioterapi	25	1 : 164.729	0,61	-
13	Analisis Laboratorium	287	1 : 14.349	6,97	-
14	TEM dan Rontgent	55	1 : 74.877	1,34	-
15	P. Anastesi	18	1 : 228.790	0,44	-
<b>JUMLAH (PROPINSI)</b>		<b>6.993</b>	<b>1 : 589</b>	<b>88.81</b>	

**Sumber :** Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2006

## BAB 4. HASIL RISKESDAS

### 4.1. Status Gizi

#### 4.1.1 Status Gizi Balita

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

- a. Berdasarkan indikator BB/U :

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

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

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

Perhitungan angka prevalensi :

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

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

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

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

#### Perhitungan Angka Prevalensi :

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

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

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

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

#### 4.1.1.1 Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/U

Tabel 4.1.1.1 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/U.

Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum, tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk atau gizi buruk dan kurang

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

Prevalensi balita dengan gizi kurang+buruk (*underweight*) berdasarkan indeks BB/U di Provinsi Kalimantan Barat 22,6%, masih di atas target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) maupun MDG's (18,5%). Prevalensi nasional untuk gizi buruk dan kurang adalah 18,4%.

Dari 12 kabupaten/kota yang ada di provinsi Kalimantan Barat, 10 Kabupaten/ Kota masih bermasalah dengan gizi kurang-buruk, kecuali Kabupaten Pontianak (16,5%) dan Kota Pontianak (13,6%) yang sudah mencapai target nasional maupun MDG's.

Provinsi Kalimantan Barat mempunyai masalah gizi ganda, disamping adanya masalah gizi kurang+buruk juga sudah terlihat ada masalah gizi lebih dengan prevalensi 5%. Prevalensi gizi lebih secara nasional adalah 4,3%. Masalah gizi lebih di 3 kabupaten terlihat cukup tinggi yaitu di Kabupaten Landak, Ketapang, dan Pontianak.

**Tabel 4.1.1.1**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)\* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi (BB/U)			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Sambas	9,2	17,8	69,8	3,2
Bengkayang	11,4	17,9	68,8	1,8
Landak	9,4	10,9	69,5	10,3
Pontianak	6,6	9,9	76,4	7,1
Sanggau	6,4	16,5	74,3	2,8
Ketapang	11,0	13,6	67,7	7,7
Sintang	8,1	12,9	75,3	3,7
Kapuas Hulu	11,0	21,4	62,7	4,8
Sekadau	11,0	17,7	67,0	4,3
Melawi	11,5	17,9	67,7	2,9
Kota Pontianak	6,3	7,3	83,0	3,4
Kota Singkawang	5,9	18,2	72,3	3,6
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>8,6</b>	<b>14,0</b>	<b>72,4</b>	<b>5,0</b>

Catatan: \*)TB/U = tinggi badan/umur

#### 4.1.1.2 Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator TB/U

Tabel 4.1.1.2 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator TB/U.

Indikator TB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya kronis, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena higiene dan sanitasi yang kurang baik. Status pendek dan sangat pendek dalam diskusi selanjutnya digabung menjadi satu kategori dan disebut masalah kependekan.

Prevalensi masalah kependekan pada balita secara nasional masih tinggi yaitu sebesar 36,8%.

Prevalensi balita dengan status gizi sangat pendek atau pendek berdasarkan indeks tinggi badan terhadap umur (TB/U) di Provinsi Kalimantan Barat 39,3%. Angka ini masih diatas angka nasional dari 33 provinsi (36,8%). Balita sangat pendek dan pendek terbanyak ditemukan di Kabupaten Kapuas Hulu (58,9%) diikuti Melawi (54,2%), dan Sambas (49,5%).

**Tabel 4.1.1.2**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)\* dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi (TB/U)		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Sambas	29,7	19,8	50,5
Bengkayang	24,7	22,9	52,4
Landak	23,8	15,1	61,1
Pontianak	12,2	15,4	72,5
Sanggau	22,5	19,8	57,7
Ketapang	22,2	17,5	60,3
Sintang	16,9	18,1	64,9
Kapuas Hulu	36,7	22,2	41,0
Sekadau	24,7	22,8	52,5
Melawi	34,1	20,1	45,8
Kota Pontianak	12,0	16,5	71,5
Kota Singkawang	15,5	17,1	67,4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>21,0</b>	<b>18,3</b>	<b>60,7</b>

Catatan: \*)TB/U = tinggi badan/umur

#### 4.1.1.3 Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/TB

Tabel 4.1.1.3 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/TB.

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

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. Prevalensi balita sangat kurus secara nasional masih cukup tinggi yaitu 6,2%.

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 health problem**) adalah jika



prevalensi kekurusan > 5%. Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi kekurusan antara 10,1% - 15,0%, dan dianggap kritis bila prevalensi kekurusan sudah di atas 15,0% (UNHCR).

Secara umum balita sangat kurus dan kurus berdasarkan BB/TB, di Provinsi Kalimantan Barat 17,3%, masih diatas rata-rata nasional (13,6%). Sepuluh kabupaten/kota mempunyai masalah balita kurus, kecuali Kabupaten Sanggau dan Kapuas Hulu. Prevalensi pendek dan sangat pendek tinggi di Kabupaten Kapuas Hulu (table 4.1.1.3), namun kurus dan sangat kurus rendah, menunjukkan daerah ini mengalami masalah gizi yang kronis (tidak akut). Disamping masalah balita kurus, juga sudah terlihat ada masalah balita gemuk (14,0%). Secara nasional prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB adalah sebesar 12,2%, jadi prevalensi kegemukan di Kalimantan Barat sedikit lebih tinggi dari rerata nasional. Sepuluh dari 12 kabupaten/kota mempunyai masalah balita gemuk serius (>10%).

**Tabel 4.1.1.3**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)\* dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi (BB/TB)			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Sambas	3,7	11,9	66,5	17,9
Bengkayang	7,1	7,7	74,4	10,8
Landak	15,2	11,5	58,1	15,2
Pontianak	13,1	8,8	67,0	11,2
Sanggau	1,6	6,2	82,4	9,8
Ketapang	10,5	5,4	68,3	15,9
Sintang	10,0	11,1	65,5	13,3
Kapuas Hulu	1,6	11,4	65,0	22,0
Sekadau	10,3	8,5	63,9	17,3
Melawi	7,9	10,2	65,9	16,1
Kota Pontianak	6,7	7,7	71,6	13,9
Kota Singkawang	6,9	13,3	71,8	7,9
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>8,1</b>	<b>9,2</b>	<b>68,7</b>	<b>14,0</b>

**Catatan:** \*) BB/TB = berat badan/tinggi badan

#### 4.1.1.4 Status Gizi Balita Menurut Karakteristik Responden

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

Tabel 4.1.1.4.1 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/U balita dengan variabel-variabel karakteristik responden.

Dari tabel 4.1.1.4.1 dapat dilihat bahwa secara umum ada kecenderungan yang mengaitkan antara status gizi BB/U dengan karakteristik responden, yaitu:

Semakin bertambah umur, prevalensi gizi kurang cenderung meningkat, sedangkan untuk gizi lebih cenderung menurun.

Prevalensi gizi buruk dan kurang pada balita di semua kelompok umur diatas 20%. Prevalensi tertinggi didapatkan pada usia 24 – 35 bulan, kelompok laki-laki lebih tinggi dari perempuan. Ditinjau dari pendidikan dan pekerjaan kepala keluarga, prevalensi terbanyak didapatkan pada yang tidak sekolah, tidak tamat SD dan tamat perguruan tinggi, petani/nelayan serta buruh dan lainnya, dan terendah pada tamat SMA. Terdapat perbedaan status gizi antara daerah perkotaan dan perdesaan, gizi buruk lebih tinggi di perdesaan sedangkan gizi lebih di perkotaan. Gizi buruk / kurang tertinggi pada keluarga yang pendapatannya rendah (kuintil-1), terendah pada kuintil 5, tidak banyak terlihat perbedaan antara kuintil 2, 3, dan 4. Gizi lebih pada balita tidak menunjukkan banyak perbedaan antara berbagai kuintil.

**Tabel 4.1.1.4.1**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)\* dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/U			
	Buruk	Kurang	Baik	Lebih
<b>Kelompok umur (bulan)</b>				
0 – 5	17,1	6,8	69,1	7,0
6 – 11	10,1	10,0	76,6	3,3
12 – 23	10,4	12,7	73,3	3,6
24 – 35	8,6	18,0	66,2	7,1
36 – 47	8,3	14,6	72,1	5,0
48 – 59	6,0	14,4	75,2	4,5
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	9,5	15,7	69,3	5,6
Perempuan	7,4	12,1	76,2	4,3
<b>Pendidikan KK</b>				
Tidak Sekolah	9,9	14,8	71,7	3,5
Tidak Tamat SD	10,7	14,9	69,9	4,5
Tamat SD	5,7	13,6	73,9	6,8
Tamat SMP	6,1	11,5	75,3	7,1
Tamat SMA	6,4	7,1	81,4	5,1
Tamat PT	9,9	14,8	71,7	3,5
<b>Pekerjaan KK</b>				
Tidak kerja/sekolah/ibu RT	13,5	10,1	74,6	1,8
TNI/Polri/PNS/BUMN	4,7	7,0	81,9	6,3
Pegawai Swasta	4,3	7,0	81,6	7,1
Wiraswasta/dagang/jasa	6,0	10,5	78,6	4,9
Petani/nelayan	10,0	16,0	69,1	4,9
Buruh & lainnya	7,4	17,2	68,9	6,5
<b>Tipe daerah</b>				
Kota	4,1	11,5	79,5	4,9
Desa	6,2	13,5	76,3	3,9
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>				
Kuintil –1	10,2	18,6	65,9	5,3
Kuintil –2	9,2	14,1	73,0	3,7
Kuintil –3	8,9	16,2	70,3	4,6
Kuintil –4	8,6	12,9	73,2	5,3
Kuintil –5	6,0	10,3	78,4	5,3

Catatan: \*) BB/U = berat badan/umur

Tabel 4.1.1.4.2 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi TB/U dengan karakteristik responden. Seperti halnya dengan status gizi BB/U, kaitan antara status gizi BB/TB dan karakteristik responden menunjukkan kecenderungan yang serupa :

- a. Menurut umur, tidak begitu tampak adanya pola masalah kependekan pada balita. Prevalensi pendek dan sangat pendek pada balita di semua kelompok umur di atas 30%.
- b. Menurut jenis kelamin, tidak tampak adanya perbedaan masalah kependekan yang mencolok pada balita.
- c. Makin tinggi pendidikan KK prevalensi kependekan pada balita cenderung makin rendah.
- d. Terdapat perbedaan status gizi antara daerah perkotaan dan perdesaan, pendek dan sangat pendek lebih tinggi di perdesaan.
- e. Prevalensi pendek dan sangat pendek cenderung lebih tinggi pada keluarga dengan tingkat pengeluaran per kapita lebih rendah. Keluarga dengan kuintil 1,2 dan 3 mempunyai prevalensi pendek dan sangat pendek lebih tinggi.

Tabel 4.1.1.4.3 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/TB dengan karakteristik responden. Kajian deskriptif kaitan antara status gizi BB/TB dengan karakteristik responden menunjukkan:

- a. Masalah kekurusan cenderung semakin rendah seiring dengan bertambahnya umur. Prevalensi status gizi sangat kurus dan kurus menurut kategori BB/TB pada balita di semua kelompok umur di atas 10%.
- b. Tidak tampak adanya perbedaan masalah kekurusan yang mencolok antara balita laki-laki dan perempuan.
- c. Tidak ada pola yang jelas pada masalah kekurusan menurut tingkat pendidikan KK.
- d. Prevalensi kekurusan balita pada kelompok dengan KK sebagai petani/nelayan relatif lebih tinggi dibandingkan dengan KK yang memiliki pekerjaan lain. Sedangkan prevalensi balita kegemukan tertinggi ditemui pada kelompok dengan KK yang mempunyai pekerjaan sebagai wiraswasta.
- e. Terdapat perbedaan antara masalah kekurusan di daerah perdesaan dibandingkan dengan daerah perkotaan. sangat kurus dan kurus lebih tinggi di perdesaan

Semakin meningkat status ekonomi prevalensi status gizi sangat kurus dan kurus semakin rendah, namun masalah kegemukan cenderung meningkat seiring dengan meningkatnya tingkat pengeluaran.

**Tabel 4.1.1.4.2**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)\* dan Karakteristik**  
**Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
<b>Kelompok umur (bulan)</b>			
0 – 5	23,3	17,7	58,9
6 – 11	27,4	14,7	57,8
12 – 23	25,1	20,3	54,6
24 – 35	24,9	17,7	57,4
36 – 47	21,6	19,5	58,9
48 – 59	16,0	18,0	66,1
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	21,7	19,3	59,0
Perempuan	20,2	17,2	62,6
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak Sekolah	25,1	18,9	56,0
Tidak Tamat SD	20,3	20,2	59,6
Tamat SD	20,8	18,1	61,1
Tamat SMP	17,4	17,8	64,8
Tamat SMA	8,9	9,9	81,2
Tamat PT	25,1	18,9	56,0
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	13,2	16,6	70,2
TNI/Polri/PNS/BUMN	15,8	16,8	67,4
Pegawai Swasta	18,3	11,8	69,9
Wiraswasta/dagang/jasa	15,5	18,5	66,0
Petani/nelayan	24,8	19,9	55,3
Buruh & lainnya	17,9	18,3	63,8
<b>Tipe daerah</b>			
Kota	14,5	16,3	69,2
Desa	23,4	19,1	57,5
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>			
Kuintil –1	24,4	16,4	59,2
Kuintil –2	22,4	18,4	59,3
Kuintil –3	22,3	20,6	57,1
Kuintil –4	17,6	19,3	63,1
Kuintil –5	15,1	17,2	67,7

**Tabel 4.1.1.4.3**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)\* dan Karakteristik**  
**Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
<b>Kelompok umur (bulan)</b>				
0 – 5	9,1	4,5	71,0	15,4
6 – 11	11,7	7,6	63,8	16,9
12 – 23	9,1	9,3	66,3	15,2
24 – 35	9,7	8,1	68,1	14,2
36 – 47	7,2	9,9	69,0	13,9
48 – 59	6,3	10,7	70,6	12,4
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	7,7	10,8	68,0	13,4
Perempuan	8,4	7,6	69,5	14,5
<b>Pendidikan KK</b>				
Tidak Sekolah	8,3	9,8	68,6	13,3
Tidak Tamat SD	9,3	12,1	65,1	13,5
Tamat SD	10,7	8,5	67,8	13,1
Tamat SMP	5,1	7,7	70,3	16,9
Tamat SMA	6,7	4,0	79,4	9,8
Tamat PT	8,3	9,8	68,6	13,3
<b>Pekerjaan KK</b>				
Tidak kerja/sekolah/ibu RT	7,5	11,1	68,6	12,8
TNI/Polri/PNS/BUMN	2,5	3,6	81,1	12,7
Pegawai Swasta	7,6	8,0	65,9	18,5
Wiraswasta/dagang/jasa	8,9	9,1	68,4	13,6
Petani/nelayan	9,2	10,3	66,9	13,6
Buruh & lainnya	7,1	10,3	68,5	14,1
<b>Tipe daerah</b>				
Kota	5,6	8,1	74,3	12,0
Desa	9,0	9,7	66,6	14,7
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>				
Kuintil –1	8,7	10,5	67,4	13,4
Kuintil –2	10,1	11,0	65,3	13,6
Kuintil –3	9,0	7,4	72,3	11,2
Kuintil –4	6,6	9,9	67,4	16,1
Kuintil –5	4,4	6,2	73,2	16,3

**Catatan:** \*) BB/TB = berat badan/tinggi badan

Tabel 4.1.1.4.4 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.

Sebelas kabupaten/kota masih menghadapi permasalahan gizi akut dan tujuh kabupaten/kota menghadapi permasalahan gizi akut dan kronis. Hanya empat kabupaten/kota yaitu kabupaten Pontianak, Sintang, Kota Pontianak dan Singkawang yang masalah gizi kronisnya lebih kecil dari angka nasional dan hanya 1 kabupaten yaitu Sanggau yang masalah gizi akutnya belum mencapai kondisi serius.

**Tabel 4.1.1.4.4**  
**Prevalensi Balita Menurut Tiga Indikator Status Gizi**  
**dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	BB/U BurKur	TB/U: Kronis (Kependekan)	BB/TB: (Kekurusan)	Akut	Kronis
Sambas	27,0	49,5	15,6	X	X
Bengkayang	29,3	47,6	14,8	X	X
Landak	20,3	38,9	26,7	X	X
Pontianak	16,5	27,6	21,9	X	
Sanggau	22,9	42,3	7,8		X
Ketapang	24,6	39,7	15,9	X	X
Sintang	21,0	35,0	21,1	X	
Kapuas Hulu	32,4	58,9	13,0	X	X
Sekadau	28,7	47,5	18,8	X	X
Melawi	29,4	54,2	18,1	X	X
Kota Pontianak	13,6	28,5	14,4	X	
Kota Singkawang	24,1	32,6	20,2	X	
<b>Kalimantan</b>	<b>22,5</b>	<b>39,2</b>	<b>17,4</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

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

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

#### 4.1.2 Status Gizi Anak Umur 6-14 Tahun

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

Table 4.1.3.1. adalah standard WHO untuk nilai rata-rata, batas -2SD, dan batas +2SD. Prevalensi kurus ditentukan jika nilai IMT <-2SD, dan prevalensi berat badan (BB) lebih jika nilai IMT >+2SD

Gambaran kabupaten/kota untuk status gizi anak usia 6-14 tahun dapat dilihat pada tabel 4.1.2.1. Prevalensi anak kurus tertinggi adalah di Landak, baik pada anak laki-laki (24,6 %) maupun pada anak perempuan (22,4%). Prevalensi anak kurus terendah adalah Sanggau, baik pada anak laki-laki (7,5%) maupun pada anak perempuan (5,4%).

**Tabel 4.1.2.1.**  
**Prevalensi Kurus dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Laki-laki			Perempuan		
	Kurus	Normal	BBL	Kurus	Normal	BBL
Sambas	18,2	68,8	13,0	14,6	79,3	6,1
Bengkayang	12,2	81,5	6,3	10,4	83,6	6,0
Landak	24,6	61,6	13,9	22,4	68,0	9,6
Pontianak	21,2	71,2	7,6	10,1	84,5	5,4
Sanggau	7,5	84,9	7,6	5,4	89,5	5,1
Ketapang	20,9	62,8	16,3	16,1	70,8	13,1
Sintang	23,1	71,3	5,7	13,4	82,9	3,7
Kapuas Hulu	9,5	79,4	11,1	6,7	85,3	8,0
Sekadau	11,4	73,5	15,0	9,0	77,6	13,4
Melawi	15,9	72,4	11,7	8,7	85,3	6,0
Kota Pontianak	16,1	72,8	11,1	10,3	85,2	4,5
Kota Singkawang	16,0	78,1	5,9	14,1	81,0	4,9
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>17,4</b>	<b>72,2</b>	<b>10,4</b>	<b>11,8</b>	<b>81,5</b>	<b>6,8</b>

Tabel 4.1.2.2 menyajikan hasil krostabulasi status gizi anak usia 6-14 tahun menurut IMT dengan karakteristik responden: Tipe Daerah dan pengeluaran rumah tangga. Dari table ini terlihat bahwa:

- Prevalensi anak kurus dan berat badan lebih baik pada laki-laki dan perempuan cenderung lebih tinggi di perdesaan dibanding perkotaan.
- Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga, prevalensi kurus cenderung lebih tinggi pada kuintil 1, sebaliknya prevalensi BB lebih cenderung meningkat dengan meningkatnya kuintil pengeluaran perkapita perbulan.

**Tabel 4.1.2.2.**  
**Prevalensi Kurus dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun Menurut Karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Laki-laki			Perempuan		
	Kurus	Normal	BB Lebih	Kurus	Normal	BB
<b>Tipe Daerah</b>						
Kota	14,8	75,2	10,1	10,8	84,3	4,9
Desa	18,3	71,2	10,5	12,1	80,5	7,4
<b>Pengeluaran Rumahtangga</b>						
Kuintil 1	20,1	72,2	7,7	13,0	81,9	5,1
Kuintil 2	16,6	73,3	10,1	11,8	81,8	6,4
Kuintil 3	19,0	69,5	11,5	10,4	82,2	7,4
Kuintil 4	16,3	71,5	12,1	12,3	80,1	7,6
Kuintil 5	13,6	74,9	11,6	10,4	81,3	8,3

### 4.1.3 Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun Keatas

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

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

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

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

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

Status gizi wanita usia subur (WUS) 15 - 45 tahun dinilai dengan mengukur lingkar lengan atas (LILA). Pengukuran LILA dilakukan dengan pita LILA dengan presisi 0,1 cm.

#### 4.1.3.1 Status Gizi Dewasa Berdasarkan Indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)

Tabel 4.1.3.1.1 menyajikan prevalensi penduduk menurut status IMT di masing-masing kabupaten/kota. Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori berat badan lebih (BB lebih) dan obese.

Berdasarkan indeks massa tubuh pada laki-laki dan perempuan dewasa usia 15 tahun keatas di Provinsi Kalimantan Barat didapatkan prevalensi status gizi kurus 16,2 . Semua kabupaten/kota memiliki prevalensi gizi kurus cukup tinggi (range 11,6 – 21,4 ), tertinggi di Kapuas Hulu diikuti Melawi dan Sambas.



**Tabel 4.1.3.1.1**  
**Prevalensi Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Keatas) Menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi IMT			
	Kurus	Normal	Lebih	Obese
Sambas	19,0	69,8	5,7	5,5
Bengkayang	14,3	75,0	5,7	5,0
Landak	16,3	71,9	6,2	5,6
Pontianak	16,1	73,0	5,9	5,0
Sanggau	16,5	68,6	6,9	8,0
Ketapang	14,7	74,0	6,4	4,9
Sintang	12,6	77,1	4,5	5,8
Kapuas Hulu	21,4	62,9	7,6	8,1
Sekadau	11,6	74,9	7,5	5,9
Melawi	19,4	65,8	7,1	7,7
Kota Pontianak	17,2	68,0	7,8	7,0
Kota Singkawang	13,1	65,3	10,4	11,3
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>16,2</b>	<b>70,9</b>	<b>6,6</b>	<b>6,3</b>

**Catatan:**

\*) IMT = indeks massa tubuh Kurus:  $IMT < 18,5$ ; Normal:  $18,5 \leq IMT \leq 24,9$ ; BB lebih:  $25 \leq IMT < 27$ ; Obese:  $IMT \geq 27$

Prevalensi obesitas umum menurut jenis kelamin disajikan pada Tabel 4.1.3.2 Masalah kegemukan (berat badan lebih + obese) di Provinsi Kalimantan Barat sebesar 12,9, lebih rendah dari angka nasional yaitu sebesar 19,1 (8,8 BB lebih dan 10,3 obese). Kabupaten/kota memiliki prevalensi kegemukan dengan kisaran 10,3 – 21,7, tertinggi di kota Singkawang yaitu 21,7, di atas angka nasional.

Prevalensi kegemukan di provinsi Kalbar pada perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki. Prevalensi kegemukan (berat badan lebih + obese) pada laki-laki dewasa 15 tahun ke atas sebesar 9,1. Kisaran prevalensi kegemukan pada laki-laki di kabupaten/kota 5,9 – 16,8, tertinggi di Kota Singkawang. Prevalensi kegemukan (berat badan lebih + obese) pada perempuan 16,6. Kisaran prevalensi kegemukan pada perempuan sebesar 11,7 – 26,6 tertinggi di kota Singkawang, diikuti Melawi.

**Tabel 4.1.3.1.2**  
**Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Keatas) Menurut**  
**Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Laki-laki</b>	<b>Perempuan</b>	<b>Laki-laki dan Perempuan</b>
Sambas	5,9	16,1	11,2
Bengkayang	6,3	15,3	10,7
Landak	11,8	11,7	11,8
Pontianak	8,0	13,7	10,9
Sanggau	9,4	20,3	14,9
Ketapang	9,0	14,0	11,3
Sintang	6,6	14,1	10,3
Kapuas Hulu	12,8	18,2	15,7
Sekadau	9,1	17,8	13,4
Melawi	8,6	21,2	14,8
Kota Pontianak	10,8	18,6	14,8
Kota Singkawang	16,8	26,6	21,7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>9,1</b>	<b>16,6</b>	<b>12,9</b>

Tabel 4.1.3.1.3 menyajikan hasil tabulasi silang status gizi penduduk dewasa menurut IMT dengan beberapa variabel karakteristik responden. Dari tabel ini terlihat bahwa :

Prevalensi status gizi kurus berdasar IMT tertinggi di kelompok usia 75 tahun keatas, diikuti kelompok 65 – 74 tahun, terendah di kelompok 35 – 44 tahun. Menurut pendidikan dan pekerjaan prevalensi kurus lebih tinggi pada yang tidak pernah sekolah, yang tidak bekerja dan sedang sekolah, di perkotaan hampir sama dibanding perdesaan. Semakin tinggi tingkat pendidikan status gizi kurus semakin menurun, demikian juga semakin tinggi status ekonomi maka semakin rendah prevalensi status gizi kurus. Prevalensi obese tertinggi pada kelompok umur 35 – 44 tahun, tamat perguruan tinggi, bekerja sebagai ibu rumah tangga.

Prevalensi obesitas lebih tinggi di perkotaan dibanding perdesaan. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan cenderung semakin tinggi prevalensi obesitas umum.

**Tabel 4.1.3.1.3**  
**Prevalensi Status Gizi Dewasa (15 Tahun Keatas) Menurut IMT dan**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori Status Gizi IMT			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
<b>Kelompok umur (tahun)</b>				
15 - 24	23,3	72,1	2,2	2,4
25 - 34	9,7	77,1	7,4	5,8
35 - 44	9,5	71,7	8,8	10,0
45 - 54	13,7	68,5	9,2	8,7
55 - 64	21,8	63,3	8,0	6,9
65 - 74	31,7	57,9	5,2	5,2
75+	43,0	50,6	3,1	3,4
<b>Pendidikan</b>				
Tidak Sekolah	28,3	61,0	5,2	5,5
Tidak Tamat SD	16,9	70,8	6,8	5,6
Tamat SD	15,5	72,1	6,7	5,7
Tamat SMP	16,5	72,0	5,4	6,1
Tamat SMA	10,8	74,4	7,5	7,2
Tamat PT	9,6	67,7	9,8	12,9
<b>Pekerjaan</b>				
Tidak bekerja	35,4	56,3	4,3	3,9
Sekolah	54,8	40,5	1,7	3,0
Ibu RT	11,0	65,6	10,7	12,7
Pegawai	8,3	72,7	9,1	9,9
Wiraswasta	11,3	72,8	9,1	6,8
Petani/nelayan/buruh	15,9	75,5	4,8	3,8
Lainnya	17,8	71,8	5,9	4,4
<b>Tipe daerah</b>				
Kota	16,2	65,0	9,0	9,9
Desa	16,3	73,2	5,6	4,9
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>				
Kuintil -1	17,9	72,3	5,4	4,4
Kuintil -2	18,2	71,6	5,2	5,0
Kuintil -3	16,6	72,4	5,8	5,2
Kuintil -4	16,0	69,7	7,5	6,8
Kuintil -5	12,8	69,0	8,8	9,4

#### 4.1.3.2 Status Gizi Dewasa Berdasarkan Indikator Lingkar Perut (LP)

Tabel 4.1.3.2.1 dan Tabel 4.1.3.2.2 menyajikan prevalensi obesitas sentral menurut kabupaten/kota dan karakteristik responden. Obesitas sentral dianggap sebagai faktor risiko yang erat kaitannya dengan beberapa penyakit degeneratif.

Prevalensi obesitas sentral di provinsi Kalimantan Barat didapatkan 15,8, angka ini di atas rata-rata prevalensi nasional 14,9.

Kisaran prevalensi obesitas sentral di kabupaten/kota 10,6 – 25,9, tertinggi di Kota Pontianak diikuti Kota Singkawang.

**Tabel 4.1.3.2.1**  
**Prevalensi Obesitas Sentral Penduduk Dewasa (15 Tahun Keatas) Menurut Kabupaten / Kota Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Obesitas Sentral
Sambas	14,6
Bengkayang	16,1
Landak	10,6
Pontianak	14,2
Sanggau	15,4
Ketapang	14,0
Sintang	13,4
Kapuas Hulu	12,3
Sekadau	12,9
Melawi	12,4
Kota Pontianak	25,9
Kota Singkawang	22,6
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>15,8</b>

**Catatan :** Menurut Lingkar Perut (LP) (laki-laki > 90, wanita > 80)

Tabel 4.1.3.2.2 memperlihatkan secara umum besaran (*magnitude*) prevalensi obesitas sentral mirip dengan prevalensi obesitas umum yang sudah dibahas sebelumnya. Kecenderungan yang serupa juga ditemukan pada hasil tabulasi silang antara prevalensi obesitas sentral dengan karakteristik responden, yaitu :

Prevalensi obesitas sentral juga terlihat lebih tinggi pada perempuan dibanding laki-laki. Prevalensi meningkat sesuai bertambahnya usia tetapi mulai menurun pada 55 tahun keatas. Lebih tinggi pada ibu rumah tangga, daerah perkotaan lebih tinggi dibanding perdesaan. Tingkat pengeluaran rumahtangga menunjukkan hubungan yang positif dengan prevalensi obesitas sentral. Semakin meningkat tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, cenderung semakin tinggi prevalensi obesitas sentral.

**Tabel 4.1.3.2.2**  
**Prevalensi Obesitas Sentral Penduduk Umur 15 Tahun Keatas Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Normal (%)</b>	<b>Obesitas sentral (%)</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
15 - 24	8,6	91,4
25 - 34	15,4	84,6
35 - 44	19,6	80,4
45 - 54	21,8	78,2
55 - 64	18,4	81,6
65 - 74	15,3	84,7
75+	12,8	87,2
<b>Pendidikan</b>		
Tidak Sekolah	16,2	83,8
Tidak Tamat SD	15,7	84,3
Tamat SD	15,1	84,9
Tamat SMP	14,6	85,4
Tamat SMA	16,8	83,2
Tamat PT	21,4	78,6
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	14,4	85,6
Sekolah	8,5	91,5
Ibu RT	32,9	67,1
Pegawai	17,6	82,4
Wiraswasta	15,1	84,9
Petani/nelayan/buruh	9,9	90,1
Lainnya	14,4	85,6
<b>Tipe daerah</b>		
Kota	23,9	76,1
Desa	12,6	87,4
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>		
Kuintil -1	13,9	86,1
Kuintil -2	15,7	84,3
Kuintil -3	14,2	85,8
Kuintil -4	16,6	83,4
Kuintil -5	18,2	81,8

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

Tabel 4.1.3.3.1 menyajikan gambaran masalah gizi pada WUS yang diukur dengan LILA. Hasil pengukuran LILA ini disajikan menurut kabupaten/kota dan karakteristik responden. Indonesia menggunakan ambang batas <23,5 cm untuk menggambarkan risiko kurang energi kronis (KEK) yang bisa digunakan untuk mengindikasikan WUS kaitannya dengan kesehatan reproduksi.

Prevalensi KEK untuk tingkat kabupaten/kota digambarkan berdasarkan umur 15 – 45 tahun seperti terlihat pada tabel 4.1.3.6 Rata-rata nasional angka LILA adalah 26,1 cm.

Untuk menilai prevalensi risiko KEK, dari hasil pengumpulan riskesdas, dilakukan dua cara:

- Menghitung LILA <23,5 cm untuk umur 15-45 tahun (Depkes)
- Menghitung LILA <1 SD dari nilai rata-rata untuk setiap umur 15-45 tahun

Ada perbedaan prevalensi risiko KEK menggunakan batas ambang <23,5 cm dan menggunakan <1SD terhadap median. Dengan menggunakan batas ambang <23,5 cm cenderung lebih tinggi dibanding menggunakan <1 SD terhadap median. Prevalensi KEK ( LILA < 23,5 cm) di Prov Kalbar sebesar 15,8 . Prevalensi tertinggi di kabupaten Landak

**Tabel 4.1.3.3.1**  
**Prevalensi Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut**  
**KEK dan Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	KEK ( < 23,5 cm ) (%)	KEK ( < 1 SD ) ( %)
Sambas	12,8	9,2
Bengkayang	6,2	4,5
Landak	36,1	25,1
Pontianak	14,7	9,8
Sanggau	17,6	13,1
Ketapang	15,0	11,0
Sintang	14,1	9,8
Kapuas Hulu	13,2	7,5
Sekadau	10,8	6,7
Melawi	23,7	19,8
Kota Pontianak	12,0	6,7
Kota Singkawang	20,7	11,5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>15,8</b>	<b>10,8</b>

#### 4.1.4 Konsumsi Energi dan Protein

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

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

Selanjutnya dalam penulisan tabel 4.1.4.1 disajikan angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari. Tabel 4.1.4.2 adalah informasi prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional dari data Riskesdas 2007 menurut kabupaten. Tabel 4.1.4.3 informasi tentang prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional dari data Riskesdas 2007 menurut Tipe Daerah (kota/desa) dan kuintil pengeluaran RT.

Data pada tabel 4.1.4.1 berikut menunjukkan bahwa rata-rata konsumsi per kapita per hari penduduk Kalimantan Barat adalah sebesar 1594,9 kalori, lebih rendah dari angka nasional sebesar 1735,5 kkal dan 57,6 gram protein lebih tinggi dari angka nasional sebesar 55,5 gram. Kabupaten dengan angka konsumsi energi dan protein terendah adalah Sanggau yaitu 1375,7 kkal dan 49,4 gram protein. Kabupaten dengan angka konsumsi energi tertinggi adalah Landak (1841,7 kkal) dan konsumsi protein tertinggi adalah kabupaten Pontianak (66,4 gram).

**Tabel 4.1.4.1**  
**Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari**  
**Menurut Kabupaten/ Kota Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Sambas	1553,9	536,8	53,9	23,0
Bengkayang	1635,6	619,6	52,8	26,1
Landak	1841,7	799,4	61,5	30,3
Pontianak	1547,1	542,2	66,4	30,9
Sanggau	1375,7	391,3	49,5	20,5
Ketapang	1653,1	606,8	58,6	28,3
Sintang	1674,9	660,0	55,3	26,8
Kapuas Hulu	1559,9	510,9	54,1	22,4
Sekadau	1781,8	599,2	57,1	27,4
Melawi	1783,5	661,0	51,7	25,1
Kota Pontianak	1536,6	612,5	60,1	27,5
Kota Singkawang	1525,6	503,2	58,7	23,9
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>1594,9</b>	<b>596,3</b>	<b>57,6</b>	<b>27,1</b>

Sebanyak enam kabupaten/kota dengan rerata angka konsumsi energi dibawah rerata angka konsumsi energi nasional yaitu Sanggau, Kota Singkawang, Kota Pontianak, Pontianak, Sambas, dan Kapuas Hulu. Sebanyak tujuh kabupaten/kota dengan rerata angka konsumsi protein dibawah rerata nasional yaitu Sanggau, Melawi, Bengkayang, Sambas, Kapuas Hulu, Sintang, dan Sakadau.

Data pada tabel 4.1.4.2 menunjukkan bahwa prevalensi RT dengan konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional sebesar 66,8 (energi) dan 55,5 (protein). Kabupaten/Kota yang prevalensi konsumsi energi lebih rendah dari angka rerata nasional yang prevalensinya tertinggi adalah Kabupaten Sanggau (84,2 %), dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah Sekadau (47,9 %). Ini menunjukkan di Sanggau lebih 80 % RT dengan konsumsi energi dibawah angka rerata nasional (1735,5 kkal). Kabupaten yang prevalensi konsumsi protein lebih rendah dari angka rerata nasional yang prevalensinya tertinggi adalah Kabupaten Sanggau (66,5 %), dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah kabupaten Pontianak (42,3 %), ini menunjukkan di Kabupaten Sanggau lebih 60 % RT dengan konsumsi protein dibawah angka rerata nasional (55,5 gram).

**Tabel 4.1.4.2**  
**Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional Menurut Kabupaten/ Kota Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Sambas	69,7	61,7
Bengkayang	64,6	64,3
Landak	49,1	50,6
Pontianak	69,1	42,3
Sanggau	84,2	66,5
Ketapang	65,4	53,2
Sintang	59,9	59,2
Kapuas Hulu	70,0	60,0
Sekadau	47,9	60,2
Melawi	53,4	63,8
Kota Pontianak	70,2	49,9
Kota Singkawang	73,5	54,4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>66,8</b>	<b>55,5</b>

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



Data pada tabel 4.1.4.3 berikut menunjukkan bahwa prevalensi RT di kota yang konsumsi energi lebih rendah dari angka rerata nasional prevalensinya lebih tinggi dari RT di desa, Ini berarti konsumsi energi RT di perdesaan lebih tinggi daripada perkotaan. Sebaliknya prevalensi RT di desa yang konsumsi protein lebih rendah dari angka rerata nasional prevalensinya lebih tinggi dari RT di kota. Menurut kuintil pengeluaran RT, semakin tinggi kuintil pengeluaran RT semakin rendah prevalensi RT yang mengkonsumsi energi dan protein lebih rendah dari angka rerata nasional.

**Tabel 4.1.4.3**  
**Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional Menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
<b>Tipe Daerah</b>		
Kota	68,0	48,0
Desa	66,3	58,2
<b>Pengeluaran RT per bulan</b>		
Kuintil – 1	73,0	64,7
Kuintil – 2	67,7	58,5
Kuintil – 3	68,2	55,5
Kuintil – 4	65,3	54,7
Kuintil – 5	59,8	44,6

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

#### 4.1.5 Konsumsi Garam Beryodium

Prevalensi konsumsi garam beriodium Riskesdas 2007 diperoleh dari hasil isian pada kuesioner Blok II No 7 yang didapat 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 ( $\geq 30$  ppm  $KIO_3$ )” bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu tua; mempunyai “garam tidak cukup iodium ( $\leq 30$  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 4.1.5.1**  
**Persentase Rumah Tangga yang Mempunyai Garam Cukup Iodium**  
**Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Rumah Tangga Mempunyai Garam Cukup Iodium (%)</b>
Sambas	97,7
Bengkayang	96,2
Landak	98,1
Pontianak	83,7
Sanggau	97,8
Ketapang	87,3
Sintang	66,1
Kapuas Hulu	37,0
Sekadau	95,8
Melawi	87,3
Kota .Pontianak	72,8
Kota.Singkawang	90,3
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>84,4</b>

Pada table 4.1.5.1.kabupaten/kota yang mempunyai rumah tangga dengan garam cukup beriodium kategori baik (  $\geq 90\%$  ) adalah Sambas, Bengkayang, Landak, Sanggau, Sekadau dan Singkawang, sedangkan kabupaten dengan persentase terendah rumah tangga mempunyai garam cukup iodium adalah Kapuas Hulu (37,0% ),

**Tabel 4.1.5.2**  
**Persentase Rumah Tangga Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Cukup Iodium (%)</b>
<b>Pendidikan Kepala Keluarga</b>	
Tidak Sekolah	80,5
SD Tidak Tamat	84,7
SD Tamat	86,7
SMP Tamat	86,2
SLTA Tamat	82,7
SLTA+	84,0
<b>Pekerjaan Kepala Keluarga</b>	
Tidak Bekerja	84,8
Sekolah	70,4
Ibu Rumah tangga	84,7
Pegawai Negri/ Swasta	82,2
Petani/ Buruh/ Nelayan	85,7
Lainnya	85,3
<b>Tipe Desa</b>	
Perkotaan	82,0
Perdesaan	85,3
<b>Tingkat Pengeluaran Per Kapita</b>	
Kuintil-1	87,7
Kuintil-2	86,7
Kuintil-3	86,3
Kuintil-4	82,5
Kuintil-5	77,2

Tabel 4.1.5.2 memperlihatkan persentase rumah-tangga yang mempunyai garam cukup iodium ( $\geq 30$  ppm) menurut tingkat pendidikan Kepala Keluarga tidak terlihat perbedaan, demikian pula tidak terlihat perbedaan menurut pekerjaan Kepala Keluarga.

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita terlihat bahwa persentase rumah tangga mengonsumsi garam cukup iodium cenderung semakin rendah seiring dengan meningkatnya pengeluaran per kapita. Berdasarkan tempat tinggal, persentase rumah-tangga yang mempunyai garam cukup iodium di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan.

## 4.2 Kesehatan Ibu dan Anak

### 4.2.1 Status Imunisasi

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

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

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

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

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

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

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

Cakupan imunisasi pada anak umur 12 –59 bulan dapat dilihat pada empat tabel (Tabel 4.2.1.1 s/d Tabel 4.2.1.4). Tabel 4.2.1.1 dan Tabel 4.2.1.2 menunjukkan tiap jenis imunisasi yaitu BCG, tiga kali polio, tiga kali DPT, tiga kali HB, dan campak menurut kabupaten/kota dan karakteristik. Tabel 4.2.1.3 dan 4.2.1.4 adalah cakupan imunisasi lengkap pada anak, yang merupakan gabungan dari tiap jenis imunisasi yang didapatkan oleh seorang anak.

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

**Tabel 4.2.1.1**  
**Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar**  
**menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis Imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Sambas	88,2	81,0	73,5	72,8	81,5
Bengkayang	72,2	68,6	65,2	63,8	71,8
Landak	86,7	66,3	54,3	49,3	95,3
Pontianak	66,2	34,0	33,0	29,1	63,9
Sanggau	84,9	83,8	80,6	74,0	82,4
Ketapang	72,2	32,5	31,3	32,1	70,4
Sintang	96,5	94,9	88,0	78,7	98,2
Kapuas Hulu	66,0	52,9	44,7	38,1	71,4
Sekadau	93,5	66,0	60,0	50,0	95,7
Melawi	76,5	72,7	68,8	51,7	75,0
Kota Pontianak	82,2	73,5	63,4	59,3	72,8
Kota Singkawang	85,5	74,5	72,2	71,7	83,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>80,3</b>	<b>64,7</b>	<b>60,1</b>	<b>55,4</b>	<b>78,8</b>

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 Kalimantan Barat untuk BCG 79,3%, polio3 65,5%, DPT3 62,0%, HB3 58,1%, campak 77,0%

Secara keseluruhan, cakupan imunisasi menurut jenisnya yang tertinggi sampai terendah adalah untuk BCG (80,3%), campak (78,8%), polio tiga kali (64,7%), DPT tiga kali (60,1%) dan terendah hepatitis B (55,4%). Bila dilihat masing-masing imunisasi menurut kabupaten/kota, untuk imunisasi BCG yang terendah di Kabupaten Ketapang (72,2%) dan tertinggi di Kabupaten Sintang (96,5%)

Variasi cakupan imunisasi yang lebih bervariasi antar provinsi terlihat pada imunisasi polio tiga kali yaitu terendah di Kabupaten Ketapang (32,5%) dan tertinggi di Kabupaten Sintang (94,9%), DPT tiga kali terendah juga di Kabupaten Ketapang (31,3%) dan tertinggi juga di Sintang (88,0%). Untuk mempercepat eliminasi penyakit polio di seluruh dunia, WHO membuat rekomendasi untuk melakukan Pekan Imunisasi Nasional (PIN). Indonesia melakukan 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. Dengan adanya PIN tersebut, frekuensi imunisasi polio bisa lebih dari seharusnya. Tetapi WHO menyatakan bahwa polio sebanyak tiga kali cukup memadai untuk imunisasi dasar polio.

Cakupan imunisasi hepatitis B, yaitu jenis imunisasi yang diprogramkan terakhir, terendah di Kabupaten Pontianak (29,1%) dan tertinggi di Sintang (78,8%). Imunisasi hepatitis B awalnya diberikan terpisah dari DPT. Tetapi sejak tahun 2004 hepatitis B disatukan dengan pemberian DPT menjadi DPT/HB yang didistribusikan untuk 20 % target, tahun 2005 untuk 50% target, dan tahun 2006 mencakup 100% target DPT/HB. Walaupun vaksin DPT/HB sudah didistribusikan untuk seluruh target, tetapi pelaksanaan di daerah dapat berbeda tergantung dari stok vaksin DPT dan HB yang masih terpisah di tiap daerah.

Untuk imunisasi campak variasi cakupan, terendah di Kabupaten Ketapang (70,4%) dan tertinggi di Sintang (98,2%). Bila cakupan imunisasi campak digunakan sebagai indikator imunisasi lengkap, secara keseluruhan Kalimantan Barat belum mencapai *Universal Child Immunization* (UCI). Walaupun demikian, bila dilihat menurut kabupaten/kota terdapat 6 kabupaten/kota yang telah mencapai UCI (Tabel 4.2.1.1).

**Tabel 4.2.1.2**  
**Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis Imunisasi				
	BCGG	POLIO	DPT 3	HB 3	CAMPAK
<b>Umur (bulan)</b>					
12 – 23	83,0	69,3	64,4	60,3	80,7
24 – 35	81,6	67,1	61,6	57,0	82,1
36 – 47	82,7	67,3	61,9	57,2	81,1
48 – 59	80,0	67,1	63,0	56,2	81,1
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	81,0	66,5	58,9	55,6	77,2
Perempuan	80,8	65,6	64,7	58,3	77,4
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	82,1	77,4	65,5	63,9	70,6
Perdesaan	80,0	61,6	59,8	53,4	79,8
<b>Pendidikan KK</b>					
Tidak sekolah	64,0	54,2	45,5	43,5	59,1
Tidak tamat SD	61,8	49,1	44,6	43,4	61,8
Tamat SD	83,3	65,6	66,0	60,0	77,8
Tamat SMP	83,7	71,1	68,3	53,7	82,6
Tamat SMA	93,0	76,1	70,1	67,6	90,1
Tamat PT	92,9	71,4	71,4	42,9	85,7
<b>Pekerjaan KK</b>					
Tidak bekerja	70,0	77,8	50,0	50,0	63,6
Ibu rumah tangga	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PNS/POLRI/TNI	100,0	84,0	75,0	70,8	100,0
Wiraswasta	86,5	68,8	69,1	57,7	85,5
Petani/nelayan/buruh	74,0	58,9	54,3	50,0	69,5
Lainnya	100,0	66,7	66,7	100,0	85,7
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>					
Kuintil-1	75,4	57,1	55,2	51,5	94,2
Kuintil-2	89,4	69,3	62,5	56,7	93,2
Kuintil-3	70,9	55,4	55,1	60,0	90,5
Kuintil-4	88,0	74,0	65,2	73,9	94,9
Kuintil-5	84,6	76,9	73,7	68,2	100,0

Tabel 4.2.1.2 menunjukkan cakupan tiap jenis imunisasi menurut karakteristik anak, orangtua dan daerah. Tidak terdapat perbedaan cakupan tiap jenis imunisasi menurut jenis kelamin, tetapi terdapat perbedaan menurut daerah. Cakupan untuk tiap jenis imunisasi selalu lebih tinggi antara 2,1 – 15,8% di daerah perkotaan dibandingkan di daerah perdesaan, kecuali cakupan imunisasi campak lebih tinggi di perdesaan.

Tabel 4.2.1.2 juga menunjukkan adanya hubungan positif antara tingkat pendidikan, tingkat pengeluaran per kapita dengan cakupan tiap jenis imunisasi. Makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga atau makin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan, semakin tinggi cakupan tiap jenis imunisasi. Perbedaan cakupan imunisasi anak menurut pendidikan antara kepala keluarga yang tidak sekolah dan kepala keluarga dengan pendidikan perguruan tinggi antara 0,6– 28,9%. Perbedaan cakupan imunisasi anak tingkat pengeluaran per kapita terendah (kuintil 1) dan tertinggi (kuintil 5) antara 5,8 – 19,8%.

Cakupan imunisasi menurut jenis pekerjaan terlihat bahwa untuk tiap jenis imunisasi, cakupan terendah pada kepala keluarga yang tidak bekerja

**Tabel 4.2.1.3**  
**Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Imunisasi lengkap		
	Lengkap	Tidak	Tidak sama
Sambas	55,7	37,7	6,6
Bengkayang	54,2	20,8	25,0
Landak	30,0	69,0	1,0
Pontianak	20,2	52,6	27,2
Sanggau	70,7	16,0	13,3
Ketapang	9,2	67,3	23,5
Sintang	59,2	39,2	1,7
Kapuas Hulu	28,3	49,1	22,6
Sekadau	40,0	56,0	4,0
Melawi	41,2	44,1	14,7
Kota Pontianak	50,8	37,5	11,7
Kota Singkawang	60,0	34,5	5,5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>43,9</b>	<b>41,0</b>	<b>15,1</b>

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 Kalimantan Barat untuk lengkap 43,9%, tidak lengkap 41,0% dan tidak sama sekali 15,1%.

Cakupan imunisasi lengkap yaitu semua jenis imunisasi yang sudah didapatkan anak umur 12-59 bulan dapat dilihat pada Tabel 4.2.1.3. Terlihat bahwa secara keseluruhan cakupan imunisasi lengkap sebesar 43,9%. Terdapat variasi yang lebar antar kabupaten/kota, cakupan imunisasi lengkap terendah di Kabupaten Ketapang (9,2%) dan tertinggi di Kota Singkawang (60,0%).

Selain perbedaan yang lebar untuk cakupan imunisasi lengkap antar kabupaten/kota, masih terdapat 13,9% anak 12-59 bulan yang tidak mendapatkan imunisasi sama sekali.

Persentase tertinggi anak yang tidak mendapat imunisasi sama sekali adalah di Kabupaten Pontianak (27,2%) dan terendah di Kabupaten Landak (1,0%).

**Tabel 4.2.1.4**  
**Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskedas 2007**

Karakteristik	Status Imunisasi		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak sama
<b>Umur (bulan)</b>			
12 – 23	42,7	43,1	14,2
24 – 35	41,6	44,6	13,8
36 – 47	40,8	46,6	12,7
48 – 59	40,2	44,5	15,3
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	44,4	44,1	11,5
Perempuan	48,9	38,8	12,3
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	52,8	35,4	11,8
Perdesaan	44,2	43,9	11,9
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	26,5	39,2	34,3
Tidak tamat SD	34,9	43,3	21,8
Tamat SD	41,0	46,8	12,3
Tamat SMP	46,6	46,1	7,3
Tamat SMA	45,6	49,0	5,4
Tamat PT	56,3	39,6	4,2
<b>Pekerjaan KK</b>			
<b>Tidak bekerja</b>			
Ibu rumah tangga	28,9	51,1	20,0
PNS/POLRI/TNI	54,5	36,4	9,1
PNS/POLRI/TNI	58,1	40,7	1,2
Wiraswasta	45,4	46,9	7,6
Petani/nelayan/buruh	45,4	45,4	16,8
Lainnya	37,8	38,7	22,6
<b>Tingkat pengeluaran Rumah tangga per kapita</b>			
Kuintil-1	38,7	45,9	13,8
Kuintil-2	40,4	44,3	9,9
Kuintil-3	45,8	38,7	21,5
Kuintil-4	39,8	38,0	7,6
Kuintil-5	54,4	37,9	4,5

**Catatan :**

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

Tabel 4.2.1.4 menunjukkan cakupan imunisasi lengkap menurut karakteristik anak, keluarga dan daerah. Cakupan imunisasi lengkap di perkotaan lebih tinggi (52,8%) dibanding di perdesaan (44,2%), namun masih terdapat hampir dua belas persen anak 12-59 bulan di perkotaan maupun perdesaan yang belum diimunisasi sama sekali.



Terdapat hubungan positif antara tingkat pendidikan kepala keluarga atau tingkat pengeluaran per kapita dengan cakupan imunisasi lengkap. Makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga makin tinggi cakupan imunisasi lengkap, demikian juga makin tinggi pengeluaran per kapita, makin tinggi cakupan imunisasi lengkap. Tingkat cakupan imunisasi lengkap dengan kepala keluarga berpendidikan terendah 26,5% dan pendidikan tertinggi sebesar 56,3 persen. Tingkat cakupan imunisasi lengkap pada kuintil terendah 40,4 persen dan kuintil tertinggi 57,6 persen. Menurut pekerjaan kepala keluarga, cakupan imunisasi lengkap terdapat pada kepala keluarga sebagai pegawai negeri/TNI/POLRI (58,1%) dan terendah pada kelompok anak yang orangtuanya tidak bekerja (28,9%).

Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan orang tua, semakin sedikit anak yang tidak di imunisasi sama sekali. Demikian juga menurut tingkat pengeluaran per kapita, menunjukkan kecenderungan yang sama.

Persentase anak yang tidak mendapat imunisasi sama sekali terbanyak pada kelompok anak yang orangtuanya tidak sekolah, dan kuintil menengah

## 4.2.2 Pemantauan Pertumbuhan Balita

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

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

Pada Tabel 4.2.2.1 terlihat bahwa secara keseluruhan dalam enam bulan terakhir balita yang ditimbang secara rutin (4 kali atau lebih), ditimbang 1-3 kali dan yang tidak pernah ditimbang berturut-turut 30,7%, 33,4%, dan 35,9%. Cakupan penimbangan rutin bervariasi menurut kabupaten/kota dengan cakupan terendah di Kabupaten Pontianak (15,7%) dan tertinggi di Kabupaten Sambas (41,7%).

**Tabel 4.2.2.1**  
**Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Frekuensi Penimbangan		
	$\geq 4$ Kali	1-3 Kali	Tidak pernah
Sambas	41,7	36,0	22,3
Bengkayang	34,9	32,6	32,6
Landak	26,7	52,4	21,0
Pontianak	15,7	33,6	50,7
Sanggau	40,7	23,1	36,3
Ketapang	20,8	35,6	43,6
Sintang	33,6	28,8	37,6
Kapuas Hulu	34,7	14,3	51,0
Sekadau	41,5	24,4	34,1
Melawi	40,6	15,6	43,8
Kota Pontianak	26,6	38,7	34,7
Kota Singkawang	31,6	36,8	31,6
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>30,7</b>	<b>33,4</b>	<b>35,9</b>

**Tabel 4.2.2.2**  
**Persentase Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir**  
**dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesmas 2007**

Karakteristik	Frekuensi Ppenimbangan		
	≥ 4 kali	1-3 kali	Tdk pernah
<b>Kelompok Umur (bulan)</b>			
6 – 11	51,6	33,1	15,3
12 – 23	37,9	36,7	25,4
24 – 35	29,4	34,9	35,7
36 – 47	27,4	26,6	46,0
48 – 59	17,2	27,2	55,6
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-laki	40,0	20,0	40,0
Perempuan	37,8	36,1	26,1
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	26,2	37,9	35,9
Perdesaan	20,6	55,9	23,5
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	17,9	29,3	52,8
Tidak tamat SD	31,3	29,7	39,0
Tamat SD	31,1	35,6	33,3
Tamat SMP	32,7	34,1	33,2
Tamat SLTA	32,9	34,9	32,1
Tamat PT	24,0	50,0	26,0
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	25,5	27,5	47,1
Ibu rumah tangga	45,5	36,4	18,2
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	35,7	36,7	27,6
Wiraswasta/ Peg, swasta	27,5	39,6	32,8
Petani/ Buruh/ Nelayan	30,7	31,7	37,6
Lainnya	26,3	34,2	39,5
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>			
Kuintil-1	24,8	24,4	45,8
Kuintil-2	33,9	31,3	31,8
Kuintil-3	25,8	33,8	35,3
Kuintil-4	27,2	34,9	34,0
Kuintil-5	29,5	35,3	28,9

Pada Tabel 4.2.2.2 terlihat bahwa penimbangan rutin ( $\geq 4$  kali) lebih tinggi di daerah perdesaan (31,8%) dibandingkan di daerah perkotaan (26,2%). Ada kecenderungan penurunan cakupan penimbangan pada anak umur yang lebih besar, tertinggi pada anak umur 6-11 bulan (51,6%) dan pada umur 48-59 bulan menjadi 17,2%.

Cakupan penimbangan anak umur 12-59 bulan rendah pada anak yang orangtuanya tidak sekolah, tidak bekerja dan yang memiliki tingkat pengeluaran rumah tangga yang rendah (kuintil-1).

Pada tabel 4.2.2.3 terlihat bahwa posyandu secara keseluruhan merupakan tempat yang paling banyak dikunjungi untuk penimbangan balita yaitu sebesar 75,3%. Posyandu sebagai sarana penimbangan balita paling banyak terdapat di Kabupaten Sintang (96,2%) dan terendah di Kota Pontianak (42,2%). Tempat penimbangan selain posyandu yang cukup tinggi antara lain Puskesmas seperti yang terdapat di Kota Pontianak (27,7%), Kabupaten Pontianak (20,0%) dan Sekadau (19,4%).

**Tabel 4.2.2.3**  
**Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat Penimbangan Anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Sambas	2,5	8,0	1,8	84,0	3,7
Bengkayang	3,3	10,0	6,7	75,0	5,0
Landak	0,0	14,3	1,2	83,3	1,2
Pontianak	5,5	20,0	3,6	66,4	4,5
Sanggau	3,5	8,8	3,5	73,7	10,5
Ketapang	1,7	13,3	5,0	73,3	6,7
Sintang	0,0	2,5	0,0	96,2	1,3
Kapuas Hulu	7,1	7,1	3,6	78,6	3,6
Sekadau	3,2	19,4	3,2	71,0	3,2
Melawi	0,0	16,7	5,6	72,2	5,6
Kota Pontianak	4,8	27,7	6,0	42,2	19,3
Kota Singkawang	5,0	7,5	2,5	77,5	7,5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>2,9</b>	<b>12,9</b>	<b>3,2</b>	<b>75,3</b>	<b>5,7</b>

**Tabel 4.2.2.4**  
**Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan**  
**Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tempat Penimbangan Anak			
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu
<b>Kelompok Umur (bulan)</b>				
0 - 5 Bulan	7,3	12,2	3,7	56,1
6 – 11 Bulan	3,7	12,7	6,7	70,9
12 – 23 Bulan	3,7	11,7	3,2	77,0
24 – 35 Bulan	1,2	12,5	2,4	81,6
36 – 47 Bulan	3,0	12,0	2,3	81,2
48 – 59 Bulan	0,0	18,5	0,9	75,0
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	2,1	11,3	2,8	78,4
Perempuan	3,6	14,8	3,6	71,9
<b>Tipe Daerah</b>				
Perkotaan	5,3	19,5	3,2	56,8
Perdesaan	2,1	11,0	3,2	80,9
<b>Pendidikan KK</b>				
Tidak Sekolah	1,7	10,2	1,7	79,7
Tidak amat SD	1,9	9,3	3,7	82,6
Tamat SD	2,0	10,3	3,4	81,9
Tamat SMP	2,8	13,3	2,8	76,2
Tamat SLTA	4,6	15,6	1,7	67,6
Tamat PT	5,3	28,9	5,3	44,7
<b>Pekerjaan KK</b>				
Tidak bekerja	7,1	17,9	0,0	64,3
Ibu rumah tangga	11,1	22,2	0,0	66,7
PNS/POLRI/TNI	7,1	20,0	0,0	61,4
Wiraswasta	4,3	13,6	3,3	70,7
Petani/ buruh/ nelayan	1,3	11,0	3,0	81,2
Lainnya	0,0	13,0	4,3	73,9
<b>Tingkat pengeluaran</b>				
<b>Rumah tangga per kapita</b>				
Kuintil-1	1,7	13,0	3,4	78,5
Kuintil-2	1,1	13,0	3,3	78,8
Kuintil-3	2,4	9,6	3,6	78,3
Kuintil-4	2,8	14,7	2,8	74,8
Kuintil-5	6,6	14,6	2,9	64,2

Tabel 4.2.2.4 menunjukkan tempat penimbangan balita menurut karakteristik anak, rumah tangga, dan tipe daerah. Pada tabel tersebut terlihat bahwa untuk setiap jenis tempat penimbangan balita tidak ada pola kecenderungan baik menurut umur maupun jenis kelamin.

Menurut tipe daerah persentase penimbangan balita di RS dan Puskesmas lebih banyak di perkotaan dari pada di perdesaan. Namun sebaliknya persentase penimbangan di posyandu lebih banyak di perdesaan dibandingkan perkotaan.

Ada hubungan positif antara tingkat pendidikan kepala keluarga atau tingkat pengeluaran per kapita dengan persentase penimbangan balita di RS dan puskesmas. Sedangkan penimbangan tertinggi di posyandu adalah balita dengan orangtuanya berpendidikan tidak tamat SD dan Tamat SD. Persentase penimbangan di posyandu pada balita dengan kepala keluarga yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh lebih tinggi dari pada kepala keluarga dengan jenis pekerjaan yang lain.

Tabel 4.2.2.5 menunjukkan kepemilikan KMS menurut kabupaten/kota di mana secara keseluruhan hanya 16,8% balita yang mempunyai KMS dan dapat menunjukkan, sedangkan 37,6% mengatakan punya KMS tetapi tidak dapat menunjukkan. Sisanya sebesar 45,6% tidak mempunyai KMS. Kepemilikan KMS dan dapat menunjukkan bervariasi menurut provinsi, terendah di Kabupaten Kapuas Hulu (7,4%) dan tertinggi di Sanggau (30,0%).

**Tabel 4.2.2.5**  
**Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten / Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kepemilikan KMS*		
	Punya Dapat Menunjukkan	Punya Tidak Dapat Menunjukkan	Tidak Punya
Sambas	24,3	28,3	47,4
Bengkayang	22,3	36,9	40,8
Landak	12,8	47,4	39,8
Pontianak	8,7	29,0	62,2
Sanggau	30,0	30,0	40,0
Ketapang	14,2	39,2	46,6
Sintang	12,8	48,7	38,5
Kapuas hulu	7,4	52,9	39,7
Sekadau	17,7	59,7	22,6
Melawi	21,1	34,2	44,7
Kota Pontianak	19,3	34,8	46,0
Kota Singkawang	22,1	41,2	36,8
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>16,8</b>	<b>37,6</b>	<b>45,6</b>

**Catatan :**

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

Ditinjau dari karakteristik anak, rumah tangga dan tipe daerah, seperti terlihat pada Tabel 4.2.2.6, menurut jenis kelamin persentase kepemilikan KMS menunjukkan hampir tidak ada perbedaan. Menurut kelompok umur persentase kepemilikan KMS cenderung menurun pada anak umur lebih besar.

Menurut tipe daerah, di perkotaan persentase kepemilikan KMS (18,4%) lebih tinggi dibandingkan daerah perdesaan (16,3%). Sedangkan menurut karakteristik rumah tangga terlihat bahwa ada kecenderungan semakin tinggi pendidikan keluarga semakin tinggi persentase kepemilikan KMS, demikian pula dengan tingkat pengeluaran keluarga dan kepemilikan KMS. Tidak ada perbedaan kepemilikan KMS menurut pekerjaan kepala keluarga.

**Tabel 4.2.2.6**  
**Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	Punya dapat Menunjukkan	Punya tidak dapat Menunjukkan	Tidak Punya
<b>Umur (bulan)</b>			
0 – 5 Bulan	30,4	14,8	54,8
12 – 23 Bulan	22,7	33,7	43,7
24 – 35 Bulan	17,1	38,2	44,7
36 – 47 Bulan	11,4	45,2	43,4
48 – 59 Bulan	5,5	47,1	47,4
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-laki	16,4	38,6	45,0
Perempuan	17,3	36,3	46,4
<b>Tipe Daerah</b>			
Perkotaan	18,4	34,3	47,3
Perdesaan	16,3	38,6	45,1
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak Sekolah	20,5	35,4	44,2
Tidak tamat SD	21,5	35,4	43,1
Tamat SD	24,1	39,3	36,6
Tamat SMP	24,6	44,3	31,1
Tamat SLTA	26,1	46,8	27,1
Tamat PT	28,7	49,2	22,1
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak Bekerja	26,6	38,8	34,6
Ibu rumah tangga	30,9	36,2	32,9
PNS/POLRI/TN	26,4	49,5	24,1
Wiraswasta	26,6	44,8	28,5
Petani/buruh/nelayan	21,9	39,3	38,7
Lainnya	25,6	38,4	35,9
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>			
Kuintil-1	13,5	30,7	55,9
Kuintil-2	17,4	37,1	45,4
Kuintil-3	19,5	35,6	44,9
Kuintil-4	14,6	46,3	39,2
Kuintil-5	20,2	42,5	37,3

**Tabel 4.2.2.7**  
**Persentase Kepemilikan Buku KIA pada Balita Menurut Kabupaten/Kota,**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kepemilikan Buku KIA*		
	Punya Dapat Menunjukkan	Punya Tidak Dapat Menunjukkan	Tidak Punya
Sambas	32,0	33,8	34,2
Bengkayang	10,0	26,0	64,0
Landak	9,8	54,5	35,6
Pontianak	9,6	31,2	59,2
Sanggau	20,2	12,1	67,7
Ketapang	4,8	24,5	70,7
Sintang	11,0	60,6	28,4
Kapuas Hulu	11,8	27,9	60,3
Sekadau	4,8	32,3	62,9
Melawi	15,8	21,1	63,2
Kota Pontianak	23,0	29,2	47,8
Kota Singkawang	20,3	33,3	46,4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>15,3</b>	<b>33,8</b>	<b>50,9</b>

**Catatan :**

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

Pada Tabel 4.2.2.7 menunjukkan kepemilikan Buku KIA (15,3%) secara keseluruhan lebih rendah dari kepemilikan KMS (16,8%). Kepemilikan buku KIA tersebut bervariasi antar kabupaten/kota dengan cakupan terendah di Kabupaten Sekadau (4,8%) dan Ketapang (4,8%), dan tertinggi di Sambas (30,0%).

Pada Tabel 4.2.2.8 kepemilikan Buku KIA dirinci menurut karakteristik anak, rumah tangga dan tipe daerah. Cakupan Buku KIA semakin rendah pada anak umur lebih besar, dan tidak ada perbedaan yang berarti menurut jenis kelamin. Persentase kepemilikan Buku KIA di perkotaan lebih tinggi dibanding perdesaan, dan kepemilikan Buku KIA semakin tinggi sejalan dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.



**Tabel 4.2.2.8**  
**Persentase Kepemilikan Buku KIA pada Balita Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kepemilikan Buku KIA*		
	Punya Dapat Menunjukkan	Punya Tidak Dapat Menunjukkan	Tidak Punya
<b>Umur (bulan)</b>			
0 - 5 Bulan	22,5	15,7	60,5
12 – 23 Bulan	21,2	33,0	45,8
24 – 35 Bulan	13,1	36,8	50,2
36 – 47 Bulan	12,7	35,1	52,2
48 – 59 Bulan	5,5	41,9	52,6
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-Laki	14,3	34,9	50,7
Perempuan	16,5	32,8	50,7
<b>Tipe Daerah</b>			
Perkotaan	20,1	28,5	51,4
Perdesaan	13,8	35,7	50,5
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	15,0	15,7	69,3
Tidak Tamat SD	12,8	27,4	59,9
Tama SDt	11,6	36,5	51,9
Tamat SMP	16,0	40,1	44,0
Tamat SLTA	21,0	40,3	38,7
Tamat PT	16,7	42,4	40,9
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak Bekerja	10,9	25,0	64,1
Ibu Rumahtangga	21,4	14,3	64,3
PNS/POLRI/TNI	29,7	31,4	39,0
Wiraswasta	16,7	39,2	44,2
Petani/buruh/nelayan	12,7	34,0	53,3
Lainnya	18,6	23,3	64,1
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>			
Kuintil-1	9,8	34,2	56,0
Kuintil-2	15,2	31,2	53,6
Kuintil-3	15,1	29,8	55,0
Kuintil-4	17,7	38,1	44,2
Kuintil-5	22,6	37,6	39,8

### 4.2.3 Distribusi Kapsul Vitamin A

Kapsul vitamin A diberikan setahun dua kali pada bulan Februari dan Agustus, sejak anak berusia enam bulan. Kapsul merah (dosis 100.000 IU) diberikan untuk bayi umur 6 – 11 bulan dan kapsul biru (dosis 200.000 IU) untuk anak umur 12 – 59 bulan.

**Tabel 4.2.3.1**  
**Persentase Anak Umur 6 – 59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Menerima Kapsul Vitamin A</b>
Sambas	85,3
Bengkayang	67,0
Landak	91,9
Pontianak	52,5
Sanggau	82,8
Ketapang	58,8
Sintang	89,5
Kapuas Hulu	69,4
Sekadau	82,1
Melawi	68,6
Kota Pontianak	61,7
Kota Singkawang	80,6
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>73,0</b>

Secara keseluruhan cakupan distribusi kapsul vitamin A untuk anak umur 6 - 59 bulan sebesar 73,0% seperti terlihat dalam Tabel 4.2.3.1 Cakupan tersebut bervariasi antar kabupaten/kota dengan cakupan terendah di Kabupaten Ketapang (58,8%) dan tertinggi di Landak (91,9%).

Tabel 4.2.3.2 menunjukkan perbedaan cakupan distribusi kapsul vitamin A menurut karakteristik anak, rumah tangga dan tipe daerah. Cakupan pemberian kapsul vitamin A menurut umur terdapat variasi, tetapi tidak tampak adanya pola kecenderungan. Sedangkan menurut jenis kelamin anak tidak nampak adanya perbedaan. Cakupan lebih tinggi terdapat di perkotaan (74,4%) dibandingkan dengan di perdesaan (69,7%).

Bila dilihat menurut pendidikan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita, terlihat adanya hubungan positif dengan cakupan kapsul vitamin A. Makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga atau makin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi cakupan pemberian kapsul vitamin A.

**Tabel 4.2.3.2**  
**Persentase Anak Umur 6 – 59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A**  
**Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Menerima Kapsul Vitamin A</b>
<b>Umur (bulan)</b>	
6 – 11	76,8
12 – 23	77,6
24 – 35	77,0
36 – 47	69,0
48 – 59	65,3
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-Laki	73,5
Perempuan	72,1
<b>Tipe Daerah</b>	
Perkotaan	67,9
Perdesaan	74,4
<b>Pendidikan KK</b>	
Tidak sekolah	56,3
Tidak tamat SD	70,6
Tamat sD	74,4
Tamat SMP	78,3
Tamat SLTA	74,3
Tamat PT	81,0
<b>Pekerjaan KK</b>	
Tidak bekerja	65,5
Ibu rumahtangga	84,6
PNS/POLRI/TNI	75,0
Wiraswasta	75,4
Petani/ buruh/ nelayan	72,7
Lainnya	54,1
<b>Tingkat pengeluaran Rumah Tangga per Kapita</b>	
Kuintil-1	64,7
Kuintil-2	72,2
Kuintil-3	73,0
Kuintil-4	78,3
Kuintil-5	81,1

#### 4.2.4 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

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

**Tabel 4.2.4.1**  
**Persentase Ibu Menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Sambas	18,2	68,2	13,7
Bengkayang	9,1	86,4	4,7
Landak	5,9	88,2	5,9
Pontianak	5,6	80,6	13,9
Sanggau	11,8	64,7	23,5
Ketapang	15,0	65,0	20,0
Sintang	0,1	92,3	7,7
Kapuas Hulu	9,1	63,6	27,3
Sekadau	11,1	66,7	22,2
Melawi	33,3	66,7	0,0
Kota Pontianak	8,6	74,3	17,1
Kota Singkawang	11,1	55,6	33,3
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>10,1</b>	<b>75,2</b>	<b>14,7</b>

Tabel 4.2.4.1 memperlihatkan persepsi ibu tentang ukuran bayi saat dilahirkan, walaupun berat badan bayi lahir tidak diketahui. Secara keseluruhan terdapat 10,1% ibu yang mempunyai persepsi bahwa bayi yang dilahirkan berukuran kecil, 75,2% mempunyai persepsi ukuran bayi normal dan 14,7% mempunyai persepsi ukuran bayinya besar. Persentase ukuran bayi kecil bervariasi antar kabupaten/kota, terendah di Kabupaten Sintang (0,1%) dan tertinggi di Kabupaten Melawi (33,3%).

**Tabel 4.2.4.2**  
**Persentase Ibu menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan**  
**Karakteristik, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	6,1	78,6	15,3
Perempuan	13,6	72,0	14,4
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	5,9	73,5	20,6
Perdesaan	11,6	75,7	12,7
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	14,9	68,0	17,2
Tidak tamat SD	14,0	67,7	18,3
Tamat SD	13,2	69,5	17,4
Tamat SMP	11,8	69,0	19,3
Tamat SLtA	11,6	68,5	19,9
Tamat PT	8,0	71,4	20,6
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	13,9	69,9	16,2
Ibu rumah tangga	10,7	70,7	18,6
PNS/POLRI/TNI	9,8	67,4	22,8
Wiraswasta	11,8	69,2	19,1
Petani/ buruh/ nelayan	13,3	69,1	17,6
Lainnya	13,0	61,9	25,1
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>			
Kuintil-1	14,8	74,1	11,1
Kuintil-2	10,0	74,0	16,0
Kuintil-3	5,8	78,9	15,4
Kuintil-4	11,4	68,2	20,5
Kuintil-5	8,5	78,7	12,8

Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu dapat dilihat pada Tabel 4.2.4.2 Pada tabel tersebut terlihat bahwa lebih banyak persentase ibu yang mempunyai bayi perempuan menyatakan, bahwa ukuran bayinya kecil (13,6%) dibandingkan persentase ibu yang mempunyai bayi laki-laki berukuran (16,1%). Sedangkan menurut tipe daerah, lebih banyak ibu di perdesaan (11,6%) yang mempunyai persepsi bayi yang dilahirkan berukuran kecil dibanding di perkotaan (5,9%).

Persentase persepsi ibu tentang ukuran bayinya dikaitkan dengan pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita tidak tampak adanya pola kecenderungan. Namun bila persepsi ibu tentang ukuran bayinya dikaitkan dengan tingkat pendidikan kepala keluarga, nampak ada kecenderungan hubungan negatif persepsi yaitu semakin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga, semakin kecil persentase ibu yang menyatakan ukuran bayi yang dilahirkan kecil.

**Tabel 4.2.4.3**  
**Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Periksa Hamil</b>
Sambas	86,4
Bengkayang	68,2
Landak	76,5
Pontianak	77,8
Sanggau	68,8
Ketapang	73,7
Sintang	85,2
Kapuas Hulu	63,6
Sekadau	75,0
Melawi	75,0
Kota Pontianak	88,6
Kota Singkawang	90,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>80,2</b>

Untuk mendapatkan informasi tentang riwayat pemeriksaan kehamilan ibu untuk bayi yang lahir dalam 12 bulan terakhir, ibu ditanya tentang jenis pemeriksaan kehamilan apa saja yang pernah diterima. Diidentifikasi ada 8 jenis pemeriksaan kehamilan yaitu : a. pengukuran tinggi badan, b. pemeriksaan tekanan darah, c. pemeriksaa tinggi fundus (perut), d. pemberian tablet Fe, e. pemberian imunisasi TT, f. penimbangan berat badan, g. Pemeriksaan hemoglobin, dan h. pemeriksaan urine.

Riwayat pemeriksaan kehamilan pada ibu yang mempunyai bayi terdapat pada Tabel 4.2.4.3 yang memperlihatkan secara keseluruhan 80,2% ibu memeriksakan kehamilan. Cakupan pemeriksaan kehamilan terendah di Kabupaten Kapuas hulu (63,6%) dan tertinggi di Kota Singkawang (90,0%) dan Pontianak (88,6%).

**Tabel 4.2.4.4**  
**Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat**

<b>Karakteristik</b>	<b>Periksa Hamil</b>
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	91,3
Perdesaan	75,6
<b>Pendidikan KK</b>	
Tidak sekolah	85,5
Tidak tamat SD	85,5
Tamat SD	88,1
Tamat SMP	87,7
Tamat SLTA	91,6
Tamat PT	94,9
<b>Pekerjaan KK</b>	
Tidak bekerja	90,3
Ibu rumahtangga	87,6
PNS/POLRI/TNI	93,3
Wiraswasta	93,5
Petani/buruh/nelayan	84,3
Lainnya	89,7
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>	
Kuintil-1	68,5
Kuintil-2	70,0
Kuintil-3	84,9
Kuintil-4	81,8
Kuintil-5	97,8

Menurut karakteristik rumah tangga dan tipe daerah (Tabel 4.2.4.4), tampak bahwa cakupan pemeriksaan kehamilan lebih tinggi di perkotaan (91,3%) dibanding di perdesaan (75,6%). Cakupan periksa kehamilan tertinggi terdapat pada kelompok keluarga dengan pekerjaan kepala keluarga sebagai pegawai negeri (92,9%) dan wiraswasta. Sedang yang terendah pada kelompok keluarga petani/nelayan/ buruh (84,3%).

Terdapat kecenderungan hubungan positif antara cakupan pemeriksaan ibu hamil dengan tingkat pendidikan kepala keluarga dan pengeluaran per kapita. Semakin tinggi pendidikan kepala keluarga atau semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, semakin tinggi pula cakupan pemeriksaan kehamilan.

**Tabel 4.2.4.5**  
**Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan**  
**Menurut Kabupaten / Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Sambas	57,9	97,4	94,7	60,5	92,0	97,4	5,4	27,0
Bengkayang	64,3	100,0	92,9	92,9	92,9	100,0	28,6	21,4
Landak	38,5	92,3	100,0	76,9	78,6	92,3	9,1	27,3
Pontianak	44,8	100,0	96,3	92,9	92,9	89,3	42,3	44,0
Sanggau	58,3	100,0	100,0	91,7	91,7	100,0	0,0	33,3
Ketapang	28,6	100,0	84,6	92,3	83,3	93,3	23,1	38,5
Sintang	69,6	100,0	100,0	95,7	95,7	100,0	17,4	26,1
Kap, hulu	33,3	100,0	100,0	83,3	85,7	83,3	14,3	0,0
Sekadau	33,3	100,0	100,0	71,4	83,3	85,7	16,7	50,0
Melawi	33,3	66,7	100,0	66,7	100,0	66,7	0,0	0,0
Kota Pontianak	83,9	100,0	100,0	96,8	77,4	100,0	25,8	32,3
Kota Singkawang	77,8	100,0	88,9	88,9	87,5	88,9	33,3	33,3
<b>Kalimantan</b>	<b>57,8</b>	<b>98,1</b>	<b>95,8</b>	<b>85,5</b>	<b>88,7</b>	<b>95,2</b>	<b>19,2</b>	<b>30,5</b>

**Jenis pelayanan kesehatan:**

a = pengukuran tinggi badan

b = pemeriksaan tekanan darah

c = pemeriksaan tinggi fundus (perut)

d = pemberian tablet Fe

e = pemberian imunisasi TT

f = penimbangan berat badan

g = pemeriksaan hemoglobin

h = pemeriksaan urine

Tabel 4.2.4.5 menunjukkan delapan jenis pemeriksaan yang dilakukan pada ibu hamil. Secara keseluruhan pemeriksaan yang paling sering dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan tekanan darah (98,1%), pemeriksaan tinggi fundus (95,8%) dan penimbangan berat badan ibu (95,2%). Sedangkan jenis pemeriksaan kehamilan yang jarang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan hemoglobin (19,2%) dan pemeriksaan urine (30,5%). Variasi tiap jenis pemeriksaan menurut kabupaten/kota dapat dilihat lebih lanjut di Tabel 4.2.4.5.



**Tabel 4.2.4.6**  
**Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan**  
**Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	69,35	100,0	98,41	90,32	82,26	100,0	23,7	30,5
Perdesaan	53,33	97,78	94,70	83,46	90,98	3,39	16,5	29,4
<b>Pendidikan KK</b>								
Tidak Sekolah	55,0	98,0	91,1	94,2	84,8	94,3	27,6	38,2
Tidak tamat SD	53,1	96,3	84,8	91,0	82,0	93,3	24,8	33,3
Tamat SD	61,1	97,4	86,6	92,1	87,3	96,0	29,3	37,9
Tamat SMP	58,6	97,3	88,4	91,8	87,4	96,5	33,6	36,9
Tamat SLTA	61,3	98,6	89,7	93,1	88,4	97,5	39,1	43,9
Tamat PT	68,0	98,5	89,6	95,0	87,0	97,1	49,2	52,8
<b>Pekerjaan KK</b>								
Tidak bekerja	62,8	95,3	84,0	90,4	87,5	95,3	32,2	43,0
Ibu rumah tangga	59,4	100,0	90,9	93,9	85,1	98,1	36,8	40,6
PNS/POLRI/TNI	66,8	98,2	91,0	94,3	89,3	98,2	46,5	50,4
Wiraswasta	60,4	98,1	87,9	92,5	86,4	97,0	36,2	41,3
Petani/buruh/nelayan	57,4	97,3	87,8	92,4	86,4	94,6	27,6	35,4
Lainnya	57,1	96,7	85,1	89,7	85,8	98,0	37,2	46,2
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>								
Kuintil-1	59,5	97,3	97,2	83,8	83,7	86,8	16,1	20,0
Kuintil-2	55,9	100,0	97,0	82,1	94,3	100,0	9,4	25,0
Kuintil-3	68,9	100,0	95,5	91,1	90,7	95,5	20,5	40,9
Kuintil-4	50,0	97,2	97,1	85,3	85,7	94,4	17,6	23,5
Kuintil-5	56,5	97,8	93,3	84,4	86,7	97,8	27,3	34,9

**Jenis pelayanan kesehatan:**

- |                                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| a = pengukuran tinggi badan           | e = pemberian imunisasi TT  |
| b = pemeriksaan tekanan darah         | f = penimbangan berat badan |
| c = pemeriksaan tinggi fundus (perut) | g = pemeriksaan hemoglobin  |
| d = pemberian tablet Fe               | h = pemeriksaan urine       |

Jenis pemeriksaan menurut tipe daerah dan rumah tangga dapat dilihat pada Tabel 4.2.4.6. Secara umum terlihat dalam tabel tersebut bahwa cakupan tiap jenis pemeriksaan kehamilan lebih tinggi di perkotaan dibanding di perdesaan, kecuali untuk imunisasi TT lebih tinggi di perdesaan dari pada perkotaan. Terdapat kecenderungan hubungan positif antara pendidikan kepala keluarga dan tiap jenis pemeriksaan kehamilan terutama pada pemeriksaan hemoglobin dan urine. Tidak terdapat pola kecenderungan cakupan untuk tiap jenis pemeriksaan kehamilan dengan tingkat pendidikan dan pengeluaran kepala keluarga

**Tabel 4.2.4.7**  
**Persentase Ibu Mempunyai Bayi yang Memeriksa Kehamilan Menurut Banyak Jenis Pemeriksaan yang Diterima dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Kehamilan		
	1-2 Jenis	3-5 Jenis	6-8 Jenis
Sambas	2,7	51,4	45,9
Bengkayang	0,0	33,3	66,7
Landak	9,1	54,5	36,4
Pontianak	0,0	29,2	70,8
Sanggau	0,0	36,4	63,6
Ketapang	8,3	50,0	41,7
Sintang	0,0	26,1	73,9
Kapuas Hulu	0,0	66,7	33,3
Sekadau	0,0	50,0	50,0
Melawi	50,0	0,0	50,0
Kota Pontianak	0,0	14,3	85,7
Kota Singkawang	0,0	25,0	75,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>2,3</b>	<b>35,9</b>	<b>61,8</b>

Semakin banyak jenis pemeriksaan kehamilan yang diterima ibu hamil semakin lengkap pemeriksaan kehamilan yang diterima (Tabel 4.2.4.7). Secara keseluruhan 61,8% ibu yang menerima 6-8 jenis pemeriksaan selama kehamilan, 35,9% ibu menerima 3 – 5 jenis pemeriksaan kehamilan, dan hanya 2,3% yang hanya menerima 1-2 jenis pemeriksaan selama kehamilan. Ibu yang mendapat pemeriksaan kehamilan relatif lengkap (6 - 8 jenis) persentase terendah terdapat di Kabupaten Kapuas Hulu (33,3%) dan tertinggi di Kota Pontianak (85,7%).

**Tabel 4.2.4.8**  
**Persentase Ibu Mempunyai Bayi yang Memeriksa Kehamilan Menurut Banyak Jenis Pemeriksaan yang Diterima dan Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pemeriksaan Kehamilan		
	1-2 Jenis	3-5 Jenis	6-8 Jenis
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	0,0	27,6	72,4
Perdesaan	3,3	39,8	56,2
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	9,1	54,5	36,4
Tidak tamat SD	5,6	30,6	63,9
Tamat SD	0,0	36,8	63,2
Tamat SMP	3,4	31,0	65,5
Tamat SMA	2,2	37,0	60,9
Tamat PT	0,0	28,6	71,4
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	0,0	28,6	71,4
Ibu rumah tangga	0,0	0,0	100,0
PNS/POLRI/TNI	0,0	36,0	64,0
Wiraswasta	2,0	30,6	67,3
Petani/buruh/nelayan	3,6	38,1	58,3
Lainnya	16,7	33,3	50,0
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>			
Kuintil-1	3,4	37,9	58,6
Kuintil-2	3,0	30,0	66,7
Kuintil-3	0,0	30,2	69,8
Kuintil-4	3,1	50,0	46,7
Kuintil-5	2,3	32,6	65,1

Tabel 4.2.4.8 menunjukkan kelengkapan pemeriksaan kehamilan menurut karakteristik daerah dan rumah tangga. Persentase pemeriksaan kehamilan yang lebih lengkap lebih banyak di perkotaan (72,4%) dibanding dengan di perdesaan (56,2%). Kelengkapan pemeriksaan kehamilan cenderung tinggi pada keluarga dengan pendidikan yang lebih tinggi. Tidak terlihat pola kelengkapan pemeriksaan kehamilan dengan pekerjaan keluarga. Namun semakin tinggi tingkat pengeluaran RT per kapita semakin besar persentase ibu yang mendapatkan pemeriksaan kehamilan lebih lengkap

**Tabel 4.2.4.9**  
**Persentase Ibu Mempunyai Bayi yang Memeriksa Kehamilan Menurut Banyak Jenis Pemeriksaan yang Diterima dan Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Neonatus	
	Umur 0-7 Hari	Umur 8-28 Hari
Sambas	56,8	15,9
Bengkayang	42,9	9,5
Landak	58,8	37,5
Pontianak	57,1	17,6
Sanggau	62,5	26,7
Ketapang	47,4	10,5
Sintang	40,7	40,7
Kapuas Hulu	40,0	22,2
Sekadau	37,5	25,0
Melawi	75,0	8,0
Kota Pontianak	36,4	15,2
Kota Singkawang	66,7	10,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>50,1</b>	<b>19,8</b>

Pemeriksaan neonatus dalam Riskesdas ditanyakan pada ibu yang mempunyai bayi. Dalam Tabel 4.2.4.9 terlihat bahwa secara keseluruhan 50,1% neonatus umur 0-7 hari dan 19,8% neonatus umur 8-28 hari mendapatkan pemeriksaan dari tenaga kesehatan. Pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari terendah di Kota Pontianak (36,4%) dan tertinggi di Kabupaten Melawi (75,0%). Untuk neonatus umur 8-28 hari cakupan pemeriksaan kesehatan terendah di Kabupaten Melawi (8,0%) dan tertinggi di Kabupaten Sintang (40,7%).

**Tabel 4.2.4.10**  
**Persentase Ibu Mempunyai Bayi yang Memeriksa Kehamilan Menurut Banyak Jenis Pemeriksaan yang Diterima dan Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pemeriksaan Neonatus	
	Umur 0-7 Hari	Umur 8-28 Hari
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	46,2	16,9
Perdesaan	52,0	21,3
<b>Pendidikan KK</b>		
Tidak sekolah	43,5	17,4
Tidak tamat SD	40,0	14,8
Tamat SD	47,1	17,3
Tamat SMP	63,9	33,3
Tamat SMA	48,1	20,0
Tamat PT	78,6	23,1
<b>Pekerjaan KK</b>		
Tidak bekerja	58,3	25,0
Ibu rumahtangga	33,3	33,3
PNS/POLRI/TNI	63,0	26,9
Wiraswasta	55,4	19,6
Petani/buruh/nelayan	44,4	20,0
Lainnya	50,0	12,5
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>		
Kuintil-1	47,1	11,5
Kuintil-2	36,7	14,6
Kuintil-3	54,7	27,5
Kuintil-4	52,4	23,3
Kuintil-5	60,9	22,2

Tabel 2.3.10 memberi gambaran tentang pemeriksaan neonatus menurut karakteristik bayi, tipe daerah dan rumah tangga. Terlihat bahwa persentase cakupan baik pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari dan 8-28 hari di perdesaan lebih tinggi dibanding di perkotaan. Terdapat persentase pemeriksaan neonates yang lebih tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih tinggi, demikian pula pada menurut tingkat pengeluaran keluarga per kapita. Semakin tinggi tingkat pendidikan kepala rumah tangga maupun pengeluaran per kapita, semakin tinggi persentase cakupan pemeriksaan kesehatan pada neonatus.

### 4.3. Penyakit Menular

#### 4.3.1 Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria

**Tabel 4.3.1.1**  
**Prevalensi Malaria, Filariasis dan DBD Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Malaria			Filariasis		DBD	
	D	D/G	O	D	D/G	D	D/G
Sambas	1,4	1,6	75,0	0,03	0,03	0,03	0,15
Bengkayang	2,5	5,4	50,0	0,07	0,07	0,07	0,06
Landak	4,6	8,9	55,8	0,19	0,19	0,14	1,12
Pontianak	0,2	0,6	65,4	0,00	0,00	0,09	0,15
Sanggau	0,7	1,5	46,2	0,00	0,04	0,08	0,08
Ketapang	4,6	7,2	60,3	0,00	0,00	0,04	0,07
Sintang	2,7	4,3	50,0	0,04	0,04	0,25	0,25
Kapuas Hulu	3,1	4,9	35,8	0,07	0,21	0,14	0,14
Sekadau	1,4	3,9	35,6	0,09	0,17	0,26	1,29
Melawi	2,0	5,4	45,0	0,09	0,09	0,09	0,63
Kota Pontianak	0,3	0,7	60,0	0,00	0,00	0,44	0,99
Kota Singkawang	1,0	1,3	66,7	0,00	0,00	0,35	0,43
<b>Kalimantan barat</b>	<b>1,8</b>	<b>3,2</b>	<b>53,7</b>	<b>0,04</b>	<b>0,05</b>	<b>0,16</b>	<b>0,43</b>

D = Persentase diagnosis petugas menderita penyakit yang dimaksud oleh tenaga kesehatan dan gejala.

DG = Belum didiagnosis/dijaring oleh tenaga kesehatan, pernah menderita gejala penyakit yang dimaksud.

Sampai saat ini, malaria, demam berdarah dengue (DBD) dan filariasis merupakan penyakit tular vektor yang menjadi prioritas dalam program pengendalian penyakit menular, baik di Indonesia maupun di dunia. Filariasis merupakan penyakit kronis yang tidak menimbulkan kematian, tetapi menyebabkan kecacatan, antara lain: kaki gajah dan pembesaran kantong buah zakar (scrotum). Dalam 12 bulan terakhir, di Provinsi Kalimantan Barat filariasis klinis terdeteksi di 8 kabupaten (rentang prevalensi 0,03%-0,19%). Terdeteksi di 5 kabupaten prevalensinya lebih tinggi dari prevalensi filariasis di Provinsi Kalimantan Barat secara keseluruhan.

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, DBD klinis dapat dideteksi di semua Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat (rentang prevalensi 0,06 – 1,29%) Di 4 kabupaten/kota prevalensi DBD terdeteksi di atas prevalensi Provinsi. 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.

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi Kalimantan Barat dijumpai sebesar 3,2%, dengan rentang 0,6 – 8,9%. Penyakit ini dapat bersifat akut dan kronis (kambuhan). Di Provinsi Kalimantan Barat secara umum malaria masih merupakan masalah kesehatan utama. Di samping itu, beberapa daerah di Provinsi Kalimantan Barat masih merupakan daerah reseptif terhadap malaria, yang artinya di daerah tersebut masih memungkinkan terjadi penularan karena terdapat vektor potensial malaria. Prevalensi malaria relatif tinggi ditemui di Kabupaten Landak, Ketapang, Bengkayang dan Melawi.

Dalam Riskesdas ini, juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria klinis dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Tampak bahwa di 4 Kabupaten dengan prevalensi malaria relatif tinggi di atas prevalensi nasional, persentase orang yang minum obat program masih berkisar 45 -60%. Kemungkinan hal ini disebabkan penderita malaria klinis hanya mendapatkan pengobatan simtomatik saja. Cakupan pengobatan malaria masih jauh dari target program pengendalian malaria.

**Tabel 4.3.1.2**  
**Prevalensi Malaria, Filaria dan DBD Menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Malaria			Flariasis		DBD	
	D	D/G	O	D	D/G	D	D/G
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
<1	0,9	1,5	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0
1 - 4	1,5	2,5	47,3	0,0	0,09	0,4	0,5
5 - 14	1,7	3,0	56,3	0,05	0,05	0,3	0,5
15 - 24	1,6	2,8	52,8	0,02	0,04	0,1	0,4
25 - 34	2,2	3,7	58,9	0,04	0,04	0,0	0,3
35 - 44	1,9	3,5	48,9	0,05	0,10	0,1	0,3
45 - 54	2,3	3,9	58,0	0,03	0,03	0,1	0,5
55 - 64	1,7	3,7	56,1	0,13	0,13	0,1	0,8
65 - 74	1,8	3,4	39,3	0,13	0,13	0,3	0,9
>75	1,7	3,3	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	2,1	3,7	58,2	0,04	0,05	0,1	0,4
Perempuan	1,5	2,8	47,9	0,04	0,07	0,2	0,4
<b>Pendidikan</b>							
Tidak Sekolah	2	4,4	58,2	0,1	0,1	0,1	0,4
Tidak Tamat SD	2,1	3,8	47,9	0,04	0,07	0,2	0,4
Tamat SD	2,2	3,7	58,2	0,03	0,05	0,1	0,4
Tamat SLTP	1,7	3	47,9	0,06	0,06	0,2	0,4
Tamat SLTA	1,3	2,4	58,2	0,0	0,03	0,1	0,4
Perguruan Tinggi	1,4	2,3	47,9	0,0	0,0	0,2	0,4
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	1,2	2,4	50,9	0,09	0,13	0,2	0,5
Sekolah	1,5	2,7	53,8	0,05	0,05	0,1	0,4
Ibu RT	1,9	3	51	0,0	0,0	0,0	0,2
Pegawai	1,9	2,8	64,8	0,05	0,05	0,1	0,7
Wiraswasta	1,3	2,5	65,1	0,11	0,11	0,1	0,4
Petani/nelayan/buruh	2,4	4,5	51,6	0,03	0,05	0,1	0,4
Lainnya	1,9	4,1	65,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	1,2	1,9	68,3	0,03	0,03	0,3	0,6
Perdesaan	2	3,8	50,9	0,05	0,07	0,1	0,4
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>							
Kuintil -1	1,7	3,2	52,1	0,02	0,08	0,2	0,5
Kuintil -2	1,4	3,1	47	0,04	0,06	0,1	0,5
Kuintil -3	2,1	3,3	62,1	0,02	0,02	0,1	0,4
Kuintil -4	1,7	3,1	51,8	0,07	0,07	0,1	0,3
Kuintil -5	2,2	3,6	55,8	0,07	0,07	0,2	0,5



Karakteristik responden yang menderita penyakit tular vektor di atas berbeda-beda. Dalam Riskesdas 2007 ini, DBD dan filariasis dijumpai tersebar di berbagai kelompok umur, kecuali bayi dan kelompok umur diatas 75 tahun. Penyakit malaria, ditemui tersebar di berbagai kelompok umur, mulai meningkat pada usia produktif.

Tidak ada perbedaan mencolok berdasarkan jenis kelamin penderita filariasis dan DBD, kecuali malaria lebih banyak dijumpai pada laki-laki. Sangat menarik untuk melihat bahwa tidak ada perbedaan yang berarti prevalensi DBD berdasarkan tingkat pendidikan dan status ekonomi, namun banyak ditemui pada pegawai dan di perkotaan dari pada di perdesaan. Ada kemungkinan hal ini disebabkan karena tingkat kesadaran dan pengetahuan masyarakat yang masih kurang dalam mengenal dan mencari pengobatan.

Tampaknya tingkat pendidikan dan pekerjaan berpengaruh terhadap prevalensi malaria. Malaria banyak dijumpai pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah, terbanyak pada kelompok yang tidak sekolah dan bekerja sebagai petani/nelayan/buruh, dan di perdesaan lebih banyak dari pada perkotaan. Keadaan ini mungkin karena Kalimantan Barat masih merupakan daerah reseptif terhadap malaria, dan tingkat kesadaran dan pengetahuan masyarakat yang masih kurang dalam mengenal dan mencari pengobatan. Juga masih banyaknya daerah yang sulit dijangkau. Namun tidak ada perbedaan yang berarti prevalensi malaria berdasarkan tingkat status ekonomi.

#### 4.3.2 Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TBC), Campak

**Tabel 4.3.2.1**  
**Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	ISPA		Pneumonia		TBC		Campak	
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D	D/G
Sambas	6,1	12,4	0,1	0,3	0,4	0,5	0,1	0,2
Bengkayang	4,6	25,5	0,4	1,6	0,5	0,7	0,4	0,7
Landak	12,1	24,0	1,3	2,0	0,3	0,7	0,5	0,7
Pontianak	3,7	8,6	0,1	0,3	0,3	0,6	0,9	0,9
Sanggau	2,3	21,9	0,1	0,7	0,3	1,1	0,4	0,5
Ketapang	1,8	9,8	0,5	1,7	0,0	1,2	0,5	0,9
Sintang	13,4	26,3	0,1	0,5	0,3	1,5	0,1	0,1
Kapuas Hulu	4,6	16,2	0,7	1,3	1,5	3,0	0,3	0,4
Sekadau	5,8	41,1	0,9	4,0	1,3	2,5	1,6	3,2
Melawi	7,3	15,4	0,0	0,5	1,2	1,6	0,8	1,2
Kota Pontianak	7,4	22,0	0,6	1,6	0,2	0,6	0,6	1,1
Kota Singkawang	3,2	14,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,3	0,4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>5,9</b>	<b>18,0</b>	<b>0,4</b>	<b>1,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,8</b>	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) tersebar di seluruh Provinsi Kalimantan Barat dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (8,6 – 41,1%). Angka prevalensi ISPA dalam sebulan terakhir di Provinsi Kalimantan Barat adalah 18,0%; prevalensi tertinggi di Kabupaten Sekadau (41,1%), hanya dua wilayah yang prevalensinya di bawah 10%, yaitu Kabupaten Pontianak dan Ketapang.

Kasus ISPA yang berlarut-larut akan menjadi Pnemonia. Secara umum, di Provinsi Jawa Timur rasio prevalensi Pnemonia sebulan terakhir adalah 6 dari prevalensi ISPA, yaitu 1,1% (rentang 0,3 – 4,0%). Prevalensi Pnemonia yang relatif tinggi dijumpai di Kabupaten Sekadau (4,0%). Tidak semua daerah dengan prevalensi ISPA tinggi juga mempunyai prevalensi Pnemonia tinggi, seperti di Kabupaten Sanggau dan Sintang (< 1,1%/ prevalensi Kalimantan Barat). 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 Pnemonia dapat dicegah. Menjadi catatan, di Kabupaten Ketapang yang prevalensi ISPA nya relatif rendah (6,8%), dijumpai prevalensi Pnemonia yang relatif tinggi, yaitu 1,7 % (1,5 kali prevalensi Provinsi Kalimantan Barat).

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit. Di provinsi ini TB terdeteksi dengan prevalensi 0,8%, tersebar di seluruh Kabupaten/Kota (rentang : 0,4% di Kota Singkawang - 3,0% di Kabupaten Kapuas Hulu).

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan termasuk dalam program imunisasi nasional. Di Provinsi Jawa Timur, dalam 12 bulan terakhir penyakit ini masih terdeteksi dengan prevalensi 0,8% (rentang 0,1 – 3,2% ). Di beberapa Kabupaten/Kota prevalensinya masih 1% atau lebih tinggi, yaitu di Kabupaten Sekadau, Melawi dan Kota Pontianak.

**Tabel 4.3.2.2**  
**Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak Menurut Karakteristik**  
**Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	ISPA		Pneumonia		TBC		Campak	
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D	D/G
<b>Kelompok umur (tahun)</b>								
<1	29,7	13,4	1,7	0,6	0,0	0,0	0,9	0,9
1 - 4	34,1	14,7	1,2	0,5	0,2	0,1	2,1	1,5
5 - 14	19,4	6,7	0,6	0,2	0,3	0,1	0,1	0,7
15 - 24	11,7	3,2	0,5	0,2	0,4	0,2	0,5	0,4
25 - 34	13,9	3,9	0,6	0,2	0,5	0,4	0,6	0,4
35 - 44	14,9	4,1	1,0	0,5	0,9	0,4	0,6	0,5
45 - 54	17,3	5,2	1,5	0,7	1,6	0,9	0,2	0,0
55 - 64	20,5	7,2	3,0	0,6	2,8	1,1	0,1	0,4
65 - 74	22,4	6,6	3,4	0,5	2,3	1,4	0,0	0,0
75+	25,6	8,1	5,3	0,6	6,4	4,2	0,0	0,0
<b>Jenis kelamin</b>								
Laki-laki	18,1	5,9	1,2	0,4	0,9	0,5	0,5	0,3
Perempuan	17,8	6,0	1,0	0,3	0,7	0,4	1,0	0,7
<b>Pendidikan</b>								
Tidak sekolah	22,0	6,1	3,2	0,6	3,2	1,8	0,4	0,2
Tidak tamat SD	16,5	5,2	1,1	0,4	1,0	0,5	0,5	0,4
Tamat SD	14,8	4,2	0,9	0,3	0,8	0,4	0,7	0,4
Tamat SMP	12,6	3,8	0,9	0,3	0,7	0,4	0,8	0,4
Tamat SMA	13,1	3,7	0,6	0,3	0,5	0,2	0,5	0,3
Tamat PT	14,2	4,5	0,6	0,3	0,1	0,1	0,3	0,3
<b>Pekerjaan</b>								
Tidak kerja	4,4	14,8	0,4	2,3	1,0	1,6	0,3	0,4
Sekolah	4,6	14,7	0,2	0,5	0,1	0,3	0,7	1,0
Ibu RT	4,8	15,2	0,4	1,0	0,4	0,6	0,5	0,9
Pegawai	4,9	14,9	0,5	1,5	0,3	0,8	0,2	0,4
Wiraswasta	5,0	15,9	0,7	1,1	0,3	0,6	0,3	0,7
Petani/nelayan/buruh	4,3	15,7	0,3	1,0	0,7	1,5	0,2	0,3
Lainnya	1,2	12,3	0,6	1,6	0,4	1,4	0,4	0,8
<b>Tipe Daerah</b>								
Perkotaan	19,4	5,7	1,2	0,5	1,1	0,7	0,6	0,3
Perdesaan	17,4	6,0	1,1	0,3	0,6	0,4	0,9	0,5
<b>Tingkat Pengeluaran/kapita</b>								
Kuintil-1	17,3	5,6	1,2	0,4	0,9	0,4	0,7	0,4
Kuintil-2	18,2	5,4	1,2	0,3	0,8	0,4	1,1	0,6
Kuintil-3	18,1	6,4	1,0	0,4	0,9	0,5	1,0	0,6
Kuintil-4	18,9	6,1	1,1	0,4	0,8	0,5	0,5	0,4
Kuintil-5	17,6	6,3	0,9	0,4	0,8	0,4	0,6	0,5

Memperhatikan karakteristik umur responden, tampak bahwa ISPA merupakan penyakit yang terutama diderita oleh bayi dan anak (seperempat hingga sepertiga dari jumlah responden bayi dan anak menderita ISPA dalam sebulan terakhir). Pola sebaran Pnemonia menurut kelompok umur hampir sama dengan pola sebaran ISPA. Namun prevalensi Pnemonia yang relatif tinggi pada bayi dan anak, juga tinggi pada kelompok usia produktif dan usia lanjut. Pada kelompok usia lanjut dapat disebabkan fungsi paru yang menurun. Untuk TB, tidak dijumpai pada bayi, dan tampak adanya kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia. Sedangkan untuk campak, sebarannya tidak ditemukan pada kelompok umur 45-54 tahun dan 65 tahun keatas. relatif merata di semua umur, dengan fokus usia 15 tahun ke bawah, termasuk bayi.

Jenis kelamin tidak banyak mempengaruhi prevalensi ISPA, Pnemonia dan TB, kecuali Campak ditemukan lebih banyak pada perempuan dari pada laki-laki. 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 Tipe Daerah, daerah perdesaan secara konsisten menunjukkan prevalensi penyakit yang relatif lebih tinggi dari daerah perkotaan. Demikian juga Rumah Tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita yang rendah cenderung mempunyai prevalensi penyakit ISPA, Pnemonia, TB dan Campak yang lebih tinggi. Jenis pekerjaan tidak berpengaruh terhadap kejadian ke empat penyakit ini

### 4.3.3 Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare

**Tabel. 4.3.3.1**  
**Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	O
Sambas	0,4	0,7	0,1	0,1	2,8	4,8	45,5
Bengkayang	0,4	1,3	0,1	0,7	3,7	11,0	50,7
Landak	4,5	6,5	0,1	0,7	8,5	13,6	64,5
Pontianak	0,5	0,5	0,1	0,1	1,9	2,9	39,8
Sanggau	0,6	0,8	0,0	0,1	0,9	2,7	18,8
Ketapang	0,7	0,8	0,0	0,1	1,5	3,7	61,2
Sintang	0,5	0,9	0,3	0,3	3,2	5,8	59,4
Kapuas Hulu	1,3	2,4	0,1	0,2	2,0	4,3	36,7
Sekadau	1,8	3,3	0,4	1,1	4,5	10,3	39,2
Melawi	0,3	0,5	0,3	0,5	2,7	5,0	29,1
Kota Pontianak	0,7	1,4	0,2	0,8	2,8	4,7	33,8
Kota Singkawang	0,6	0,9	0,2	0,3	1,6	2,9	45,5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>1,0</b>	<b>1,5</b>	<b>0,2</b>	<b>0,4</b>	<b>2,8</b>	<b>5,3</b>	<b>47,7</b>

Tifoid, hepatitis dan diare adalah penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui makanan dan minuman. Dalam 12 bulan terakhir, tifoid klinis dapat dideteksi di Provinsi Kalimantan Barat dengan prevalensi 1,5%, dan tersebar di seluruh kabupaten/kota dengan rentang 0,5– 6,5%. Prevalensi tifoid tertinggi dilaporkan dari Kabupaten Landak, Sekadau dan Kapuas Hulu. Demikian pula untuk hepatitis, penyakit ini tersebar di seluruh kabupaten/kota. Prevalensi hepatitis tertinggi ditemukan di Kabupaten Sekadau sebesar 1,1% dibandingkan dengan prevalensi Provinsi Kalimantan Barat yang hanya 0,4%.

Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Barat merata di seluruh kabupaten/kota. Prevalensi di provinsi ini sebesar 5,3%, tertinggi ditemukan di Kabupaten Landak (13,6%). Kabupaten Bengkayang dan Sekadau mempunyai prevalensi diare di atas 10%. Di antara wilayah-wilayah dengan prevalensi diare tinggi tersebut, hanya di Kabupaten Landak dan Bengkayang yang pemakaian oralitnya lebih dari 50%. Cukup menarik untuk melihat data di Kabupaten Ketapang, di mana prevalensi diarenya relatif rendah (3,7%) sedangkan penggunaan oralitnya cukup tinggi (61,2%).

**Tabel 4.3.3.2**  
**Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	O
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
<1	0,0	0,0	0,2	0,2	14,1	8,9	64,1
1 – 4	1,2	0,9	0,0	0,0	11,7	7,0	60,5
5 - 14	1,7	1,1	0,3	0,2	5,8	3,0	52,5
15 - 24	1,3	0,8	0,4	0,1	3,8	2,0	34,1
25 - 34	1,2	0,9	0,3	0,2	3,9	1,8	35,5
35 - 44	1,6	1,0	0,4	0,2	3,9	2,2	46,7
45 - 54	1,7	0,8	0,4	0,1	5,0	2,4	40,1
55 - 64	2,1	1,4	0,6	0,2	5,1	2,7	40,0
65 - 74	1,1	0,9	0,6	0,1	5,3	2,5	40,0
75+	1,7	0,8	0,3	0,0	5,5	3,6	75,0
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	1,5	1,0	0,4	0,2	5,6	3,0	47
Perempuan	1,4	0,9	0,3	0,1	5,1	2,7	48,5
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	1,5	0,9	0,4	0,1	5,8	2,4	30,8
Tidak tamat SD	1,5	0,9	0,3	0,2	4,7	2,6	46,7
Tamat SD	1,6	1,2	0,5	0,3	4,2	2,1	41,5
Tamat SMP	1,8	1,1	0,4	0,1	3,5	2,0	46,8
Tamat SMA	1,1	0,7	0,4	0,2	3,8	1,8	36,4
Tamat PT	1,8	1,4	0,3	0,0	4,2	2,1	30
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	0,7	1,0	0,2	0,6	2,5	4,4	43,0
Sekolah	1,4	1,9	0,2	0,3	2,2	4,6	43,9
Ibu RT	0,9	1,7	0,2	0,4	2,9	4,9	44,1
Pegawai	0,8	1,1	0,0	0,3	1,6	3,6	32,4
Wiraswasta	0,7	1,1	0,3	0,4	1,8	3,4	31,7
Petani/nelayan/buruh	1,0	1,5	0,2	0,4	2,0	4,3	41,7
Lainnya	1,9	2,5	0,0	0,6	2,5	4,1	35,0
<b>Tipe Daerah</b>							
Perkotaan	1,3	0,8	0,5	0,2	4,7	2,7	37,0
Perdesaan	1,6	1,0	0,3	0,2	5,6	2,9	51,1
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>							
Kuintil-1	1,7	1,0	0,4	0,1	5,8	2,6	42,2
Kuintil-2	1,5	0,8	0,3	0,2	6,2	3,1	48,9
Kuintil-3	1,4	0,9	0,5	0,3	5,4	3,1	54,6
Kuintil-4	1,4	1,0	0,4	0,1	4,6	2,5	48,3
Kuintil-5	1,4	1,0	0,4	0,2	4,9	3,0	43,8

Tifoid, tidak ditemukan pada kelompok umur dibawah 1 tahun, hepatitis tidak ditemukan pada kelompok umur 75 tahun keatas, sedangkan diare ditemukan pada semua kelompok umur. Tidak ada perbedaan yang berarti prevalensi tifoid yang ditemukan berdasarkan kelompok umur diatas 1 tahun, sedangkan diare terbanyak pada kelompok balita.

Jenis kelamin tidak mempengaruhi prevalensi ke tiga penyakit ini. Tifoid banyak ditemukan pada yang berpendidikan rendah dan pendidikan tinggi, sedangkan diare tinggi pada kelompok tidak sekolah dan tidak tamat SD mungkin dipengaruhi juga oleh kenyataan bahwa kelompok ini sebagian terdiri dari anak-anak.

Dilihat dari aspek pekerjaan, prevalensi tertinggi tifoid dijumpai pada kelompok 'lainnya' dan 'sekolah', konsisten dengan data pada kelompok umur. Prevalensi diare tertinggi diidentifikasi pada kelompok buruh/nelayan/petani (7,8%). Dari sudut Tipe Daerah, tifoid, hepatitis dan diare tidak terlihat perbedaan antara perkotaan dan perdesaan. Hal ini konsisten dengan temuan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tifoid, hepatitis dan diare tersebar di semua strata status ekonomi masyarakat.

## **4.4 Penyakit Tidak Menular**

### **4.4.1 Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan**

Data penyakit tidak menular (PTM) yang disajikan meliputi penyakit sendi, asma, stroke, jantung, DM, hipertensi, tumor/kanker, gangguan jiwa berat, buta warna, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis, rinitis, talasemia, dan hemofilia dianalisis berdasarkan jawaban responden "pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan" (notasi D pada tabel) atau "mempunyai gejala klinis PTM". Prevalensi PTM adalah gabungan kasus PTM yang pernah didiagnosis tenaga kesehatan dan kasus yang mempunyai riwayat gejala PTM (dinotasikan sebagai DG pada tabel). Cakupan atau jangkauan pelayanan tenaga kesehatan terhadap kasus PTM di masyarakat dihitung dari persentase setiap kasus PTM yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan dibagi dengan persentase masing-masing kasus PTM yang ditemukan, baik berdasarkan diagnosis maupun gejala (D dibagi DG).

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

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

Data hipertensi didapat dengan metode wawancara dan pengukuran. Hipertensi berdasarkan hasil pengukuran/pemeriksaan tekanan darah/tensi, ditetapkan menggunakan alat pengukur tensimeter digital. Tensimeter digital divalidasi dengan menggunakan standar baku pengukuran tekanan darah (sfigmomanometer air raksa manual). Pengukuran tensi dilakukan pada responden umur 15 tahun ke atas. Setiap responden diukur tensinya minimal 2 kali, jika hasil pengukuran kedua berbeda lebih dari 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ketiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dihitung reratanya sebagai hasil ukur tensi. Kriteria

hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg.

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

**Tabel 4.4.1.1**  
**Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke Menurut Kabupaten / Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Sambas	8,5	31,6	7,3	7,6	33,6	4,3	4,7
Bengkayang	16,9	41,9	6,9	7,1	24,6	7,2	10,8
Landak	19,7	47,0	9,3	9,3	26,3	1,5	2,9
Pontianak	14,5	22,4	7,0	7,2	32,7	2,3	3,6
Sanggau	8,7	25,6	6,9	7,3	23,7	4,6	4,6
Ketapang	13,6	27,6	8,2	8,7	31,1	0,6	1,1
Sintang	12,8	17,8	7,3	7,4	23,3	1,9	1,9
Kapuas Hulu	14,7	27,7	11,7	12,4	37,5	5,0	8,0
Sekadau	12,4	44,4	9,6	10,1	33,2	1,3	1,3
Melawi	16,0	37,1	7,7	7,8	35,0	6,5	6,5
Kota Pontianak	20,1	31,2	14,7	15,1	27,1	13,6	14,9
Kota Singkawang	11,4	31,3	6,4	7,4	35,9	3,9	3,9
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>14,2</b>	<b>30,0</b>	<b>8,1</b>	<b>8,4</b>	<b>29,8</b>	<b>4,6</b>	<b>5,5</b>

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes

O = Minum obat

U = Hasil Pengukuran

D/G = Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala



Tabel 4.4.1.1 menunjukkan 30,0 % penduduk Kalimantan Barat mengalami gangguan persendian, dan angka ini hampir sama dengan angka prevalensi nasional yaitu 30,3 %. Prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 14,2 dan angka ini juga hampir sama dengan angka nasional yaitu 14,0 %. Menurut kabupaten/kota, prevalensi penyakit persendian di Kalimantan Barat berkisar antara 17,8 % - 47,0% , tertinggi di Landak diikuti Sekadau dan Bengkayang. Sementara prevalensi penyakit persendian yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan berkisar antara 8,5 % – 20,1 % , dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kota Pontianak diikuti Landak.

Pada tabel di atas juga dapat dilihat bahwa prevalensi hipertensi di Kalimantan Barat berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 29,8 %. Angka ini sedikit lebih rendah dari angka nasional yaitu 31,7 % . Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan prevalensi hipertensi adalah 8,1 % , sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 8,4 % . Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah berkisar antara 23,3 % - 37,5 % , dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kapuas Hulu, diikuti Singkawang dan Melawi. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 7,1%-15,1 % , tertinggi di kota Pontianak. Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di Kalimantan Barat, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di Kalimantan Barat yang belum ditanggulangi dengan baik.

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di Kalimantan Barat adalah 5,5 % . Menurut kabupaten/kota prevalensi stroke berkisar antara 1,1 – 14,9 % dan Kota Pontianak mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya, baik berdasarkan diagnosis maupun gejala.

**Tabel 4.4.1.2**  
**Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke Menurut**  
**Karakteristik Responden Di Provinsi Kalimantan Barat, Riskedas 2007**

Karakteristik	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/G	U	D	D/G
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
18-24	1,9	5,1	0,4	0,4	10,9	0,0	0,0
25-34	7,9	17,7	2,4	2,5	18,8	0,5	0,7
35-44	15,0	33,9	7,9	8,1	29,4	3,1	3,1
45-54	23,6	49,2	14,2	14,8	40,4	3,5	4,2
55-64	31,0	61,4	21,3	22,1	52,6	21,6	26,2
65-74	39,0	70,6	26,5	27,1	63,5	25,5	31,9
75+	34,4	70,3	28,1	29,7	69,7	16,7	22,3
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	13,6	28,4	7,6	7,9	29,5	5,5	5,9
Perempuan	14,8	31,6	9,9	10,2	30,2	3,8	5,1
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	24,0	53,7	14,6	15,2	48,1	9,5	12,5
Tidak tamat SD	16,4	40,5	10,3	10,6	34,2	4,6	5,4
Tamat SD	13,7	29,2	8,1	8,5	28,5	4,9	6,2
Tamat SMP	10,0	19,0	6,3	6,4	23,3	3,1	3,4
Tamat SMA	10,7	19,3	6,2	6,6	22,7	3,5	3,8
Tamat PT	17,5	26,1	11,6	11,7	29,2	2,8	2,9
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	18,6	34,4	15,7	16,3	41,0	18,3	20,9
Sekolah	1,3	2,6	1,3	1,3	12,4		
Ibu RT	16,8	31,9	10,6	10,8	30,1	3,9	4,9
Pegawai	16,7	26,5	10,1	10,5	28,7	3,6	3,6
Wiraswasta	14,4	26,2	7,7	8,0	27,3	4,7	4,7
Petani/nelayan/buruh	13,4	34,2	6,4	6,7	28,9	1,8	2,7
Lainnya	14,7	30,5	13,6	13,8	30,9	15,0	17,2
<b>Tipe Daerah</b>							
Perkotaan	16,9	29	12,5	12,8	30,4	8,8	10,0
Perdesaan	13,1	30,4	7,3	7,6	29,6	3,0	3,8
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>							
Kuintil-1	12,6	29,1	7,6	7,7	28,4	4,4	5,1
Kuintil-2	13,6	31,1	7,7	8	28,4	4,3	5,2
Kuintil-3	14,7	31,3	8,2	8,8	29,9	6,0	5,1
Kuintil-4	13,9	30,4	9,4	9,7	29,9	4,4	5,2
Kuintil-5	16,2	29,5	10,7	11,1	32,9	4,1	6,8

Menurut karakteristik responden provinsi Kalimantan Barat dapat dilihat bahwa berdasarkan umur, prevalensi penyakit sendi, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur responden. Menurut jenis kelamin, prevalensi penyakit sendi lebih tinggi pada wanita baik berdasarkan diagnosis maupun gejala. Demikian juga prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah maupun berdasarkan diagnosis dan riwayat minum obat ditemukan lebih tinggi pada wanita. Sedangkan prevalensi stroke menurut jenis kelamin nampak tidak ada perbedaan yang berarti.

Pola prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah. Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi, hipertensi dan stroke pada yang tidak kerja ditemukan lebih tinggi dari jenis pekerjaan lainnya.

Penyakit sendi sedikit lebih tinggi pada penduduk perdesaan, hipertensi dan stroke di perkotaan. Berdasarkan status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita, prevalensi penyakit sendi di Kalimantan Barat hampir tidak ada perbedaan diantara kuintil. Untuk hipertensi dan stroke, prevalensi cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan ekonomi.

**Tabel 4.4.1.3**  
**Prevalensi Penyakit Asma\*, Jantung\*, Diabetes\* Dan Tumor\*\* Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Sambas	2,3	3,6	0,2	1,5	0,2	0,2	1,2
Bengkayang	2,4	6,1	0,5	3,4	0,4	0,4	3,0
Landak	3,1	5,7	0,7	6,1	0,3	0,5	0,5
Pontianak	2,0	2,7	0,5	3,4	0,4	0,4	1,3
Sanggau	0,8	1,9	0,2	3,7	0,4	0,5	0,8
Ketapang	3,1	5,0	0,3	3,5	0,6	0,8	2,2
Sintang	0,9	1,4	0,2	1,3	0,3	0,3	1,3
Kapuas Hulu	1,4	3,6	0,7	2,8	0,1	0,1	1,4
Sekadau	3,0	6,9	0,7	11,5	0,4	1,0	2,6
Melawi	1,3	2,0	0,4	3,3	0,6	0,6	2,7
Kota Pontianak	3,1	4,7	2,1	9,5	2,3	3,1	9,0
Kota Singkawang	1,6	3,3	0,4	4,0	0,4	0,5	1,7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>2,1</b>	<b>3,7</b>	<b>0,6</b>	<b>4,3</b>	<b>0,6</b>	<b>0,8</b>	<b>2,4</b>

**Catatan :**

D = Diagnosa oleh Nakes, D/G = Di diagnosis oleh nakes atau degan gejala.

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

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

Prevalensi penyakit asma di provinsi Kalimantan Barat sebesar 3,7% (kisaran: 1,4 % – 6,9 % ), tertinggi di Sekadau diikuti Bengkayang, Landak dan Ketapang serta terdapat di semua kabupaten/kota. Diagnosis oleh Nakes sebesar 2,1 %, jadi cakupan kasus asma oleh tenaga kesehatan (nakes) sebesar 56,7 %.

Prevalensi penyakit jantung 4,3 % (kisaran 1,3% – 11,5%), tertinggi di Sekadau diikuti kota Pontianak dan terdapat di semua kabupaten/kota.

Prevalensi penyakit diabetes sebesar 0,8 % (kisaran 0,1 %– 3,1% ), tertinggi di kota Pontianak dan terdapat di semua kabupaten/kota. Prevalensi DM berdasar diagnosis nakes sebesar 0,6% , jadi cakupan nakes sebesar 75 %.

Prevalensi penyakit tumor/kanker sebesar 2,4% (kisaran 0,5% – 9,0 %), tertinggi di kota Pontianak dan terdapat hampir di semua kabupaten/kota.

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

**Tabel 4.4.1.4**  
**Sebaran Penyakit Asma\*, Jantung\*, Diabetes\* Dan Tumor\*\* Berdasarkan**  
**Diagnosis Nakes atau Gejala menurut Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor(‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
<b>Kelompok umur (thn)</b>							
<1	0,4	1,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
1-4	2,1	2,7	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
5-14	1,5	2,4	0,2	0,7	0,0	0,0	0,5
15-24	1,2	2,1	0,2	1,8	0,0	0,2	1,6
25-34	1,8	3,1	0,3	3,4	0,3	0,4	3,6
35-44	2,1	3,6	0,5	5,8	0,8	1,0	1,6
45-54	2,8	5,2	1,4	9,4	2,0	2,5	5,9
55-64	4,9	9,3	2,5	14,6	3,1	3,4	8,9
65-74	6,0	11,2	3,7	15,0	1,8	2,4	1,3
75+	5,3	11,6	2,2	15,8	1,7	1,9	8,3
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	1,9	3,5	0,5	4,0	0,4	0,6	1,7
Perempuan	2,4	3,9	0,7	4,7	0,8	1,0	3,2
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	4,5	9	0,9	9,4	0,9	1,0	3,9
Tidak tamat SD	2,5	4,6	0,5	5,3	0,7	0,9	1,7
Tamat SD	2,0	3,8	0,6	4,9	0,5	0,8	2,4
Tamat SMP	1,4	2,5	0,7	3,9	0,6	0,7	2,8
Tamat SMA	1,8	2,6	1,1	4,9	1,0	1,4	5,6
Tamat PT	2,5	3,2	1,8	9,6	3,0	3,1	4,2
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	3,0	5,3	1,4	8,0	1,7	1,9	4,8
Sekolah	1,5	2,4	0,1	1,0		0	1,3
Ibu RT	2,6	4,3	1,1	7,3	1,4	1,9	7,5
Pegawai	2,1	3,3	1,7	7,8	1,9	2,2	4,1
Wiraswasta	2,6	4,1	1,1	7,3	1,1	1,4	1,1
Petani/nelayan/buruh	2,2	4,6	0,3	4,7	0,3	0,5	1,4
Lainnya	2,9	4,9	1,6	10,3	1,0	1,2	8,3
<b>Tipe Daerah</b>							
Perkotaan	2,5	3,7	1,4	6,7	1,6	2,0	5,7
Perdesaan	2,0	3,7	0,3	3,5	0,3	0,4	1,2
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>							
Kuintil-1	2,2	4,1	0,5	4,1	0,5	0,7	1,5
Kuintil-2	1,9	3,8	0,5	4,4	0,3	0,5	1,8
Kuintil-3	2,4	4,1	0,6	4,6	0,7	0,8	2,4
Kuintil-4	2,3	3,8	0,7	4,2	0,7	0,9	2,2
Kuintil-5	2,1	2,9	0,8	4,6	0,9	1,2	4,3

**Catatan :**

D = Diagnosa oleh Nakes, 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

Penyakit asma dan jantung terdapat di semua kelompok umur, semakin meningkat usia prevalensi semakin meningkat. Diabetes mulai terdapat pada usia 25 tahun keatas dan prevalensi meningkat sesuai dengan meningkatnya usia. Tumor mulai terdapat pada usia 15 tahun keatas, cenderung meningkat sesuai usia, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 55 - 64 tahun.

Prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes dan tumor cenderung pada perempuan lebih tinggi dari laki-laki.

Prevalensi penyakit asma tinggi pada yang tidak sekolah. Prevalensi penyakit jantung juga tinggi pada yang tidak sekolah dan tamat perguruan tinggi. Diabetes tinggi pada yang tamat perguruan tinggi. Prevalensi tumor/kanker tidak banyak berbeda antara tingkat pendidikan. 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.

Menurut pekerjaan prevalensi asma dan jantung tinggi pada kelompok yang tidak bekerja, diabetes tinggi pada pegawai, diikuti kelompok tidak bekerja dan ibu rumah tangga, prevalensi tumor tinggi pada ibu rumah tangga.

Prevalensi asma sama antara perkotaan dan perdesaan. Prevalensi jantung, diabetes dan tumor cenderung lebih tinggi di perkotaan dari perdesaan. Hal ini erat kaitannya dengan gaya hidup perkotaan yang kurang sehat seperti kurang gerak, makanan tinggi lemak dan garam.

Penyakit asma dan jantung prevalensinya hampir sama di semua kuintil, diabetes terbanyak di kuintil 3,4 dan 5, tumor terbanyak di kuintil 5.

**Tabel 4.4.1.5**  
**Prevalensi (‰) Penyakit Keturunan\* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rinitis, Talasemia, Hemofilia) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten /Kota	Jiwa	Buta Warna	Glaukoma	Sumbing	Dermatitis	Rinitis	Talasemia	Hemofilia
Sambas	1,5	0,3	0,3	0,3	12,6	1,2	0,0	0,0
Bengkayang	3,1	0,0	0,8	0,8	56,1	13,8	0,0	0,0
Landak	0,9	10,8	0,5	0,9	36,5	13,1	0,5	0,5
Pontianak	0,9	1,1	1,1	0,9	22,1	1,5	0,0	0,0
Sanggau	2,0	0,4	1,2	0,0	53,3	25,1	0,4	0,4
Ketapang	0,0	3,9	0,4	0,0	59,5	3,5	0,0	0,0
Sintang	0,0	1,3	0,8	0,0	6,3	1,7	0,0	0,4
Kapuas Hulu	2,9	5,8	1,4	0,0	9,4	0,7	0,0	0,0
Sekadau	4,5	4,5	0,9	0,9	34,9	7,2	0,0	0,0
Melawi	1,9	0,0	0,0	0,0	21,6	1,9	0,0	0,9
Kt. Pontianak	3,0	8,8	0,9	0,6	46,4	19,1	0,0	0,0
Kt. Singkawang	0,9	0,0	0,0	0,0	48,8	5,2	0,0	0,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>1,6</b>	<b>3,2</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>	<b>32,9</b>	<b>7,9</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>

**Catatan :**

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

Tabel 4.4.1.5 memperlihatkan prevalensi gangguan jiwa berat di provinsi Kalimantan Barat 1,6 % (kisaran 0,0 – 4,5 % ), lebih rendah dari angka nasional 4,6 %, tertinggi di Sekadau, terdapat hampir di semua kabupaten/kota, kecuali di Ketapang dan Sintang.

Prevalensi buta warna 3,1 % (kisaran 0,0-10,8 %), tertinggi di Landak, diikuti kota Pontianak dan Kapuas Hulu, tidak terdapat di Sambas, Bengkayang, Melawi dan Kota Singkawang.

Prevalensi glaukoma 0,7 %, bibir sumbing 0,4 %, talasemia 0,1 %. Prevalensi sangat kecil di semua kabupaten/kota.

Prevalensi rinitis 7,9 % (kisaran 0,7– 25,1 %), tertinggi di Sanggau, diikuti kota Pontianak dan Bengkayang.

Penyakit Hemofilia hampir tidak ditemui , kecuali di Melawi (0,9 %), Landak, Sanggau, dan Sintang.

Prevalensi dermatitis 32,9 % (6,3 – 59,5 %), tertinggi di Ketapang diikuti Bengkayang dan Sanggau, terdapat di semua kabupaten/kota.

#### **4.4.2 Gangguan Mental Emosional**

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

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

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

**Tabel 4.4.2.1**  
**Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun**  
**Keatas (Berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)\* Menurut**  
**Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional
Sambas	5,1
Bengkayang	5,2
Landak	8,3
Pontianak	5,8
Sanggau	12,9
Ketapang	7,5
Sintang	4,3
Kapuas Hulu	7,1
Sekadau	18,2
Melawi	12,2
Kota Pontianak	8,0
Kota Singkawang	5,8
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>7,8</b>

**Catatan**

\* Nilai Batas Pisah (Cut off Point)  $\geq 6$

Dari tabel di atas terlihat prevalensi Gangguan Mental Emosional di Kalimantan Barat sebesar 7,8%, lebih rendah dibandingkan prevalensi nasional (11,6%). Prevalensi tertinggi di Sekadau, diikuti Sanggau dan Melawi, terendah di kabupaten Sintang.



**Tabel 4.4.2.2**  
**Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun**  
**Keatas (Berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)\* Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Prevalensi Masalah Kesehatan Jiwa ( % )</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>	
15-24	4,6
25-34	5,4
35-44	7,3
45-54	8,7
55-64	13,1
65-74	19,4
75+	25,4
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki-laki	5,8
Perempuan	9,7
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	15,4
Tidak tamat SD	9,2
Tamat SD	7,7
Tamat SMP	5,5
Tamat SMA	4,9
Tamat PT	6,5
<b>Pekerjaan</b>	
Tidak kerja	13,4
Sekolah	4,7
Ibu RT	9,5
Pegawai	5,3
Wiraswasta	5,8
Petani / Nelayan / Buruh	7,1
Lainnya	8,4
<b>Tipe Daerah</b>	
Perkotaan	7,9
Perdesaan	7,7
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>	
Kuintil-1	7,8
Kuintil-2	7,9
Kuintil-3	8,2
Kuintil-4	7,6
Kuintil-5	7,4

Dari tabel di atas terlihat prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan pertambahan umur, tertinggi ditemukan pada kelompok usia > 75 tahun. Hal ini dimungkinkan oleh karena pada kelompok lanjut usia banyak mengalami masalah gangguan kesehatan fisik yang dapat mempengaruhi kesehatan mental emosional.

Kelompok wanita lebih banyak yang mengalami gangguan mental emosional dibandingkan laki-laki. Berdasarkan pendidikan, tampak bahwa kerentanan terhadap gangguan mental emosional dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin rendah tingkat pendidikan, semakin mudah seseorang mengalami gangguan mental emosional. Berdasarkan jenis pekerjaan, tampak bahwa tidak bekerja merupakan kelompok yang tertinggi mengalami gangguan mental emosional. Prevalensi hampir sama antara perkotaan dan perdesaan, juga diantara kelompok kuintil.

#### **4.4.3 Penyakit Mata**

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

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus pada responden berusia enam tahun ke atas. Prevalensi katarak dihitung berdasarkan jawaban responden berusia 30 tahun ke atas sesuai empat butir pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner individu. Notasi D pada tabel 4.4.3.3 dan 4.4.3.4 adalah Persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir, sedangkan DG adalah Persentase D ditambah Persentase responden yang mempunyai gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau), tetapi tidak pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Persentase riwayat operasi katarak didapatkan dari responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak dan pernah menjalani operasi katarak dalam 12 bulan terakhir.

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

**Tabel 4.4.3.1**  
**Persentase Penduduk Usia 6 Tahun Keatas Menurut *Low Vision*, Kebutaan**  
**(Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di**  
**Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b><i>Low Vision</i> *</b> <b>(%)</b>	<b>Kebutaan**</b> <b>(%)</b>
Sambas	5,4	0,6
Bengkayang	3,7	0,3
Landak	1,8	0,2
Pontianak	3	0,6
Sanggau	3,6	0,1
Ketapang	2,7	0,6
Sintang	2,4	0,1
Kapuas Hulu	8,7	1,7
Sekadau	7,8	0,8
Melawi	3,8	0,1
Kota Pontianak	3,6	1,1
Kota Singkawang	4,6	0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>3,9</b>	<b>0,5</b>

**Catatan:**

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

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

Tabel 4.4.3.1 menunjukkan Persentase low vision di Provinsi Kalbar 3,9 , lebih rendah dari angka nasional 4,8 . Persentase berkisar antara 1,8 (Landak) sampai 8,7 (Kapuas Hulu), sedangkan Persentase kebutaan berkisar 0 (Kota Singkawang) sampai 1,7 (Kapuas Hulu). Dibandingkan dengan Persentase low vision di tingkat provinsi, 4 dari 12 kabupaten yang ada masih memiliki Persentase lebih tinggi (Sambas, Kapuas Hulu, Sekadau, kota Singkawang). Persentase kebutaan tingkat provinsi sebesar 0.5, lebih rendah dari Persentase tingkat nasional (0,9) dan terdapat 5 kabupaten yang menunjukkan Persentase lebih tinggi dibanding Persentase tingkat provinsi (Sambas, Pontianak, Ketapang, Kapuas Hulu, Sekadau).

**Tabel 4.4.3.2**  
**Persentase Penduduk Umur 6 Tahun Keatas Menurut *Low Vision*,  
 Kebutaan (Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan  
 Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<i>Low Vision</i> *	Kebutaan**
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
6 – 14	0,1	0,1
15 – 24	0,3	0,0
25 – 34	0,7	0,1
35 – 44	2,5	0,3
45 – 54	6,9	0,4
55 – 64	16,7	1,7
65 – 74	26,3	4,4
75+	38,3	10,1
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	3,3	0,4
Perempuan	4,5	0,7
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	17,0	2,7
Tidak tamat SD	5,5	0,7
Tamat SD	2,9	0,3
Tamat SMP	1,7	0,2
Tamat SMA	1,5	0,3
Tamat PT	1,5	0,3
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	10,8	2,6
Sekolah	0,2	0,1
Mengurus RT	4,5	0,6
Pegawai (negeri, swasta, polri)	2,1	0,4
Wiraswasta	2,7	0,1
Petani/ nelayan/ buruh	5,4	0,3
Lainnya	4,7	1,4
<b>Tipe Daerah</b>		
Kota	3,4	0,6
Desa	4,0	0,5
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>		
Kuintil-1	3,5	0,6
Kuintil-2	3,7	0,5
Kuintil-3	4,0	0,4
Kuintil-4	3,8	0,7
Kuintil-5	4,3	0,4

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

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

Tabel 4.4.3.2 menunjukkan Persentase *low vision* makin meningkat sesuai pertambahan usia dan meningkat tajam pada kisaran usia 45 tahun keatas, sedangkan Persentase kebutaan meningkat tajam pada golongan usia 55 tahun keatas. Persentase *low vision* dan kebutaan pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki. .

Persentase *low vision* dan kebutaan pada penduduk berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi Persentasenya, Sementara itu Persentase terbesar juga berada pada kelompok penduduk yang tidak bekerja.

Persentase *low vision* sedikit lebih tinggi di daerah perdesaan, kebutaan lebih tinggi di perkotaan, tetapi terdistribusi hampir merata di semua tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.4.3.3**  
**Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas Dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>D* (%)</b>	<b>DG**(%)</b>
Sambas	1,2	11,6
Bengkayang	1,2	20,4
Landak	5,0	23,3
Pontianak	0,7	7,3
Sanggau	0,5	13,4
Ketapang	0,5	16,0
Sintang	0,6	9,8
Kapuas Hulu	1,5	15,1
Sekadau	0,4	32,5
Melawi	0,8	27,6
Kota Pontianak	4,6	12,6
Kota Singkawang	1,3	9,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>1,6</b>	<b>14,3</b>

\*) 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 4.4.3.3 memperlihatkan bahwa Persentase penduduk usia 30 tahun keatas yang pernah didiagnosis katarak sebesar 1,6 dengan kisaran 0,4 – 5,0 , terendah di Sekadau, tertinggi di Landak. Sedangkan Persentase penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) ditambah dengan yang pernah didiagnosis dalam 12 bulan terakhir di Provinsi Kalbar sebesar 14,3. Fakta ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh nakes di hampir semua kabupaten di wilayah Kalbar ( hanya 11 ).

**Tabel 4.4.3.4**  
**Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	D (%)	DG (%)
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
30 – 34	0,2	2,8
35 – 44	0,5	6,4
45 – 54	1,6	16,4
55 – 64	4,3	26,5
65 – 74	3,7	36,6
75+	7,2	46,9
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	1,6	13,1
Perempuan	1,6	15,6
<b>Lama Pendidikan</b>		
≤ 6 tahun	1,7	17,7
7-12 tahun	1,6	7,8
>12 tahun	1,8	9,4
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	6,5	33,1
Sekolah	0,0	0,0
Mengurus RT	1,1	12,6
Pegawai (Neg, Swasta, Polri)	1,9	8,2
Wiraswasta	1,5	9,7
Petani/ Nelayan/ Buruh	0,9	13,9
Lainnya	2,9	17
<b>Tipe Daerah</b>		
Kota	2,9	12,5
Desa	1,2	15
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>		
Kuintil-1	1,8	13,7
Kuintil-2	1,9	16,2
Kuintil-3	1,3	14,3
Kuintil-4	2	14,6
Kuintil-5	1,4	13,3

Tabel 4.4.3.4 menunjukkan bahwa Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan meningkat sesuai pertambahan usia, Persentase hampir sama antara laki-laki dan perempuan (1,6 %) dan lebih besar di daerah perkotaan (2,9 %). Persentase diagnosis katarak oleh nakes menurut latar belakang pendidikan hampir sama, namun berdasar diagnosis dan gejala katarak lebih banyak ditemukan pada yang pendidikan ≤ 6 tahun. Persentase diagnosis katarak oleh nakes juga tersebar merata pada 5 kuintil yang dikelompokkan berdasarkan pengeluaran per kapita per bulan dalam rumah tangga.

**Tabel 4.4.3.5**  
**Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas Dengan Katarak Yang Pernah**  
**Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi Menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Operasi Katarak (%)	Pakai kacamata Pasca Operasi (%)
Sambas	27,8	20,0
Bengkayang	16,7	0,0
Landak	2,5	0,0
Pontianak	26,7	100,0
Sanggau	0,0	0,0
Ketapang	20,0	100,0
Sintang	33,3	50,0
Kapuas Hulu	10,0	100,0
Sekadau	50,0	0,0
Melawi	25,0	100,0
Kota Pontianak	11,0	100,0
Kota Singkawang	33,3	100,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>14,1</b>	<b>70,4</b>

Tabel 4.4.3.5 menunjukkan Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 14,1 dengan kisaran terendah adalah di Sanggau (0,0 %) dan tertinggi adalah Sekadau (50,0%). Cakupan operasi masih sangat rendah.

Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di tingkat provinsi adalah sebesar 70,4 dengan kisaran terendah adalah di Bengkayang, Landak, Sanggau dan Sekadau (0%) dan tertinggi adalah kab. Pontianak, Ketapang, Kapuas Hulu, Melawi, Kota Pontianak dan Kota Singkawang (100%). Pemberian kacamata pasca operasi katarak bertujuan mengoptimalkan tajam penglihatan jarak jauh maupun jarak dekat, sehingga tidak semua penderita pasca operasi merasa memerlukan kacamata untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemungkinan lain adalah hasil operasi katarak yang cukup baik, sehingga visus pasca operasi mendekati normal dan hanya sedikit penderita yang memerlukan kacamata pasca operasi.

**Tabel 4.4.3.6**  
**Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Operasi Katarak	Pakai Kacamata Pasca Operasi
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
30 – 34	0,0	0,0
35 – 44	10,5	50,0
45 – 54	9,1	100,0
55 – 64	20,9	85,7
65 – 74	13,3	25,0
75+	11,5	50,0
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	10,5	80,0
Perempuan	17,7	64,7
<b>Pendidikan</b>		
≤ 6	15,9	65,0
7-12	8,9	100,0
>12	11,1	0,0
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	16,4	70,0
Sekolah	0,0	0,0
Mengurus RT	20,8	60,0
Pegawai (Neg, Swasta, Polri)	10,7	50,0
Wiraswasta	29,4	100,0
Petani/ Nelayan/ Buruh	6,3	50,0
Lainnya	0,0	0,0
<b>Tipe Daerah</b>		
Kota	18,3	82,4
Desa	9,3	55,6
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>		
Kuintil-1	0,0	0,0
Kuintil-2	19,5	75,0
Kuintil-3	13,8	100,0
Kuintil-4	12,8	100,0
Kuintil-5	21,6	33,3

Persentase operasi katarak cenderung lebih tinggi pada usia 55 – 64 tahun , perempuan lebih banyak dibanding laki-laki.

Persentase operasi katarak lebih besar pada kelompok penduduk dengan latar pendidikan ≤ 6 tahun, lebih besar pada kelompok wiraswasta, dan lebih besar di daerah perkotaan. Persentase operasi katarak tertinggi pada kuintil 5 ( tingkat pengeluaran perkapita perbulan yang paling tinggi).



Pakai kaca mata pasca operasi terbanyak pada kelompok usia 45 – 54 tahun, laki-laki lebih banyak dari perempuan, bekerja sebagai wiraswasta, diperkotaan lebih tinggi dan lebih banyak pada kuintil 3 dan 4.

#### 4.4.4 Kesehatan Gigi

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

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

Sehat/ Promotif	Rawan (protektif)	Laten/Deteksi dini dan terapi	Sakit/ kuratif	Cacat/ rehabilitatif
Prevalensi <i>caries free</i> 5th DMF-T 12 th DMF-T 15 th DMF-T 18 th	Insiden <i>Expected</i> Trend DMF-T	<i>dentally Fit</i> PTI RTI MI <i>CPITN</i>	keluhan <i>dentally fit</i> PTI RTI MI	20 gigi edentulous protesa

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

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

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

Tabel 4.4.4.1 menggambarkan prevalensi penduduk dengan masalah gigi-mulut dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi dalam 12 bulan terakhir menurut provinsi.

**Tabel 4.4.4.1**  
**Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Bermasalah Gigi – Mulut</b>	<b>Menerima Perawatan dari Tenaga Medis</b>	<b>Hilang Seluruh Gigi Asli</b>
Sambas	19,6	23,1	4,0
Bengkayang	30,8	17,5	1,9
Landak	32,5	33,2	0,3
Pontianak	12,3	35,8	1,8
Sanggau	17,2	16,8	1,1
Ketapang	23,1	31,2	2,0
Sintang	18,6	27,2	1,0
Kapuas Hulu	15,5	10,7	2,2
Sekadau	29,7	13,3	1,2
Melawi	16,1	29,2	1,2
Kota Pontianak	20,7	31,0	3,4
Kota Singkawang	13,3	33,1	3,1
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>20,1</b>	<b>26,5</b>	<b>2,1</b>

Prevalensi penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir adalah 20,1 % dan terdapat 2,1 % penduduk yang telah kehilangan seluruh gigi aslinya. Dari penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut terdapat 26,5% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi.

Lima kabupaten/kota dengan prevalensi masalah gigi-mulut tertinggi, yaitu Kabupaten Landak (32,5% ), Bengkayang (30,8 ), Sekadau (29,7% ), Ketapang (23,1% ), dan Kota Pontianak (20,7% ). Kabupaten/kota dengan prevalensi gigi-mulut terendah adalah Kabupaten Pontianak (12,3% ), Kapuas Hulu (15,5% ), Melawi (16,1% ), Sintang (18,6% ), dan Kota Singkawang (13,3% ).

Dari yang mengalami masalah gigi-mulut, kabupaten/kota dengan persentase yang menerima perawatan/pengobatan gigi dari tenaga kesehatan gigi tertinggi di Kabupaten Pontianak (35,8%) dan terendah di Kabupaten Kapuas Hulu (10,7%). Meskipun prevalensi penduduk yang mengalami hilang seluruh gigi asli terlihat relatif kecil 2,1% , namun terlihat tinggi di Kabupaten Sambas (4,0 ), Kota Pontianak (3,4 ) dan Singkawang (3,1% ).

Prevalensi masalah gigi-mulut bervariasi menurut karakteristik responden. Prevalensi masalah gigi-mulut dan kehilangan gigi asli menunjukkan kecenderungan menurut umur. Semakin tinggi umur, semakin meningkat prevalensi masalah gigi-mulut, tetapi mulai kelompok umur 55 tahun prevalensi masalah gigi-mulut menurun kembali. Pada kelompok umur 45-54 tahun sudah ditemukan 3,0% hilang seluruh gigi asli, dan pada kelompok umur 65 tahun keatas hilangnya seluruh gigi mencapai 26,0% , jauh di atas target WHO 2010. Sedangkan yang menerima perawatan/pengobatan gigi tidak menunjukkan pola yang jelas menurut umur.

Menurut jenis kelamin, prevalensi masalah gigi-mulut sedikit lebih tinggi pada laki-laki dari pada perempuan, sedangkan yang menerima perawatan/ pengobatan gigi sedikit lebih tinggi pada perempuan. Menurut tipe daerah, prevalensi masalah gigi dan mulut, penduduk yang mengalami kehilangan seluruh gigi asli dan menerima perawatan/pengobatan gigi di perdesaan lebih rendah dibandingkan dengan di perkotaan.

Prevalensi masalah gigi-mulut ini tidak menunjukkan hubungan dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, kecuali dalam hal perawatan/pengobatan gigi. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin besar persentase penduduk yang menerima perawatan/pengobatan gigi.

**Tabel 4.4.4.2**  
**Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Bermasalah Gigi-Mulut	Menerima Perawatan dari Tenaga Medis	Hilang Seluruh Gigi Asli
<b>Kelompok umur ( tahun)</b>			
< 1	0,9	50,0	0,0
1 - 4	5,4	18,8	0,0
5 - 9	15,1	26,3	0,0
10 - 14	15,8	24,3	0,0
15 - 24	0,9	22,9	0,0
25 - 34	23,2	27,9	0,0
35 - 44	26,0	28,9	0,8
45 - 54	28,8	29,8	3,0
55 - 64	25,6	25,9	9,4
65+	19,7	22,8	26,0
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	20,3	25,5	1,8
Perempuan	19,9	27,6	2,3
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	21,3	35,5	3,0
Perdesaan	19,7	22,9	1,7
<b>Tingkat pengeluaran Rumah tangga per kapita</b>			
Kuintil-1	18,6	20,7	1,5
Kuintil-2	19,5	23,8	2,2
Kuintil-3	21,3	24,4	2,4
Kuintil-4	19,6	29,3	2,3
Kuintil-5	22,2	33,3	2,1

Tabel 4.4.4.3 menggambarkan jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir menurut kabupaten/kota.

**Tabel 4.4.4.3**  
**Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut**  
**Jenis Perawatan pada Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambala/ pencabutan/ bedah gigi	Pemasangan gigi tiruan lepasan/ gigi tiruan cekat	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lain- nya
Sambas	77,6	71,4	8,8	6,8	0,0
Bengkayang	94,4	26,78	4,2	7,0	1,4
Landak	96,1	50,2	3,4	8,2	2,2
Pontianak	80,7	36,7	4,3	6,3	2,4
Sanggau	88,6	47,1	1,4	7,6	0,0
Ketapang	90,3	29,2	2,6	2,1	4,6
Sintang	95,9	20,7	0,8	40,2	3,3
Kapuas Hulu	85,6	25,0	13,0	25,0	0,0
Sekadau	79,1	48,8	9,1	11,6	2,3
Melawi	90,2	27,5	3,9	2,0	0,0
Kota Pontianak	78,9	54,0	2,9	11,5	1,3
Kota Singkawang	84,3	49,0	11,8	19,6	0,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>86,6</b>	<b>43,2</b>	<b>4,3</b>	<b>11,2</b>	<b>2,0</b>

Tabel di atas menunjukkan jenis perawatan yang paling banyak diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut, yaitu 'pengobatan' (86,6%), disusul 'penambalan/pencabutan/bedah gigi' (43,2%). Konseling perawatan/ kebersihan gigi dan pemasangan gigi tiruan lepasan atau gigi tiruan cekat relatif kecil, masing-masing sebesar 11,2% dan 4,3%.

Menurut kabupaten/kota, pengobatan paling tinggi di Kabupaten Landak (96,1%), dan terendah di Kabupaten Sambas (77,6%). Penambalan/pencabutan/bedah gigi tertinggi di Kabupaten Sambas (71,4%) dan terendah di Kabupaten Sintang (20,7%). Pemasangan gigi tiruan lepas/cekat terlihat tinggi di Kapuas Hulu (13,0%), dan Kota Singkawang (11,8%). Kesadaran untuk melakukan konseling relatif sedikit di semua provinsi (11,2%), sedangkan di Kabupaten Sintang (40,2%) relatif tinggi dibandingkan dengan kabupaten/kota lainnya.

Tabel 4.4.4.4 menjelaskan jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir menurut jenis perawatan/pengobatan yang diterima dalam 12 bulan terakhir dan karakteristik responden. Tampak persentase penduduk yang mendapatkan jenis perawatan menunjukkan variasi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.4.4.4**  
**Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut**  
**Jenis Perawatan menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pe ngo batan	Penam balan/ pencabu tan/ bedah gigi	Pemasangan gigi tiruan lepasan/ gigi tiruan cekat	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lain nya
<b>Kelompok umur ( tahun)</b>					
1 – 4	81,8	0,0	0,0	14,3	4,8
5 – 9	90,8	26,0	0,0	9,9	2,3
10 – 14	90,2	30,1	0,0	4,5	1,8
15 – 24	90,9	42,4	2,4	12,4	1,9
25 – 34	85,0	47,6	2,8	15,7	1,4
35 – 44	87,1	43,4	5,2	12,9	3,5
45 – 54	81,3	52,0	8,5	7,3	0,8
55 – 64	86,5	45,6	8,7	11,5	0,0
65 +	86,3	62,7	9,8	3,9	5,9
<b>Jenis Kelamin</b>					
Laki – laki	85,3	43,8	2,5	9,7	1,7
Perempuan	87,8	42,5	5,9	12,4	2,2
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	83,4	51,4	5,0	13,8	1,4
Perdesaan	88,6	37,9	3,8	9,6	2,4
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>					
Kuintil-1	84,1	35,8	3,0	9,5	3,0
Kuintil-2	89,5	34,0	3,2	13,8	1,6
Kuintil-3	86,4	48,4	5,9	12,1	1,1
Kuintil-4	88,3	41,7	4,6	13,0	1,6
Kuintil-5	84,3	50,8	4,1	8,6	1,8
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>86,6</b>	<b>43,2</b>	<b>4,3</b>	<b>11,2</b>	<b>1,9</b>

Tabel di atas menunjukkan tidak ada pola yang jelas jenis perawatan gigi yang diterima menurut kelompok umur. Tetapi ada kecenderungan, semakin meningkat umur, semakin besar persentase yang melakukan penambalan/pencabutan/bedah gigi dan pemasangan gigi tiruan lepasan/gigi tiruan cekat. Pemasangan gigi tiruan sudah ditemui pada kelompok umur anak sekolah. Menurut jenis kelamin, tidak ada perbedaan persentase pemanfaatan jenis perawatan gigi untuk penambalan/pencabutan/bedah gigi antara laki-laki dan perempuan, sedangkan untuk pemasangan gigi tiruan lepasan/gigi tiruan cekat

lebih tinggi pada perempuan. Menurut tipe daerah, jenis perawatan penambalan/pencabutan gigi, pemasangan gigi tiruan lepasan/gigi tiruan cekat, konseling perawatan gigi, maupun pengobatan lebih tinggi di perkotaan.

Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin tinggi persentase penduduk yang melakukan penambalan/pencabutan gigi, pemasangan gigi tiruan lepasan/gigi tiruan cekatan, sedangkan konseling tidak ada pola yang jelas.

Tabel 4.4.4.5 di bawah menggambarkan perilaku penduduk umur 10 tahun ke atas yang berkaitan dengan kebiasaan menggosok gigi, dan kapan waktu menggosok gigi dilakukan.

**Tabel 4.4.4.5**  
**Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Waktu menggosok gigi					
	Gosok gigi setiap hari	Saat mandi pagi/sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lain nya
Sambas	89,9	65,9	20,5	41,1	45,8	4,9
Bengkayang	88,2	92,4	22,4	27,1	30,6	1,8
Landak	94,0	82,5	16,3	46,3	20,4	0,4
Pontianak	97,6	86,1	18,4	55,6	55,5	1,5
Sanggau	95,4	92,0	12,8	42,2	26,6	2,5
Ketapang	88,5	88,2	13,4	36,3	24,1	1,0
Sintang	94,5	86,6	9,2	25,0	28,5	2,6
Kapuas Hulu	92,5	96,9	3,6	17,1	13,3	0,8
Sekadau	95,5	95,0	32,4	34,5	36,2	2,2
Melawi	90,1	93,8	12,5	25,7	17,3	1,7
Kota Pontianak	95,0	87,2	11,2	36,0	55,9	1,4
Kota Singkawang	93,5	84,7	9,3	33,1	49,0	2,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>93,5</b>	<b>86,9</b>	<b>15,2</b>	<b>38,6</b>	<b>37,9</b>	<b>2,0</b>

Tabel di atas menunjukkan sebagian besar (93,5 %) penduduk umur 10 tahun ke atas mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari. Dari mereka yang menggosok gigi setiap hari, sebagian besar dilakukan pada saat mandi pagi dan atau sore (86,9% ). Hanya sedikit yang melakukannya pada saat setelah makan pagi (15,2% ) dan sebelum tidur malam hari (37,9% ).

Empat kabupaten/kota mempunyai persentase tertinggi dalam hal kebiasaan menggosok gigi setiap hari, yaitu Kabupaten Pontianak (97,6%), Kota Pontianak (95,0%), Kabupaten Sekadau (95,5%) dan Sanggau (95,4%), sedangkan dua kabupaten/kota terendah adalah Kabupaten Ketapang (88,5%) dan Bengkayang (88,2% ). Kabupaten/kota dengan persentase tinggi menggosok gigi saat setelah makan pagi adalah Kabupaten Sekadau (32,4%), Bengkayang (22,4%) dan Sambas (20,5 %); dan terendah di Kapuas Hulu (3,6% ). Sedangkan kabupaten/kota dengan persentase tinggi menggosok gigi sebelum tidur malam adalah Kota Pontianak (55,9% ), Kabupaten Pontianak (55,5% ) dan Kota Singkawang (49,0% ); dan terendah di Kabupaten Kapuas Hulu (13,3% ).

**Tabel 4.4.4.6**  
**Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Gosok gigi setiap hari	Waktu menggosok gigi				
		Saat mandi pagi/sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lain nya
<b>Kelompok umur ( thn)</b>						
10 – 14	96,6	85,6	16,0	38,2	38,4	1,3
15 – 24	98,5	88,7	16,4	39,2	44,0	2,0
25 – 34	98,1	88,0	14,6	38,7	38,1	2,5
35 – 44	96,7	87,3	14,8	38,0	37,1	2,0
45 – 54	92,1	84,5	14,8	39,7	34,4	1,9
55 – 64	80,2	84,8	11,7	36,0	28,7	1,8
65+	58,1	83,6	15,3	37,5	24,8	1,5
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki-laki	93,2	86,5	14,1	36,9	34,9	1,7
Perempuan	93,7	87,3	16,1	40,2	40,6	2,2
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	95,2	85,4	16,9	43,0	53,1	2,2
Perdesaan	92,8	87,5	14,4	36,8	31,6	1,9
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>						
Kuintil-1	91,7	85,2	13,4	33,2	32,4	1,9
Kuintil-2	92,2	86,2	11,5	36,4	32,5	2,2
Kuintil-3	93,2	86,7	14,5	36,0	35,8	1,5
Kuintil-4	94,0	86,9	16,9	40,6	44,1	1,8
Kuintil-5	95,4	89,1	18,5	44,2	44,7	2,2

Perilaku penduduk dalam menggosok gigi menunjukkan variasi menurut karakteristik responden. Menurut umur, persentase penduduk yang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari mengalami penurunan seiring dengan bertambahnya umur. Sedangkan menurut jenis kelamin tidak menunjukkan perbedaan.

Menurut tipe daerah, persentase penduduk menggosok gigi setiap hari lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi persentase penduduk yang menggosok gigi setiap hari.

Dalam hal waktu menggosok gigi, secara umum terdapat kecenderungan penurunan persentase waktu menggosok gigi seiring dengan peningkatan umur, terutama mulai umur 35 tahun ke atas. Persentase penduduk menggosok gigi saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki, terutama di perkotaan. Begitu pula menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, persentase penduduk menggosok gigi saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Berdasarkan tabel di atas, pada Tabel 4.4.4.7 disajikan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam menggosok gigi. Dikategorikan berperilaku benar dalam menggosok gigi bila seseorang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari dengan cara yang benar, yaitu dilakukan pada saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Tampak persentase penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi masih sangat rendah, yaitu 10,6%. Kabupaten/kota dengan persentase penduduk tertinggi dalam berperilaku benar menggosok gigi adalah Kabupaten Sekadau (21,7% ), Pontianak (16,1% ), Sambas (13,8% ) dan Bengkayang (11,6% ).

**Tabel 4.4.4.7**  
**Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar**  
**Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar menggosok gigi	
	Ya	Tidak
Sambas	13,8	86,2
Bengkayang	11,6	88,4
Landak	10,4	89,6
Pontianak	16,1	83,9
Sanggau	8,9	91,1
Ketapang	7,8	92,2
Sintang	5,4	94,6
Kapuas Hulu	2,0	98,0
Sekadau	21,7	78,3
Melawi	7,2	92,8
Kota Pontianak	9,3	90,7
Kota Singkawang	7,0	93,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>10,6</b>	<b>89,4</b>

**Catatan :**

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



Perilaku benar menggosok gigi menunjukkan variasi menurut karakteristik responden. Menurut umur, persentase penduduk berperilaku benar dalam menggosok gigi bervariasi, mengalami penurunan mulai umur 15 tahun ke atas. Sedangkan menurut jenis kelamin, persentase perilaku benar dalam menggosok gigi lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Begitu pula menurut tipe daerah, persentase penduduk berperilaku benar menggosok gigi lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin tinggi persentase yang berperilaku benar dalam menggosok gigi.

**Tabel 4.4.4.8**  
**Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Berperilaku benar menggosok gigi	
	Ya	Tidak
<b>Kelompok umur ( tahun)</b>		
10 – 14	10,8	89,2
15 – 24	12,7	87,3
25 – 34	10,5	89,5
35 – 44	11,2	88,8
45 – 54	10,1	89,9
55 – 64	6,7	93,3
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	9,8	90,2
Perempuan	11,4	88,6
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	13,0	87,0
Perdesaan	9,7	90,3
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>		
Kuintil-1	9,0	91,0
Kuintil-2	7,6	92,4
Kuintil-3	9,6	90,4
Kuintil-4	12,2	87,8
Kuintil-5	14,1	85,9

Tabel 4.4.4.9 menyajikan komponen D, M dan F menurut karakteristik di provinsi Kalimantan Barat dan kabupaten/kota. Indeks DMF-T sebagai indikator status kesehatan gigi, merupakan penjumlahan dari indeks D-T, M-T, dan F-T yang menunjukkan banyaknya kerusakan gigi yang pernah dialami seseorang baik berupa *Decay* (gigi karies atau gigi berlubang), *Missing* (gigi dicabut), dan *Filling* (gigi ditumpat).

Dari tabel berikut menunjukkan indeks DMF-T di Provinsi Kalimantan Barat sebesar 6,38. Ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada penduduk Kalimantan Barat lebih dari 6 gigi per orang. Komponen yang terbesar adalah M-T/gigi dicabut sebesar 4,73, dapat dikatakan rata-rata penduduk Kalimantan Barat mempunyai 5 gigi yang sudah dicabut atau indikasi pencabutan.

**Tabel 4.4.4.9**  
**Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>D-T (X)</b>	<b>M-T (X)</b>	<b>F-T (X)</b>	<b>Index DMF-T (X)</b>
Sambas	3,06	7,08	0,01	10,15
Bengkayang	1,32	4,06	0,02	5,4
Landak	2,28	2,98	0,01	5,27
Pontianak	0,99	4,61	0,05	5,65
Sanggau	1,92	4,52	0,02	6,46
Ketapang	2,04	3,89	0,08	6,01
Sintang	1,81	2,93	0,02	4,76
Kapuas Hulu	1,69	5,91	0,00	7,6
Sekadau	1,86	4,26	0,02	6,14
Melawi	1,34	3,21	0,01	4,56
Kota Pontianak	1,44	5,77	0,15	7,36
Kota Singkawang	3,94	5,92	0,03	9,89
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>1,88</b>	<b>4,73</b>	<b>0,05</b>	<b>6,38</b>

DMF-T di lima kabupaten/kota sangat tinggi, yaitu Kabupaten Sambas (10,15), Kota Singkawang (9,89), Kota Pontianak (7,36), Kabupaten Sanggau (6,46) dan Sekadau (6,14). DMF-T yang ditemukan di Kalimantan Barat ini lebih tinggi dari rata-rata DMF-T Nasional temuan Riskesdas (DMF-T=4,85), dan menduduki urutan ke 3 tertinggi setelah Kalimantan Selatan (6,83) dan Jawa Timur (6,44).

**Tabel 4.4.4.10**  
**Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>D-T (X)</b>	<b>M-T (X)</b>	<b>F-T (X)</b>	<b>Index DMF-T</b>
<b>Kelompok umur ( tahun)</b>				
12 – 14	0,84	0,40	0,00	1,24
15 – 17	1,40	0,69	0,02	2,11
18 – 34	1,36	0,61	0,05	2,02
35 – 44	2,25	4,10	0,05	6,40
65 +	1,69	19,47	0,01	21,17
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	1,91	4,44	0,05	6,40
Perempuan	1,85	5,02	0,05	6,92
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	1,79	5,61	0,10	7,50
Perdesaan	1,82	4,38	0,02	6,22
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>				
Kuintil-1	1,85	4,48	0,02	6,35
Kuintil-2	1,92	4,87	0,03	6,82
Kuintil-3	1,94	4,89	0,04	6,87
Kuintil-4	1,89	4,88	0,05	6,82
Kuintil-5	1,82	4,68	0,07	6,57
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>1,88</b>	<b>4,73</b>	<b>0,04</b>	<b>7,75</b>

**Catatan :**

D-T : Rata2 jumlah gigi berlubang per orang.

M-T : Rata2 jumlah gigi dicabut/indikasi pencabutan per orang

F-T : Rata2 jumlah gigi ditumpat per orang

DMF-T : Rata2 jumlah kerusakan gigi per orang (baik yg masih berupa decay, dicabut maupun ditumpat).

Indeks DMF-T menurut umur menunjukkan jumlah kerusakan gigi meningkat seiring dengan peningkatan umur. Pada kelompok umur 35-44 tahun DMF-T tinggi (6,40), bahkan pada kelompok umur di atas 65 tahun DMF-T sudah menjadi 21,17, yang berarti terdapat rata-rata 21,17 kerusakan gigi per orang. Bahkan komponen yang terbesar adalah M-T (rata-rata gigi dicabut) sebesar 19,47 per orang.

DMF-T lebih tinggi pada perempuan dan di perkotaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, DMF-T relatif lebih rendah pada kelompok penduduk dengan tingkat pengeluaran rumah tangga yang rendah (kuintil-1) dan lebih tinggi (kuintil-5).

Tabel 4.4.4.11 di bawah ini menyajikan prevalensi karies aktif dan pengalaman karies penduduk umur 12 tahun ke atas menurut kabupaten/kota. Dikategorikan karies aktif bila memiliki indeks D-T >0 atau karies yang belum tertangani dan mempunyai pengalaman karies bila indeks DMF-T >0.

**Tabel 4.4.4.11**  
**Prevalensi Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas dengan Karies Aktif dan**  
**Pengalaman Karies menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Karies aktif</b>	<b>Pengalaman karies</b>
Sambas	70,9	89,4
Bengkayang	56,4	78,1
Landak	64,3	78,3
Pontianak	38,7	70,4
Sanggau	40,4	56,0
Ketapang	70,6	87,3
Sintang	69,9	81,6
Kapuas Hulu	40,2	57,8
Sekadau	60,4	74,6
Melawi	44,6	61,4
Kota Pontianak	53,2	78,8
Kota Singkawang	75,7	90,9
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>55,2</b>	<b>75,1</b>

Dari tabel di atas menunjukkan prevalensi penduduk umur 12 tahun ke atas dengan karies sebesar 55,2% dan yang mempunyai pengalaman karies sebesar 75,1% . Kabupaten/kota dengan prevalensi pengalaman karies tinggi diatas persentase Kalimantan Barat adalah Kota Singkawang (90,9%), Kabupaten Sambas (89,4%), Ketapang (87,3%), Sintang (81,6%), Kota Pontianak (78,8%), Kabupaten Landak (78,3% ) dan Bengkayang (78,1% ).

Prevalensi karies aktif dan pengalaman karies menunjukkan variasi menurut karakteristik responden, seperti tersaji pada Tabel 4.4.4.12.

**Tabel 4.4.4.12**  
**Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Karies aktif</b>	<b>Pengalaman karies</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
12 – 14	38,2	46,2
15 – 17	49,4	57,2
18 – 34	53,3	60,9
35 – 44	67,3	86,9
65 +	42,2	96,3
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	56,5	75,8
Perempuan	54,0	74,5
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	54,2	78,8
Perdesaan	55,6	73,8
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>		
Kuintil-1	55,7	73,3
Kuintil-2	56,1	75,1
Kuintil-3	56,6	76,2
Kuintil-4	54,4	75,7
Kuintil-5	55,4	77,3
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>55,2</b>	<b>5,1</b>

**Catatan :**

Tanpa karies : orang yang memiliki D=0.

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

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

Orang tanpa pengalaman karies= orang yang memiliki DMF=0.

Dari tabel di atas menunjukkan prevalensi pengalaman karies (DMF-T>0) sedikit lebih tinggi pada kelompok laki-laki dan diperkotaan. Menurut umur, ada kecenderungan semakin meningkat umur, semakin meningkat yang mempunyai pengalaman karies. Sedangkan prevalensi karies, meningkat sampai umur 35-44 tahun dan menurun kembali pada umur 65 tahun ke atas.

Prevalensi karies relatif sedikit lebih tinggi pada kelompok laki-laki dan di perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin besar yang mempunyai pengalaman karies.

Tabel 4.4.4.13 di bawah ini menyajikan persentase gigi tetap yang ditumpat dan persentase gigi tetap yang karies menurut kabupaten/kota.

**Tabel 4.4.4.13**  
**Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>RTI= (D/DMF-T)x100</b>	<b>PTI= (F/DMF-T)x100</b>	<b>MTI= (M/DMF-T)x100</b>
Sambas	30,15	0,30	69,75
Bengkayang	24,44	0,49	75,19
Landak	43,26	0,43	56,55
Pontianak	17,52	0,88	81,59
Sanggau	29,72	0,59	69,97
Ketapang	33,94	2,72	64,73
Sintang	38,03	0,76	61,55
Kapuas Hulu	22,24	0,0	77,76
Sekadau	30,29	0,61	69,38
Melawi	29,39	0,29	70,39
Kota Pontianak	19,57	2,93	78,4
Kota Singkawang	39,84	1,20	59,86
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>29,50</b>	<b>0,75</b>	<b>74,10</b>

Dari tabel di atas tampak PTI (motivasi seseorang untuk menempatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap) sangat rendah hanya 0,75% (dibawah rerata Nasional 1,6%), sedangkan RTI (besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan) sebesar 29,50% (diatas rerata Nasional 25,2 ) Terdapat 8 kabupaten/kota yang angka RTI-nya diatas rerata nasional yaitu di Kabupaten Landak (43,26% ), Kota Singkawang (39,84% ), Kabupaten Ketapang (33,94% ), Sintang (38,03%), Sekadau (30,29%), Sambas (30,15%), Sanggau (29,72%), Melawi (29,39%)

Persentase PTI dan RTI menunjukkan variasi menurut karakteristik responden (Tabel 4.4.4.14). Menurut umur, mulai umur 35 tahun ke atas nilai RTI cenderung menurun, sedangkan nilai PTI tinggi pada umur 18-34 tahun, untuk selanjutnya menurun. Menurut jenis kelamin, RTI lebih tinggi pada laki-laki dibanding perempuan, sedangkan PTI relatif sama antara laki-laki dan perempuan.

Nilai PTI di perkotaan empat kali lebih tinggi dibandingkan di perdesaan, sedangkan nilai RTI lebih tinggi di perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi pula nilai PTI, tetapi semakin menurun nilai RTI-nya. Berarti semakin tinggi status ekonomi semakin baik motivasi penduduk untuk merawat kesehatan giginya.

**Tabel 4.4.14**  
**Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	RTI= (D/DMF-T)x100	PTI= (F/DMF-T)x100	MTI= (M/DMF-T)x100
<b>Kelompok umur (tahun)</b>			
12 – 14	67,7	0,0	32,3
15 – 17	66,4	0,9	32,7
18 – 34	67,3	2,5	30,2
35 – 44	35,2	0,8	64,1
65 +	8,0	0,0	92,0
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	29,8	0,8	69,4
Perempuan	26,7	0,7	72,5
<b>Tipe daerah</b>			
Kota	23,9	1,3	74,8
Desa	29,3	0,3	70,4
<b>Tingkat pengeluaran Rumah tangga perkapita</b>			
Kuintil-1	29,1	0,3	70,6
Kuintil-2	28,2	0,4	71,4
Kuintil-3	28,2	0,6	71,2
Kuintil-4	27,7	0,7	71,6
Kuintil-5	27,7	1,1	71,2

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

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

**Tabel 4.4.4.15**  
**Persentase penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk Edentulous menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/kota</b>	<b>Fungsi Normal</b>	<b>Edentulous</b>	<b>Protesa</b>
Sambas	79,5	5,6	8,8
Bengkayang	88,8	2,7	4,2
Landak	94,4	0,5	3,4
Pontianak	86,8	2,4	4,3
Sanggau	90,8	1,2	1,4
Ketapang	92,0	2,7	2,6
Sintang	95,0	1,4	0,8
Kapuas Hulu	97,1	2,3	13,0
Sekadau	88,9	1,6	9,1
Melawi	91,8	1,5	3,9
Kota Pontianak	85,4	4,3	2,9
Kota Singkawang	83,0	4,2	11,8
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>88,2</b>	<b>2,7</b>	<b>4,3</b>

Dari tabel di atas terlihat 88,2% penduduk umur 12 tahun ke atas memiliki fungsi normal gigi (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi), lebih tinggi daripada hasil SKRT 2001 (86,5%). Persentase penduduk dengan fungsi gigi normal tertinggi di Kabupaten Kapuas Hulu (97,1%), Sintang (95,0%), Landak (94,4%).

Persentase *edentulous* atau hilang seluruh gigi sebesar 2,7% lebih rendah daripada angka nasional Riskesdas 2007 (4,5%). Secara umum 4,3% penduduk telah memakai protesa atau gigi tiruan lepas atau gigi tiruan cekat, tertinggi ditemukan di Kabupaten Kapuas Hulu (13,0%), dan Kota Singkawang (11,8%).



**Tabel 4.4.4.16**  
**Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk Edentulous menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskedas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Fungsi normal</b>	<b>Edentulous</b>	<b>Protosa</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>			
12 – 14	100,0	0,0	0,0
15 – 17	99,6	0,4	0,0
18 – 34	99,6	0,0	5,3
35 – 44	92,4	0,8	5,2
65 +	33,0	26,0	9,8
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki – laki	89,5	2,4	2,5
Perempuan	87,0	2,9	5,9
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	85,3	3,8	5,0
Perdesaan	89,4	2,2	3,8
<b>Tingkat pengeluaran Rumah tangga per kapita</b>			
Kuintil-1	89,6	2,1	3,0
Kuintil-2	88,0	2,9	3,2
Kuintil-3	87,5	3,1	5,9
Kuintil-4	87,8	2,9	4,6
Kuintil-5	88,0	2,5	4,1

Dari tabel di atas tampak persentase responden umur 35 – 44 tahun dengan fungsi gigi normal sebesar 92,4% , lebih tinggi dari target WHO 2010 (90% ) dan SKRT 2001 (91,2% ). Sedangkan pada usia 65 tahun ke atas hanya 33,0% , masih jauh di bawah target WHO (75% ) namun masih lebih tinggi daripada hasil SKRT 2001 (30,4% ).

Persentase *edentulous* penduduk umur 65 tahun ke atas sebesar 26,0 % , jauh dari target WHO (5% ). Edentulous lebih banyak dijumpai pada perempuan dan lebih tinggi di perkotaan. Tetapi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, sedangkan tersebar merata pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga.

Penduduk 12 tahun keatas dengan fungsi normal gigi (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi) sebesar 88,2% , Persentase tersebut hampir merata di berbagai karakteristik yaitu berkisar 90% kecuali pada umur 65 tahun keatas hanya 33,0%. Hal ini menunjukkan berkurangnya jumlah gigi secara bermakna pada umur tersebut.

Secara keseluruhan ditemukan 2,7% penduduk berstatus edentulous (tanpa gigi). Poporsi ini merata di berbagai karakteristik kecuali pada umur 65 tahun keatas ditemukan status edentulous 26,0%. Secara keseluruhan 4,3% penduduk sudah memakai protesa/gigi tiruan. Persentase pengguna protesa meningkat sejalan dengan meningkatnya umur, tertinggi pada kelompok umur 65 tahun keatas mencapai 9,8% . Selain itu, pengguna protesa juga lebih banyak pada perempuan, di perkotaan, dan pada sttus ekonomi menengah/ kuintil-3

## 4.5 Cedera dan Disabilitas

### 4.5.1 Cedera

Data cedera diperoleh berdasarkan wawancara kepada responden semua umur tentang riwayat cedera dalam 12 bulan terakhir. Cedera didefinisikan sebagai luka atau trauma akibat faktor internal (dari diri sendiri) maupun eksternal (kecelakaan dan peristiwa lain yang menimbulkan rasa nyeri/sakit), baik disengaja ataupun tidak.

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

**4.5.1.1**  
**Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan 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	Komplik tindakan medis	Lainnya
Sambas	1,4	38,3	0,0	0,0	3,83	22,9	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Bengkayang	18,4	4,9	0,0	1,2	70,7	64,6	19,	0,4	0,4	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6
Landak	7,4	6,3	0,6	1,3	62,3	47,2	4,4	0,6	3,8	0,6	0,6	0,6	0,0	0,6	0,6	0,6	0,6
Pontianak	3,3	18,2	0,0	0,0	64,7	23,4	1,3	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
Sanggau	5,2	41,7	0,0	0,0	4,70	20,5	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Ketapang	5,4	30,8	0,0	2,7	58,9	11,6	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
Sintang	2,0	30,6	0,0	0,0	44,9	22,4	2,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,1
Kapuas Hulu	2,2	62,5	0,0	0,0	31,3	9,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3
Sekadau	5,7	29,2	0,0	0,0	59,1	16,9	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Melawi	2,3	32,0	0,0	0,0	36,0	28,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0
Kt Pontianak	6,0	34,8	0,0	0,0	55,1	23,7	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5
Kt Singkawang	1,9	59,1	0,0	0,0	40,9	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>4,7</b>	<b>24,5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,7</b>	<b>57,7</b>	<b>31,8</b>	<b>5,3</b>	<b>0,2</b>	<b>1,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>	<b>0,9</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>1,8</b>

**Catatan :** \* Angka Persentase penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

Tabel 4.5.1.1 ini memberikan gambaran bahwa dari 12 kabupaten di provinsi Kalimantan Barat, prevalensi tertinggi terdapat pada kabupaten Bengkayang (18,4%%) sedangkan yang terendah terdapat pada kabupaten Sintang (2,0%). Angka prevalensi cedera provinsi Kalimantan Barat didapat 4,7%, ada 6 kabupaten mempunyai prevalensi cedera yang lebih tinggi dari prevalensi cedera provinsi yaitu Bengkayang, Landak, Sanggau, Ketapang, Sekadau, Kota Pontianak. Urutan penyebab cedera terbanyak tingkat propinsi yaitu jatuh, terluka benda tajam/tumpul, dan kecelakaan transportasi darat. Kecelakaan transportasi darat tertinggi di Kapuas Hulu dan Kota Singkawang. Pada umumnya di semua kabupaten Persentase jatuh cukup tinggi, tertinggi di Bengkayang. Penyerangan tertinggi di Bengkayang 19,0, demikian juga Persentase terluka benda tajam/tumpul tertinggi di kabupaten Bengkayang (64,6 %).

**Tabel 4.5.1.2**  
**Persentase Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Kelompok Umur di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kelompok Umur (tahun)																	
	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
< 1	0,4	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
1-4	4,0	1,1	1,1	0,0	84,1	14,8	3,4	1,1	1,1	1,1	0,0	1,1	1,1	2,3	1,1	1,1	0,0
5-14	5,0	0,0	0,0	0,0	74,7	26,2	5,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	1,9
15-24	5,7	0,0	0,0	0,0	47,1	27,3	4,7	0,0	1,6	0,0	0,8	0,4	1,6	0,0	0,0	0,0	1,6
25-34	4,6	0,0	1,4	0,0	42,5	45,4	4,8	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0
35-44	4,0	0,0	0,0	0,0	47,7	32,0	3,3	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	3,3
45-54	5,1	0,0	1,3	0,0	54,7	40,3	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	2,0
55-64	4,3	0,0	1,5	0,0	59,7	40,3	9,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
65-74	5,1	0,0	0,0	0,0	64,1	22,5	7,5	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0
75+	2,2	0,0	0,0	0,0	25,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

Tabel 4.5.1.2 menunjukkan cedera tertinggi pada kelompok umur 15 – 24 tahun, terutama akibat jatuh. Kecelakaan transportasi darat paling tinggi pada usia 1 – 4 tahun, transportasi laut usia 55 – 64 tahun. Jatuh pada umumnya terdapat pada semua kelompok umur, tertinggi pada usia 1 – 14 tahun. Terluka benda tumpul tertinggi pada usia < 1 tahun. Yang mengalami penyerangan tertinggi usia 55 – 64 tahun. Untuk cedera lain seperti ditembak tertinggi pada kelompok 1 – 4 tahun, kontak dengan bahan beracun 55 – 64 tahun. Usaha bunuh diri tertinggi pada usia 15 – 24 tahun. Terbakar tertinggi pada usia 1 – 4 tahun.

**Tabel 4.5.1.3**  
**Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Jenis kelamin dan Pendidikan**  
**di Provinsi Kalimantan Barat , Riskesdas 2007**

Karakteristik	Penyebab Cedera																
	Cedera	Kecelakaan Transportasi darat	Kecelakaan Transportasi laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Benda Tajam / tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan Senjata api	Kontak dengan Bahan beracun	Bencana alam	Usaha bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik radiasi	terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
<b>Jenis kelamin</b>																	
Perempuan	3,5	19,6	0,0	1,1	60,0	25,5	4,6	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
Laki - laki	5,9	27,2	0,1	0,5	55,6	32,3	4,8	0,1	1,5	0,1	0,4	0,4	1,5	0,4	0,1	0,1	1,7
<b>Pendidikan</b>																	
Tidak Sekolah	4,3	10,1	0,0	3,4	67,0	37,0	10,	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Tidak tamat SD	5,1	20,1	0,0	0,4	56,1	38,5	5,4	0,0	0,0	1,1	0,0	0,4	1,1	2,3	1,1	0,0	2,9
Tamat SD	4,6	28,3	0,0	0,7	54,4	33,0	5,5	0,4	2,2	0,0	0,7	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6
Tamat SMP	5,5	34,3	0,0	1,0	44,7	35,7	7,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Tamat SMA	4,2	39,1	0,0	0,6	43,1	29,3	2,3	0,0	0,6	0,0	0,6	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	2,3
Tamat PT	5,1	50	0,0	0,0	36,7	19,4	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3

**Catatan :** \* Angka prevalensi penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total.

Tabel 4.5.1.3 menunjukkan secara umum cedera lebih banyak terjadi pada laki-laki dibanding perempuan. Tingkat pendidikan tamat SMP menduduki posisi pertama (5,5%) untuk prevalensi cedera dan terendah pada tingkat tamat SMA (4,2%). Kecelakaan transportasi darat tertinggi pada kelompok tamat Perguruan Tinggi. Kecelakaan transportasi udara dan jatuh tertinggi pada kelompok tidak sekolah.

**Tabel 4.5.1.4**  
**Prevalensi Cedera Menurut Persentase Penyebab Cedera dan Pekerjaan**  
**di Provinsi Kalimantan Barat , Riskesdas 2007**

Pekerjaan	Penyebab Cedera																
	Cedera	Kecelakaan Tansportasi darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka Bnenda Tajam / Tumpul	Penyerangan	itembak dengan senjata api	Kontak denga bahan beracun	Bencana alam	Usaha bunuh diri	Tenggelam	Mesin elktrik Radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Tidak bekerja	4,1	32,6	0,0	0,0	61,1	21,1	7,4	0,0	3,2	0,0	2,1	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2
Sekolah	5,8	28,3	0,0	0,9	60,0	25,5	4,6	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
Mengurus RT	3,2	18,3	0,0	1,0	56,2	46,7	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
Pegawai	4,9	44,8	0,0	1,0	39,6	16,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	4,2
Wiraswasta	4,9	40,7	0,0	0,0	56,5	19,8	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Petani/ Nelayan/Buruh	5,2	22,8	0,0	1,0	44,9	45,9	6,7	0,2	2,5	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
Lainnya	7,4	27,8	0,0	0,0	61,1	41,7	13,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>4,9</b>	<b>28,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,8</b>	<b>51,7</b>	<b>34,4</b>	<b>5,6</b>	<b>0,1</b>	<b>1,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>2,1</b>

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

Tabel 4.5.1.4 menunjukkan cedera secara umum lebih banyak terjadi pada kelompok sekolah. Kecelakaan transportasi darat tertinggi pada pegawai. Jatuh terdapat di semua kelompok pekerjaan, tertinggi pada yang tidak bekerja dan sekolah. Terluka benda tajam/tumpul tertinggi pada ibu rumah tangga, diikuti petani/nelayan/buruh.

**Tabel 4.5.1.5**  
**Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Penyebab Cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka Benda Tajam / Tumpul	Penyerangan	ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan medis	Lainnya
<b>Tipe Daerah</b>																	
Perkotaan	5,6	34,7	0,0	0,2,	59,0	16,5	2,8	0,0	0,5	0,0	0,5	0,2	0,2	0,7	0,0	0,0	2,4
Perdesaan	4,3	19,5	0,1	0,8	57,0	39,3	6,4	0,1	1,6	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	1,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>																	
Kuintil-1	4,0	23,4	0,0	0,5	57,9	29,4	6,5	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	2,3
Kuintil-2	4,4	22,5	0,40	1,3	58,9	33,9	5,9	0,4	1,7	0,4	0,4	0,4	1,3	0,8	0,4	0,4	1,7
Kuintil-3	5,3	21,2	0,0	0,4	5,8	36,4	5,3	0,0	2,5	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	1,8
Kuintil-4	4,8	27,6	0,0	0,8	53,9	34,0	6,6	0,0	0,4	0,0	0,4	0,8	1,6	0,0	0,0	0,0	2,3
Kuintil-5	5,1	26,8	0,0	0,7	58,1	25,6	1,8	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	1,4	0,0	0,0	0,0	1,4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>4,7</b>	<b>24,3</b>	<b>0,1</b>	<b>0,7</b>	<b>57,3</b>	<b>31,9</b>	<b>5,1</b>	<b>0,1</b>	<b>1,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>1,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>1,9</b>

**Catatan :** \* Angka prevalensi penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total.

Tabel 4.5.1.5 menunjukkan prevalensi cedera berdasarkan tipe daerah terlihat lebih tinggi di perkotaan (5,6%). Kecelakaan transportasi darat, jatuh, kontak dengan bahan beracun, usaha bunuh diri, terbakar/terkurung asap lebih tinggi di kota daripada di desa. Terluka benda tumpul lebih tinggi di perdesaan.

Prevalensi cedera menurut tingkat pengeluaran perkapita. menunjukkan cedera lebih tinggi di kuintil 3,4,5 dibanding kuintil 1 dan 2. Kecelakaan transportasi darat lebih tinggi di kuintil 4 dan 5. Terluka benda tajam dan penyerangan lebih sedikit pada kuintil 5.



**Tabel 4.5.1.6**  
**Persentase Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, pinggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan Tangan dan tangan	Pinggul, Tungkai atas	Lutut dan Tungkai bawah	Tumit dan Kaki
Sambas	19,1	2,1	2,1	21,3	10,6	19,1	8,5	6,3	44,7	19,1
Bengkayang	4,1	0,4	2,1	1,63,	19,1	53,3	60,2	11,4	56,9	42,5
Landak	2,5	0,0	3,1	4,4	11,9	34,8	43,4	5,0	50,9	26,4
Pontianak	19,7	1,3	2,6	3,9	11,2	19,1	30,3	5,3	35,1	2,75
Sanggau	13,7	0,0	2,3	4,5	2,3	12,2	15,2	4,5	45,8	30,8
Ketapang	15,9	0,0	0,7	4,8	11,0	19,2	25,3	0,0	31,7	22,1
Sintang	16,3	6,1	4,1	4,1	10,2	24,5	30,6	2,0	49,0	24,5
Kapuas Hulu	18,8	0,0	6,3	18,8	15,6	34,4	21,9	0,0	31,3	25,0
Sekadau	13,6	0,0	4,6	4,6	13,6	18,5	30,8	6,2	40,9	26,2
Melawi	4,0	0,0	4,0	0,0	12,0	16,0	16,0	0,0	36,0	32,0
Kota Pontianak	12,7	0,0	0,0	4,9	11,2	29,3	34,1	3,9	42,0	26,1
Kota Singkawang	1,82	0,0	4,5	9,1	27,3	50,0	22,7	4,5	63,6	31,8
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>11,6</b>	<b>0,5</b>	<b>2,0</b>	<b>7,7</b>	<b>12,3</b>	<b>29,6</b>	<b>34,8</b>	<b>5,2</b>	<b>44,7</b>	<b>29,4</b>

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

Prevalensi tertinggi bagian tubuh yang terkena cedera berdasarkan kabupaten di propinsi Kalimantan Barat tampak adalah sebagai berikut: Cedera perut, punggung dan pinggul tertinggi di kab Sambas dan Kapuas Hulu. Cedera pergelangan tangan tumit dan kaki tertinggi di Bengkayang. Cedera lutut dan tungkai bawah terdapat di semua kabupaten dengan Persentase di atas 30% .

**Tabel 4.5.1.7**  
**Persentase Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kelompok Umur**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kelompok umur (tahun)	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutu dan tungkai bawah	Tumit dan kaki
< 1	50,0	0,0	0,0		0,0	50,0	5,00	0,0	0,0	0,0
1-4	17,0	0,0	0,0	6,8	2,3	37,5	20,5	2,3	54,5	15,9
5-14	10,2	0,6	1,6	5,7	7,9	28,7	27,3	2,9	55,1	28,7
15-24	11,8	0,8	2,0	5,1	16,1	35,3	36,5	55,5	48,0	31,6
25-34	9,3	1,0	2,4	9,7	1,17	33,2	44,7	5,4	33,2	30,3
35-44	13,0	0,0	2,6	9,7	13,0	24,7	39,2	4,6	34,6	30,7
45-54	12,2	1,4	2,0	12,9	17,0	21,1	34,0	6,1	41,5	29,5
55-64	12,1	1,5	3,0	6,1	23,9	28,4	50,7	11,9	41,8	32,8
65-74	2,6	0,0	7,5	10,3	12,8	20,5	23,1	7,7	41,0	38,5
75+	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	12,5	37,5	25,0	12,5

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

Tabel 4.5.1.7 menggambarkan bahwa cedera di bagian kepala didominasi oleh kelompok anak < 1 tahun, demikian juga cedera siku dan lengan bawah.

**Tabel 4.5.1.8**  
**Persentase Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera, Berdasarkan Jenis Kelamin dan Pendidikan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Tumit dan kaki
<b>Jenis Kelamin</b>										
Laki – laki	12,2	0,4	2,5	7,1	12,8	31,8	34,2	5,0	45,0	30,2
Perempuan	10,3	1,1	1,5	8,8	11,6	25,*	35,5	5,6	44,3	27,9
<b>Pendidikan</b>										
Tidak sekolah	5,7	1,1	4,6	14,9	13,8	32,2	39,1	10,3	48,3	30,7
Tidak tamat SD	9,8	0,7	2,2	8,7	14,1	31,9	33,7	5,8	42,0	31,3
Tamat SD	10,0	0,7	1,5	8,5	13,7	23,9	37,5	7,4	41,9	29,0
Tamat SMP	12,1	0,5	2,5	5,0	1,41	30,8	40,7	5,5	45,2	31,2
Tamat SMA	13,4	0,0	2,3	5,2	1,45	30,8	4,19	2,9	32,7	3,29

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

Tabel 4.5.1.8 menunjukkan menurut jenis kelamin Persentase cedera hampir sama antara laki-laki dan perempuan. Cedera kepala paling tinggi pada yang tamat SMA (13,4%). Cedera perut, punggung, panggul tertinggi pada yang tidak sekolah.

**Tabel 4.5.1.9**  
**Persentase Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pekerjaan**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Pekerjaan	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawahbenda	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Tumit dan kaki	N tertimbang
Tidak bekerja	19,4	1,1	1,1	4,3	10,8	27,7	32,3	8,6	38,7	33,3	
Sekolah	8,6	0,5	0,5	5,0	10,5	31,1	32,9	5,5	53,9	27,3	
Mengurus RT	7,8	0,0	1,9	9,7	9,7	26,2	49,5	1,9	35,3	32,4	
Pegawai	17,7	0,0	3,1	5,2	9,4	29,2	3,75	0,0	38,1	32,3	
Wiraswasta	16,3	2,3	0,0	11,6	24,7	24,4	31,4	8,2	31,4	33,7	
Petani/Nelayan/Buruh	8,2	0,5	3,7	9,5	16,7	29,2	38,9	7,2	42,0	30,4	
Lainnya	8,3	0,0	2,8	13,9	11,1	38,9	47,2	8,3	33,3	38,9	

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

Tabel 4.5.1.9 menunjukkan mengurus rumah tangga tertinggi menderita cedera di pergelangan tangan dan tangan. Cedera kepala tinggi pada yang tidak bekerja. Cedera bahu dan lengan atas tertinggi pada kelompok wiraswasta.

**Tabel 4.5.1.10**  
**Persentase Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera, Tipe Daerah**  
**dan Tingkat Pengeluaran per Kapita**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung panggul	Bahu, lengan atas	siku, lengan bawah hbenda	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, Tungkai atas	Lutut dan Tungkai bawah bawah	Tumit dan kaki	N tertimbang
<b>Tipe Daerah</b>											
Perkotaan	16,2	1,2	1,0	6,2	12,4	23,3	30,0	4,3	45,2	27,1	
Perdesaan	9,2	0,5	2,6	8,5	12,3	32,8	37,0	5,7	44,5	30,4	
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>											
Kuintil-1	13,6	0,5	2,8	9,3	9,3	32,4	29,0	3,7	43,7	23,8	
Kuintil-2	10,6	0,0	2,1	8,5	15,7	30,5	4,11	7,2	48,1	32,6	
Kuintil-3	9,3	0,4	1,8	7,8	10,0	29,5	34,9	3,9	44,1	27,6	
Kuintil-4	9,8	1,6	0,8	7,8	1,48	32,5	34,4	7,0	40,8	32,4	
Kuintil-5	13,5	1,1	2,6	5,8	11,7	23,3	35,0	4,0	46,7	29,3	

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

Tabel 4.5.1.10 menunjukkan Persentase cedera kepala, leher, lebih tinggi di perkotaan dibanding perdesaan. Persentase cedera dada, perut, punggung, panggul, siku, lengan bawah, pergelangan tangan, tangan, pinggul, tungkai atas, tumit dan kaki lebih tinggi di perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita prevalensi cedera hampir merata di semua kuintil, namun pada kuintil-1 lebih tinggi cedera di perut, punggung, panggul. siku dan lengan bawah.

**Tabel 4.5.1.11**  
**Persentase Jenis Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Teregang	Patah tulang	Anggota gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Sambas	45,7	39,1	23,9	0,0	17,0	17,4	2,2	0,0	6,5
Bengkayang	71,1	73,6	39,3	1,6	4,17	1,2	0,4	0,4	0,8
Landak	39,6	63,5	42,1	1,9	23,9	2,8	0,6	1,9	0,6
Pontianak	35,5	59,2	21,7	2,6	16,9	7,2	1,3	0,0	1,3
Sanggau	38,9	45,5	26,5	2,3	10,6	2,3	0,8	0,0	4,6
Ketapang	33,6	58,2	2,02	0,7	17,2	2,7	0,0	0,7	0,7
Sintang	33,3	60,4	29,2	2,1	10,2	2,1	2,1	2,1	2,1
Kapuas Hulu	54,5	48,5	34,4	0,0	6,3	3,1	0,0	0,0	0,0
Sekadau	47,7	61,5	21,5	1,5	33,3	7,6	0,0	1,5	0,0
Melawi	36,0	48,0	12,0	4,0	16,0	4,0	0,0	0,0	4,0
Kota Pontianak	46,3	58,3	21,7	3,4	22,8	3,4	0,0	0,0	1,0
Kota Singkawang	61,9	77,3	28,6	4,5	18,2	4,5	0,0	0,0	0,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>46,6</b>	<b>60,1</b>	<b>28,5</b>	<b>2,0</b>	<b>23,2</b>	<b>3,8</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>1,5</b>

**Catatan** : \* Jenis cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*).

Tabel 4.5.1.11 memberikan gambaran jenis cedera tertinggi adalah luka lecet (60,1%), tertinggi di kabupaten Bengkayang (73,6 %), cedera akibat benturan juga tertinggi di Bengkayang (71,1%). Luka terbuka tertinggi di Landak (42,1 %). Terkilir atau teregang tertinggi di Sekadau (33,3 %).

**Tabel 4.5.1.12**  
**Persentase Jenis Cedera Menurut Kelompok Umur**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kelompok Umur (tahun)	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggotagerak Terputus	Keracunan	Lainnya
< 1	100,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1 -- 4	44,8	74,4	9,3	2,3	9,1	2,3	0,0	0,0	0,0
5 – 14	40,6	69,7	17,9	1,6	18,4	2,9	0,3	0,3	0,6
15 -- 24	55,7	65,9	30,6	2,7	29,4	2,4	0,0	0,0	2,0
25 – 34	45,4	54,6	38,2	1,4	21,7	3,4	1,0	1,0	1,0
35 – 44	45,0	48,3	25,6	2,0	28,8	4,0	1,3	0,0	4,7
45 – 54	44,6	48,0	21,8	2,7	22,3	5,4	0,7	0,7	2,0
55 – 64	43,3	59,7	41,8	1,5	29,9	9,0	1,5	3,0	1,5
65 –74	59,0	42,5	30,8	5,0	20,7	2,5	0,0	0,0	0,0
75+	50,0	37,5	25,0	0,0	11,1	25,0	0,0	0,0	0,0

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

Tabel 4.5.1.12 menunjukkan bahwa untuk jenis cedera yang mempunyai Persentase tertinggi pada anak < 1 tahun adalah akibat benturan. Luka lecet paling sering pada kelompok 1 – 4 tahun.dan 5 – 14 tahun. Pada usia 75 tahun ke atas Persentase jenis cedera terbanyak adalah akibat benturan dan patah tulang.

**Tabel 4.5.1.13**  
**Persentase Jenis Cedera Menurut Jenis Kelamin dan Pendidikan**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota Gerak terputus	Keracunan	Lainnya
<b>Jenis Kelamin</b>									
Laki – laki	46,	59,9	31,6	2,8	22,5	3,8	0,7	0,6	1,
Perempuan	46,	60,7	23,1	0,6	24,3	3,6	0,0	0,4	0,
<b>Pendidikan</b>									
Tidak sekolah	53,	50,0	36,4	1,1	31,0	4,6	0,0	1,1	0,
Tidak tamat SD	44,	57,2	35,1	2,9	22,7	1,8	0,0	0,4	2,
Tamat SD	44,	56,3	28,9	1,5	26,4	7,4	0,4	0,7	2,
Tamat SMP	50,	56,8	35,7	3,0	27,3	3,0	0,5	1,0	0,
Tamat SMA	44,	65,5	29,2	1,8	24,1	3,5	2,3	0,0	2,
Tamat PT	66,	70,0	23,3	0,0	20,0	3,3	0,0	0,0	0,

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

Tabel 4.5.1.13 menunjukkan menurut jenis kelamin Persentase jenis cedera antara laki-laki dan perempuan hampir sam,kecuali pada laki-laki lebih banyak luka terbuka, luka bakar, anggota gerak putus dan keracunan.

Menurut pendidikan, pola Persentase jenis cedera menunjukkan gambaran yang sama yaitu urutan terbanyak mengalami jenis cedera luka lecet yaitu tamat SMA (65,5 %) dan tamat perguruan tinggi. (70 %). Jenis cedera benturan juga tinggi pada perguruan tinggi. Cedera tertinggi pada tidak sekolah dan tamat SMA+ adalah benturan dan luka lecet.

**Tabel 4.5.1.14**  
**Persentase Jenis Cedera Menurut Pekerjaan di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

Pekerjaan	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Tidak bekerja	47,3	57,0	23,7	1,1	31,3	9,7	0,0	1,1	4,3
Sekolah	46,1	73,1	22,4	1,8	24,5	2,7	0,0	0,0	1,4
Mengurus rumah tangga	43,3	59,0	28,6	1,0	28,8	3,8	0,0	0,0	1,9
Pegawai	52,1	62,1	17,7	6,3	24,7	3,2	2,1	0,0	3,1
Wiraswasta	43,4	61,9	26,5	0,0	31,8	9,5	2,4	0,0	0,0
Petani/Nlyn/Buruh	46,9	47,9	45,6	2,2	21,3	2,7	0,2	1,5	1,5
Lainnya	61,1	61,1	33,3	0,0	36,1	0,0	0,0	0,0	2,8

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

Tabel 4.5.1.14, memberikan gambaran pola jenis cedera berdasarkan jenis pekerjaan responden, terlihat urutan terbanyak untuk Persentase jenis cedera luka lecet (73,1%) untuk status masih sekolah. Benturan dan luka lecet merupakan cedera yang paling sering pada semua kelompok baik yang tidak bekerja mau pun yang bekerja.



**Tabel 4.5.1.15**  
**Persentase Jenis Cedera Menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	keracunan	Lainnya
<b>Tipe Daerah</b>									
Perkotaan	45,2	61,7	18,6	2,6	21,9	3,3	0,0	0,2	1,7
Perdesaan	47,1	59,3	33,3	1,6	23,7	3,9	0,8	0,7	1,4
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>									
Kuintil-1	43,7	57,7	24,8	1,9	21,1	4,7	0,0	0,9	1,4
Kuintil-2	4,96	60,1	30,8	1,3	25,0	2,6	1,3	1,3	0,4
Kuintil-3	48,7	60,7	30,8	3,2	21,6	3,2	0,4	0,0	1,4
Kuintil-4	48,0	60,5	28,5	1,9	21,8	4,3	0,0	0,8	3,1
Kuintil-5	41,8	59,7	27,8	1,5	26,4	4,4	1,1	0,0	1,1

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

Tabel 4.5.1.15 menunjukkan menurut tipe daerah gambaran jenis cedera antara kota dan desa hampir sama, kecuali luka terbuka lebih banyak di desa dari pada di kota, luka bakar lebih banyak dikota dari pada desa.

Sedangkan pada tingkat pengeluaran / kapita menjelaskan bahwa jenis cedera terlihat hampir tidak ada perbedaan antara kuintil tinggi dan rendah

#### 4.5.2. Status Disabilitas/Ketidakkampuan

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

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

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

**Tabel 4.5.2.1**  
**Persentase Penduduk Umur 15 Tahun Keatas Menurut Masalah Disabilitas**  
**Dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

Fungsi Tubuh/Individu/Sosial	Bermasalah* (%)
Melihat jarak jauh (20 m)	13.1
Melihat jarak dekat (30 cm)	12.4
Mendengar suara normal dalam ruangan	6.9
Mendengar orang bicara dalam ruang	6.1
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	11.0
Nafas pendek setelah latihan ringan	11.2
Batuk/bersin selama 10 menit tiap	6.7
Mengalami gangguan tidur	9.3
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	7.4
Kesulitan berdiri selama 30 menit	10.2
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	13.9
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	9.1
Membersihkan seluruh tubuh	2.5
Mengenakan pakaian	2.2
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	5.0
Paham pembicaraan orang lain	5.5
Bergaul dengan orang asing	7.1
Memelihara persahabatan	5.6
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	7.5
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	8.2

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

Dari Riskesdas 2007, pada tabel 4.5.2.1 tentang status disabilitas penduduk yang berumur 15 tahun ke atas tampak bahwa persentase bermasalah yang agak menonjol adalah dalam hal masalah melihat jarak dekat (30 cm), melihat jarak jauh (20 m), kesulitan berjalan jauh (1 km), kesulitan berdiri selama 30 menit, napas pendek setelah latihan ringan dan nyeri/rasa tidak nyaman. Sedangkan dalam hal membersihkan seluruh tubuh, dan mengenakan pakaian merupakan permasalahan yang kecil.

Dalam menilai status disabilitas kriteria “Bermasalah” dirinci menjadi “Bermasalah” dan “Sangat bermasalah”. Kriteria “Sangat bermasalah” apabila responden menjawab ya untuk salah satu dari tiga pertanyaan tambahan.

**Tabel 4.5.2.2**  
**Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Keatas**  
**Menurut Status dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesmas 2007**

Kabupaten/Kota	Status Disabilitas		
	Sangat Masalah	Masalah	Tidak Masalah
Sambas	1.8	21.6	76.7
Bengkayang	3.2	10.3	86.5
Landak	2.1	38.0	59.9
Pontianak	1.9	24.4	73.7
Sanggau	0.9	21.3	77.8
Ketapang	2.2	20.9	76.9
Sintang	1.9	16.0	82.1
Kapuas Hulu	2.3	43.2	54.5
Sekadau	1.8	33.7	64.5
Melawi	2.5	41.1	56.4
Kota Pontianak	3.3	30.9	65.8
Kota Singkawang	1.4	34.9	64.3
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>2.1</b>	<b>26.5</b>	<b>71.4</b>

Di provinsi Kalimantan Barat, rata-rata status disabilitas dengan kriteria “Sangat bermasalah” adalah sebesar 2,1 dan “Bermasalah” 26,5 .

Tabel 4.5.2.2 menunjukkan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat di Kota Pontianak (3,3 ), selanjutnya disusul Kabupaten Bengkayang (3,2 ). Sedangkan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” terendah ditemukan di Kabupaten Sanggau (0,9 ).

**Tabel 4.5.2.3**  
**Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Keatas**  
**Menurut Status dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskedas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Sangat masalah</b>	<b>Masalah</b>	<b>Tidak masalah</b>
<b>Golongan umur (tahun)</b>			
15-24 tahun	.7	11.2	83.5
25-34 tahun	.8	16.4	79.3
35-44 tahun	1.0	25.2	73.1
45-54 tahun	1.5	38.1	61.4
55-64 tahun	4.4	54.0	47.1
65-74 tahun	10.2	64.4	30.1
>75 tahun	24.5	60.3	18.9
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-laki	2.0	25.3	71.6
Perempuan	2.2	27.7	65.6
<b>Pendidikan</b>			
Tidak sekolah	6.6	45.9	40.8
Tidak tamat SD	2.7	32.9	56.7
Tamat SD	1.6	24.9	68.2
Tamat SMP	1.0	19.4	77.9
Tamat SMA	1.1	18.9	78.9
Tamat SMA+	1.3	25.5	77.6
<b>Pekerjaan</b>			
Tidak bekerja	8.2	34.1	54.2
Sekolah	.5	13.0	85.0
Mengurus RT	1.6	26.3	66.1
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	1.6	23.7	79.3
Wiraswasta	2.0	23.3	71.7
Petani/Nelayan/Buruh	1.2	27.9	66.2
Lainnya	2.2	33.0	64.2
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	2.7	28.9	70.0
Perdesaan	1.9	25.6	67.2
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>			
Kuintil 1	2.3	27.6	67.1
Kuintil 2	2.4	27.7	67.9
Kuintil 3	2.2	25.5	68.3
Kuintil 4	2.0	25.2	69.1
Kuintil 5	1.8	26.9	70.4

Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” cenderung meningkat pada kelompok umur yang lebih tinggi, pada perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki. Menurut tingkat pendidikan penduduk prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” menonjol pada penduduk yang tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” bervariasi menurut pekerjaan responden, prevalensi tertinggi ditemukan pada kelompok yang tidak bekerja. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat pada kelompok yang tidak bekerja, sedangkan yang terendah pada kelompok yang sekolah. Terlihat ada kecenderungan Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” lebih sedikit pada penduduk dengan tingkat pengeluaran perkapita yang lebih tinggi.

## **4.6 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku**

Pengetahuan, sikap dan perilaku dalam Riskesdas 2007 ditanyakan kepada penduduk umur 10 tahun ke atas. Pengetahuan dan sikap yang berhubungan dengan penyakit flu burung dan HIV/AIDS ditanyakan melalui wawancara individu. Demikian juga perilaku higienis yang meliputi pertanyaan mencuci tangan pakai sabun, kebiasaan buang air besar, penggunaan tembakau/ perilaku merokok, minum minuman beralkohol, aktivitas fisik, perilaku konsumsi buah dan sayur, dan pola konsumsi makanan berisiko.

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

### **4.6.1 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 per hari dan jenis rokok yang dihisap. Juga ditanyakan apakah merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain. Bagi mantan perokok ditanyakan berapa umur ketika berhenti merokok.

Tabel 4.6.1.1 menunjukkan bahwa persentase penduduk umur 10 tahun ke atas di provinsi Kalbar yang merokok tiap hari (21,7%), sedikit lebih rendah dari angka nasional yaitu sebesar (24%). Persentase merokok setiap hari tertinggi di Kabupaten Melawi (34,5%), sedangkan terendah di Kabupaten Pontianak (13,3 %) dan yang kadang-kadang tertinggi di Landak (8,1%) dan terendah Kota Singkawang (2,3%).

**Tabel 4.6.1.1**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas Menurut**  
**Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi**  
**Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang-kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Sambas	22,1	3,3	3,0	71,7
Bengkayang	28,1	4,6	2,5	64,8
Landak	19,6	8,1	3,6	68,7
Pontianak	13,3	7,5	3,5	75,7
Sanggau	22,0	5,2	3,4	69,4
Ketapang	24,7	7,8	4,1	63,4
Sintang	23,9	4,6	2,9	68,6
Kapuas Hulu	22,8	4,3	3,8	69,0
Sekadau	23,6	4,3	3,1	69,0
Melawi	34,5	3,4	3,5	58,6
Kota Pontianak	21,1	5,6	3,5	69,8
Kota Singkawang	25,4	2,3	3,6	68,7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>21,7</b>	<b>5,5</b>	<b>3,7</b>	<b>69,1</b>

Tabel 4.6.1.2 menggambarkan perilaku merokok penduduk umur 10 tahun ke atas menurut karakteristik responden. Persentase penduduk merokok tiap hari tampak tinggi pada kelompok umur 25 tahun keatas sebesar 20% atau lebih. Sedangkan penduduk kelompok umur 10-14 tahun yang merokok tiap hari sudah mencapai 0,6 % dan kelompok umur 15-24 tahun sebanyak 16% .

Hampir separuh (40,4%) penduduk laki-laki umur 10 tahun ke atas merupakan perokok tiap hari. Menurut pendidikan, persentase tertinggi dijumpai pada penduduk tidak sekolah dan perdesaan sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan perkotaan. Persentase tertinggi pada petani/nelayan dan buruh dan cenderung tidak terlihat perbedaan menurut pengeluaran rumah tangga per kapita perbulan.

Pada perokok kadang-kadang, persentase tertinggi pada kelompok umur 75 tahun keatas (8,1%), pada laki-laki (10,0%) 10 kali lebih banyak dibandingkan perempuan (1,1%). Sedangkan mantan perokok persentase tertinggi ditemukan pada kelompok umur 75 tahun ke atas (15,7%). Tidak tampak perbedaan antara rumah tangga yang tingkat pengeluarannya rendah dan tinggi.

**Tabel 4.6.1.2**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas Menurut Kebiasaan Merokok**  
**dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesmas 2007**

Karakteristik	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang-kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
<b>Kelompok umur (thn)</b>				
10 – 14	0,6	0,4	1,4	97,6
15 – 24	16,0	6,1	1,2	76,7
25 – 34	27,5	6,0	2,1	64,5
35 – 44	28,2	7,0	3,5	61,3
45 – 54	29,3	6,0	5,7	59,1
55 – 64	28,9	6,7	10,2	54,3
65 – 74	25,1	5,8	12,2	56,9
75+	22,4	8,0	16,6	52,9
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	40,4	10,0	6,2	43,4
Perempuan	3,1	1,1	0,6	95,2
<b>Pendidikan</b>				
Tidak sekolah	25,8	5,0	6,1	63,2
Tidak tamat SD	20,4	3,4	3,5	72,7
Tamat SD	21,2	4,3	3,1	71,4
Tamat SMP	20,7	7,8	1,9	69,6
Tamat SMA	23,5	8,4	3,1	65,0
Tamat PT	19,7	7,4	6,5	66,4
<b>Pekerjaan</b>				
Tidak bekerja	12,2	5,4	5,1	77,3
Sekolah	2,1	1,7	0,3	95,9
Ibu rumah tangga	2,4	1,1	0,5	96,0
Pegawai	31,1	8,8	5,8	54,3
Wiraswasta	31,5	8,5	6,2	53,8
Petani/nlyn/brh	36,8	7,6	4,3	51,3
Lainnya	35,5	10,2	5,4	49,0
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	19,9	4,1	3,5	72,5
Perdesaan	22,4	6,1	3,3	68,2
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>				
Kuintil-1	21,9	5,5	3,1	69,5
Kuintil-2	22,7	5,5	3,2	68,6
Kuintil-3	22,0	5,9	3,7	68,4
Kuintil-4	21,2	5,5	3,7	69,6
Kuintil-5	21,5	5,3	3,5	69,7

Tabel 4.6.1.3 menunjukkan perilaku merokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap menurut kabupaten/kota. Perokok saat ini adalah perokok setiap hari dan perokok kadang-kadang. Persentase perokok saat ini di provinsi Kalimantan Barat 27,1% dengan rerata jumlah rokok yang dihisap 12,2 batang per hari. Persentase perokok saat ini tertinggi di Melawi (37,6%), terendah di kabupaten Pontianak (20.7%)

**Tabel 4.6.1.3**  
**Persentase Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap**  
**Penduduk Umur 10 Tahun Keatas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi**  
**Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Perokok Saat Ini	
	%	Rerata Jumlah Batang Rokok/Hari
Sambas	25.4	12.46
Bengkayang	32.5	13.63
Landak	27.6	9.33
Pontianak	20.7	11.54
Sanggau	27.1	12.09
Ketapang	32.5	10.78
Sintang	28.5	11.67
Kapuas Hulu	27.0	15.89
Sekadau	27.7	13.00
Melawi	37.6	14.07
Kota Pontianak	26.5	12.62
Kota Singkawang	27.7	12.96
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>27.1</b>	<b>12.20</b>



**Tabel 4.6.1.4**  
**Persentase Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang**  
**Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun Keatas Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

Karakteristik	Perokok Saat Ini	
	%	Rerata Jumlah Batang Rokok/Hari
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
10-14	1,0	10.98
15-24	22.1	10.82
25-34	33.5	12.30
35-44	35.2	12.56
45-54	35.3	12.73
55-64	35.4	12.14
65-74	30.9	12.91
75+	30.7	13.05
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	50,2	12.24
Perempuan	4,2	11.72
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	30.6	11.96
Tidak tamat SD	23.6	12.57
Tamat SD	25.5	12.62
Tamat SMP	28.4	11.53
Tamat SMA	31.8	11.80
Tamat PT	27.1	13.24
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	23.9	12.72
Perdesaan	28.4	12.03
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>		
Kuintil-1	27.4	12.00
Kuintil-2	27.6	11.68
Kuintil-3	27.4	12.02
Kuintil-4	26.8	12.29
Kuintil-5	26.3	13.37

Tabel 4.6.1.4 menggambarkan persentase perokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap per hari menurut karakteristik responden. Persentase perokok saat ini mulai meningkat pada kelompok umur 15-24 tahun sampai kelompok umur 55-64 tahun, kemudian menurun pada umur lebih lanjut.

Persentase perokok di provinsi Kalimantan Barat pada laki-laki 50,2% , dan pada wanita 4,2%, rerata rokok yang dihisap pada laki-laki 12,24 batang/hari dan pada wanita 11,72 batang/hari. Persentase perokok saat ini lebih tinggi pada penduduk tidak sekolah, serta di daerah perdesaan. Tidak tampak adanya perbedaan antara penduduk dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita tinggi dan rendah.

**Tabel 4.6.1.5**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok**  
**Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota,**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Usia Mulai Merokok Tiap Hari						Tidak ingat
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	≥30 th	
Sambas	0,0	6,1	29,4	22,6	7,0	2,4	32,5
Bengkayang	0,0	7,3	36,0	10,2	2,5	1,8	42,2
Landak	0,0	4,0	21,4	11,1	2,5	2,2	58,8
Pontianak	0,0	7,4	33,2	13,4	1,9	1,9	42,3
Sanggau	0,0	14,8	41,1	18,7	4,3	4,3	16,9
Ketapang	0,0	7,0	31,1	13,4	3,1	3,9	41,4
Sintang	0,0	2,7	29,1	14,7	3,8	1,8	47,9
Kapuas Hulu	0,0	9,7	25,5	8,9	4,2	3,5	48,3
Sekadau	0,0	6,5	38,0	20,4	3,7	2,8	28,7
Melawi	0,0	9,5	24,6	7,2	2,3	3,3	53,1
Kota Pontianak	0,0	8,0	43,0	17,3	5,2	1,9	24,7
Kota Singkawang	0,0	13,9	49,6	18,3	3,0	1,7	13,5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>0,0</b>	<b>7,8</b>	<b>33,5</b>	<b>15,2</b>	<b>3,8</b>	<b>2,5</b>	<b>38,1</b>

Tabel 4.6.1.5 menunjukkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari. Usia mulai merokok tiap hari ini penting diketahui untuk melihat lamanya paparan rokok pada penduduk. Persentase usia mulai merokok tiap hari umur 15-19 tahun di provinsi Kalimantan Barat menduduki tempat tertinggi, yaitu 33,5%.

Tabel 4.6.1.6 menunjukkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari dan karakteristik responden. Berdasarkan kelompok umur, 54,6% penduduk umur 15-24 tahun sudah mulai merokok tiap hari pada usia 15 – 19 tahun.

Untuk setiap kelompok usia mulai merokok tiap hari pada umumnya persentase laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan.

Terlihat perbedaan persentase usia mulai merokok tiap hari dilihat dari tipe daerah, di perkotaan lebih tinggi dari perdesaan. Dari tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan terlihat pada kuintil tinggi lebih sedikit yang mulai merokok usia muda .

**Tabel 4.6.1.6**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Usia Mulai Merokok Tiap Hari						Tidak ingat
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	>=30 th	
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
10-14	0,0	47,1	0,0	0,0	0,0	0,0	52,9
15-24	0,0	16,2	54,6	5,8	0,0	0,0	23,4
25-34	0,0	7,4	41,6	16,8	2,0	0,3	31,9
35-44	0,0	6,4	29,8	19,2	4,9	2,7	37,0
45-54	0,0	4,7	23,9	17,6	6,1	4,0	43,6
55-64	0,0	5,7	17,6	13,2	7,0	7,3	49,2
65-74	0,0	4,5	15,2	14,6	5,6	4,5	55,6
75+	0,0	4,9	14,8	9,9	6,2	12,3	51,9
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	0,0	8,0	34,7	15,6	3,9	2,1	35,9
Perempuan	0,0	6,3	18,7	9,9	3,6	9,0	52,4
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	0,0	7,9	24,7	11,3	3,8	5,2	47,1
Tidak tamat SD	0,0	7,0	30,2	15,7	3,9	3,1	40,1
Tamat SD	0,0	9,7	31,7	15,5	3,6	1,8	37,7
Tamat SMP	0,0	7,9	36,8	13,8	3,8	1,1	36,6
Tamat SMA	0,0	7,1	41,7	16,5	4,1	1,7	28,9
Tamat SMA +	0,0	1,4	40,0	22,1	4,3	8,6	23,6
<b>Tipe daerah</b>							
Kota	0,0	8,7	41,5	18,1	4,9	2,7	24,1
Desa	0,0	7,5	30,7	14,2	3,5	2,6	41,5
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>							
Kuintil-1	0,0	9,4	34,1	13,1	2,8	2,4	38,2
Kuintil-2	0,0	8,5	31,4	14,3	4,1	2,4	39,3
Kuintil-3	0,0	6,6	33,7	14,9	3,5	2,0	39,3
Kuintil-4	0,0	7,4	35,2	16,0	4,0	2,7	34,7
Kuintil-5	0,0	6,7	33,2	18,5	5,2	3,9	32,4

Tabel 4.6.1.7 memperlihatkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia pertama kali merokok/mengunyah tembakau. Usia mulai merokok atau mengunyah tembakau mencakup juga penduduk yang baru pertama kali mencoba merokok atau mengunyah tembakau.

Persentase tertinggi usia pertama kali merokok terdapat pada kelompok usia 15-19 tahun (28,4%), disusul usia 20-24 tahun (11,4% . Menurut kabupaten/kota, perokok yang mulai merokok pada usia 15-19 tahun tertinggi dijumpai di kota Singkawang (41.1%), disusul kota Pontianak (36.7%). Perokok yang mulai merokok pertama kali pada usia 5 – 9 tahun terbanyak di Sanggau (1.1%), diikuti Sekadau dan Ketapang (0.7%). Sedangkan perokok dengan umur mulai merokok pada umur 10 – 14 tahun tertinggi di Sanggau (15,7% ), disusul kota Singkawang (13,9 %).

**Tabel 4.6.1.7**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok Menurut Umur Pertama Kali Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskedas 2007**

Kabupaten/Kota	Usia Pertama Kali Merokok						Tidak tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	≥30 th	
Sambas	0,4	6,3	33,3	21,1	3,6	1,4	33,9
Bengkayang	0,6	8,5	34,8	7,7	2,0	0,8	45,6
Landak	0,6	9,8	23,9	12,1	1,9	1,4	50,3
Pontianak	0,6	7,6	20,6	7,6	2,0	1,4	60,2
Sanggau	1,1	15,7	34,3	16,3	4,0	3,3	25,3
Ketapang	0,7	5,8	27,4	6,0	2,0	2,9	55,2
Sintang	0,3	2,7	25,1	10,4	3,4	0,8	57,3
Kapuas Hulu	0,6	7,0	19,0	10,1	3,6	2,8	56,9
Sekadau	0,7	6,3	26,2	12,9	2,4	1,8	49,7
Melawi	0,0	10,0	18,4	4,9	1,9	2,4	62,4
Kota Pontianak	0,6	8,6	36,7	11,4	3,8	0,9	38
Kota Singkawang	0,3	13,9	41,1	18,8	4,5	0,7	20,7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>0,6</b>	<b>8,3</b>	<b>28,4</b>	<b>11,4</b>	<b>2,8</b>	<b>1,7</b>	<b>46,8</b>

**Tabel 4.6.1.8**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok Menurut Usia Pertama Kali Merokok/ Mengunyah Tembakau dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Usia Pertama Kali Merokok/Kunyah Tembakau						Tidak tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	>=30 th	
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
10-14	1,4	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	73,6
15-24	0,8	18,4	44,9	4,6	0,0	0,0	31,3
25-34	0,7	9,3	36,7	12,1	2,6	0,8	37,8
35-44	0,3	5,9	28,7	14,9	2,9	1,4	45,9
45-54	0,6	3,8	21,0	14,0	4,1	2,4	54,1
55-64	0,3	5,6	13,9	11,5	5,0	2,6	61,1
65-74	0,6	3,6	11,8	9,8	4,4	2,5	67,3
75+	0,0	2,4	9,5	8,9	3,6	4,7	70,9
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	0,5	8,6	29,9	11,9	2,9	0,8	45,4
Perempuan	0,7	4,5	13,3	7,0	2,9	6,8	64,8
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	0,4	6,1	19,0	9,2	2,5	2,2	60,6
Tidak tamat SD	0,6	6,8	25,8	11,0	2,6	1,6	51,6
Tamat SD	0,5	10,4	26,7	10,9	2,7	0,9	47,9
Tamat SMP	0,9	10,5	32,4	10,9	2,7	1,1	41,5
Tamat SMA	0,4	7,4	34,4	13,9	3,4	0,8	39,7
Tamat SMA +	0,0	4,2	38,9	15,1	5,0	1,2	35,6
<b>Tipe Daerah</b>							
Kota	0,5	9,5	34,7	12,4	3,4	1,1	38,4
Desa	0,6	7,9	26,4	11,2	2,7	1,4	49,8
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>							
Kuintil-1	0,5	9,6	27,9	9,8	2,0	1,6	48,6
Kuintil-2	0,4	9,0	27,3	10,5	3,3	1,1	48,4
Kuintil-3	0,9	7,5	28,2	11,4	2,5	1,2	48,3
Kuintil-4	0,5	7,5	30,1	11,8	2,8	0,9	46,4
Kuintil-5	0,3	7,5	29,6	14,9	4,1	1,3	42,3

Tabel 4.6.1.9 menunjukkan persentase perokok yang merokok dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga menurut kabupaten/kotai. Sebanyak 91.4% perokok merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain.

**Tabel 4.6.1.9**  
**Persentase Perokok Dalam Rumah Tangga Ketika Bersama Anggota Rumah**  
**Tangga Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Perokok Di Dalam Rumah
Sambas	94,7
Bengkayang	96,0
Landak	91,7
Pontianak	89,1
Sanggau	94,2
Ketapang	91,6
Sintang	92,4
Kapuas Hulu	94,8
Sekadau	94,1
Melawi	92,5
Kota Pontianak	82,4
Kota Singkawang	93,7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>91,4</b>

Dari tabel 4.6.1.10 secara umum jenis rokok yang paling banyak diminati adalah rokok kretek dengan filter (57,8%), kemudian kretek tanpa filter (37,6%) dan rokok linting (16,0%)

**Tabel 4.6.1.10**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok Menurut Jenis**  
**Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Jenis Rokok yang Dihisap							
	Kretek Dengan Filter	Kretek Tanpa Filter	Rokok Putih	Rokok Linting	Cang- klong	Ce- ru- tu	Tem- ba- kau diku- nyah	Lain nya
Sambas	65,4	53,4	5,6	6,5	0,2	0,2	0,8	0,2
Bengkayang	31,3	39,0	11,3	20,2	0,3	0,3	7,1	8,3
Landak	48,6	43,4	27,9	29,7	0,2	0,0	0,7	0,2
Pontianak	57,8	28,6	24,3	9,4	1,4	1,0	2,6	0,5
Sanggau	62,3	44,8	22,8	36,8	1,1	0,9	2,1	0,2
Ketapang	64,7	32,3	4,7	12,1	0,1	0,0	12	0,0
Sintang	54,7	33,2	4,7	19,6	0,0	0,2	6,2	0,0
Kapuas Hulu	52,7	48,1	16,1	15,2	0,3	0,0	4,4	0,3
Sekadau	46,2	63,1	6,2	15,7	0,0	0,8	7,3	0,0
Melawi	42,2	33,8	9,4	31,4	4,1	0,0	12,9	1,2
Kota Pontianak	68,4	27,2	13,5	2,3	0,4	0,6	1,3	0,3
Kota Singkawang	74,2	18,2	17,4	7,5	0,4	0,4	0,4	0,4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>57,8</b>	<b>37,6</b>	<b>13,9</b>	<b>16</b>	<b>0,7</b>	<b>0,</b>	<b>4,5</b>	<b>0,7</b>

Menurut kelompok umur, pada umumnya jenis rokok yang diminati adalah kretek dengan filter, kecuali pada kelompok umur 55 tahun ke atas kretek tanpa filter merupakan pilihannya. Demikian juga rokok luring dan tembakau kunyah, banyak diminati oleh penduduk berumur 55 tahun ke atas. Menurut jenis kelamin, laki-laki lebih dominan pada semua jenis rokok dibandingkan perempuan, kecuali penggunaan tembakau kunyah pada perempuan 15 kali lebih banyak dibandingkan laki-laki. Menurut pendidikan, penduduk tidak sekolah lebih banyak menggunakan rokok kretek tanpa filter atau rokok luring dibandingkan jenis rokok lainnya, dan pada jenjang pendidikan lainnya didominasi oleh penggunaan kretek dengan filter; demikian juga halnya menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran per kapita (Tabel 4.6.1.11).

**Tabel 4.6.1.11**  
**Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis Rokok yang Dihisap							
	Kretek Dgn Filter	Kretek Tanpa Filter	Rokok Putih	Rokok Luring	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
<b>Kelompok Umur ( thn)</b>								
10-14	23,9	12,9	21,1	4,3	0,0	0,0	1,4	0,0
15-24	69,8	29,9	23,2	8,1	0,2	0,3	1,0	0,4
25-34	66,7	36,2	17,3	9,5	0,6	0,3	2,5	0,7
35-44	60,2	39,5	11,3	14,8	0,7	0,5	3,1	0,7
45-54	50,9	44,2	8,2	20,0	0,7	0,2	5,8	1,1
55-64	39,6	43,7	8,2	29,9	2,0	0,7	11,1	0,9
65-74	35,3	35,3	6,6	37,6	0,8	0,4	14,5	0,8
75+	25,7	31,9	9,6	40,7	0,9	1,8	15,8	0,9
<b>Jenis Kelamin</b>								
Laki – laki	60,8	38,9	14,6	14,9	0,6	0,4	2,1	0,5
Perempuan	23,8	22,8	6,2	27,5	1,0	0,4	31,3	3,3
<b>Pendidikan</b>								
Tidak sekolah	31,7	39,9	6,5	32,9	1,3	0,0	20,1	2,4
Tidak tamat	45,0	46,0	8,5	23,8	0,8	0,1	6,1	0,7
Tamat SD	58,1	42,4	12,1	16,1	0,6	0,3	2,3	0,5
Tamat SMP	68,4	36,9	18,1	10,8	0,5	0,7	1,1	0,4
Tamat SMA	72,9	23,7	21,5	4,8	0,4	0,7	0,6	0,5
Tamat SMA +	77,7	24,5	18,8	3,1	1,6	1,6	2,1	0,0
<b>Tipe Daerah</b>								
Kota	68,8	27,4	17,4	4,4	1,1	1,2	1,9	0,6
Desa	54,1	41,0	12,7	19,8	0,6	0,1	5,3	0,7
<b>Tingkat pengeluaran /kapita</b>								
Kuintil-1	51,9	41,6	12,7	20,3	1,0	0,4	7,3	0,9
Kuintil-2	56,2	40,1	13,5	18,8	0,6	0,6	4,8	0,8
Kuintil-3	54,5	38,7	12,3	16,7	0,3	0,1	4,5	0,8
Kuintil-4	62,1	35,3	14,3	13,0	0,7	0,3	4,0	0,7
Kuintil-5	62,7	33,8	16,2	11,3	0,7	0,7	2,3	0,5

Sebaran penduduk umur  $\geq 10$  tahun yang merokok berdasarkan jenis rokok yang dihisap (lebih dari 69%) banyak rumah tangga berumur 15 – 24 tahun, menghisap rokok kretek dengan filter. Laki-laki lebih banyak menghisap rokok kretek berfilter dibanding wanita. Kecenderungan penduduk yang berpendidikan tamat SMA+ (77,7% ) menghisap rokok kretek filter. Di perkotaan cenderung lebih besar menghisap rokok kretek filter dibandingkan di perdesaan. Terdapat perbedaan untuk setiap kuintil dalam memilih jenis rokok yang dihisap. Semakin tinggi penghasilan semakin banyak menghisap rokok jenis kretek filter, dan semakin rendah penghasilan semakin banyak memilih rokok liting, cangklong dan tembakau kunyah.

Ada kecenderungan penduduk berumur 75 tahun keatas memilih rokok liting, dibanding jenis rokok yang lain. Ada pengaruh pendidikan dan alam memilih jenis rokok. 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.

#### 4.6.2 Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur

Data frekuensi dan porsi asupan sayur dan buah dikumpulkan dengan menghitung jumlah hari konsumsi dalam seminggu dan jumlah porsi rata-rata dalam sehari. Penduduk dikategorikan 'cukup' konsumsi sayur dan buah apabila makan sayur dan/atau buah minimal 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu. Dikategorikan 'kurang' apabila konsumsi sayur dan buah kurang dari ketentuan di atas.

Tabel 4.6.2.1 menunjukkan penduduk umur 10 tahun ke atas di provinsi Kalbar yang kurang konsumsi buah dan sayur sebesar 94,9 . Kurang makan sayur buah terbanyak di Sambas (99,3 ).

**Tabel 4.6.2.1**  
**Persentase Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun Keatas Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kurang Makan Buah dan Sayur*)
Sambas	99,3
Bengkayang	94,4
Landak	93,6
Pontianak	95,7
Sanggau	90,7
Ketapang	97,4
Sintang	96,5
Kapuas Hulu	88,9
Sekadau	94,1
Melawi	91,2
Kota Pontianak	93,0
Kota Singkawang	97,0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>94.9</b>



Pada tabel 4.6.2.1 tampak bahwa di provinsi Kalimantan Barat lebih dari 90% masyarakatnya kurang makan buah dan sayur, terutama di kabupaten Sambas persentasenya mencapai 99,3%

Pada tabel 4.6.2.2 tampak bahwa di semua kelompok umur terlihat kurang konsumsi sayur buah diatas 90%. Tidak ada perbedaan konsumsi buah dan sayur antara laki-laki dan perempuan. Berdasarkan pendidikan juga kurang terlihat perbedaan konsumsi sayur buah. Tidak tampak adanya perbedaan mencolok antara perilaku konsumsi buah dan sayur di perkotaan dan perdesaan. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita juga tidak terlihat perbedaan yang mencolok dalam konsumsi sayur buah yang kurang.

**Tabel 4.6.2.2**  
**Persentase Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun Keatas**  
**Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskedas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Kurang Makan Buah dan Sayur*)</b>
<b>Kelompok Umur (tahun)</b>	
10-14 th	94,10
15-24th	95,10
25-35	95,80
36-44	94,50
45-54	94,50
55-64	95,00
65-74	94,50
+75	95,60
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki-laki	94,80
Perempuan	95,00
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	95,40
Tidak Tamat SD	95,60
Tamat SMP	94,60
Tamat PT	92,30
<b>Tipe Daerah</b>	
Perkotaan	95,00
Perdesaan	95,10
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>	
perbulan	
Kuintil-1	95,60
Kuintil-2	95,10
Kuintil-3	94,70
Kuintil-4	95,20
Kuintil-5	94,30

### 4.6.3 Perilaku Minum Minuman Beralkohol

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

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

Tabel 4.6.3.1 memperlihatkan persentase peminum alkohol 12 bulan terakhir di provinsi Kalimantan Barat sebanyak 8.8%, sedangkan yang masih minum dalam satu bulan terakhir 4.8%. Persentase tertinggi konsumsi alkohol 12 bulan terakhir tertinggi di kabupaten Sekadau (18.2%), kabupaten Sintang (17.6%) dan yang terendah di kabupaten Sambas (1.2%). Persentase peminum alkohol 1 bulan terakhir tertinggi pada kabupaten Bengkayang (13.2%), kabupaten Sekadau (13.0%) dan terendah kabupaten Sambas (0.7%).

**Tabel 4.6.3.1**  
**Persentase Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir**  
**Menurut Kabupaten / Kota Di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Konsumsi Alkohol 12 Bulan Terakhir</b>	<b>Konsumsi Alkohol 1 Bulan Terakhir</b>
Sambas	1,2	0,7
Bengkayang	15,2	13,2
Landak	15,1	6,9
Pontianak	2,5	1,3
Sanggau	15,2	9,4
Ketapang	10,4	6,0
Sintang	17,6	4,4
Kapuas Hulu	10,0	7,1
Sekadau	18,2	13,0
Melawi	12,0	7,5
Kota Pontianak	2,8	1,2
Kota Singkawang	4,9	2,6
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>8,8</b>	<b>4,8</b>

Pada tabel 4.6.3.2 dapat dilihat bahwa persentase peminum alkohol 12 bulan dan satu bulan terakhir mulai tinggi pada umur antara 15-24 tahun, yaitu sebesar 2,8% dan 1,3%, yang selanjutnya meningkat menjadi 3,9% dan 1,9% pada umur 25-34 tahun.

Menurut jenis kelamin, persentase peminum alkohol pada laki-laki yang mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir dan 1 bulan terakhir adalah 2,4% dan 1,5%. Sedangkan menurut pendidikan, persentase minum alkohol tinggi tampak pada yang tidak sekolah. Persentase peminum alkohol di perdesaan lebih tinggi dari perkotaan. Tidak tampak perbedaan persentase peminum alkohol yang mencolok menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan.

**Tabel 4.6.3.2**  
**Persentase Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Konsumsi Alkohol 12 Bulan Terakhir</b>	<b>Konsumsi Alkohol 1 Bulan Terakhir</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
10-14 tahun	0,6	0,1
15-24 tahun	2,8	1,3
25-34 tahun	3,9	1,9
35-44 tahun	4,3	1,9
45-54 tahun	4,7	2,2
55-64 tahun	4,2	1,5
65-74 tahun	3,6	1,8
75+ tahun	0,6	0,0
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki – laki	14,3	8,1
Perempuan	3,3	1,6
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	12,7	7,2
Tidak tamat SD	8,4	4,6
Tamat SD	8,7	4,6
Tamat SMP	9,4	5,2
Tamat SMA	7,5	4,1
Tamat SMA +	4,9	2,8
<b>Tipe Daerah</b>		
Pekotaan	3,9	2,0
Perdesaan	10,7	5,9
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	10,0	5,9
Kuintil-2	10,3	5,4
Kuintil-3	8,6	4,5
Kuintil-4	7,7	4,1
Kuintil-5	6,8	3,8

Tabel 4.6.3.3 menggambarkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang minum alkohol satu bulan terakhir menurut frekuensi minum serta jenis minuman berdasarkan kabupaten/kota. Tampak bahwa minuman tradisional banyak dikonsumsi di semua kabupaten/kota, kecuali kota Pontianak. Untuk konsumsi bir tertinggi di kota Pontianak.

**Tabel 4.6.3.3**  
**Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan**  
**Frekuensi Minum dan Jenis Minuman dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Frekuensi				Jenis Minuman		
	$\geq 5$ Hr/Mg	1-4 Hr/Mg	1-3 Hr/Bln	< 1x /Bln	Bir	Whiskey /Vodka	Minuman Tradisional
Sambas	0,0	0,0	100	0,0	0	0	100,0
Bengkayang	0,0	16,7	25,8	58,3	4,0	0	96,0
Landak	20,3	20,0	40,0	20,0	0	0	100,0
Pontianak	0,0	0,0	50,0	50,0	0	0	100,0
Sanggau	6,5	32,2	35,0	25,0	3,1	0	96,9
Ketapang	20,5	6,7	16,7	56,7	0	0	100,0
Sintang	0,0	20,0	20,0	60,0	40,0	0	60,0
Kapuas Hulu	23,1	15,4	46,2	15,4	0	30,8	69,2
Sekadau	10,7	14,3	57,1	17,9	0	0,0	100,0
Melawi	9,1	45,5	45,5	0,0	0	9,1	90,9
Kota Pontianak	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Kota Singkawang	50,0	0,0	0,0	50,0	33,3	66,7	66,7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>8,9</b>	<b>21,2</b>	<b>32,7</b>	<b>25,3</b>	<b>9,1</b>	<b>1,7</b>	<b>78,0</b>

Tabel 4.6.3.4 menggambarkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang minum alkohol satu bulan terakhir menurut frekuensi minum serta jenis minuman berdasarkan

Karakteristik responden. Peminum alkohol yang minum dengan frekuensi  $\geq 5$  hari tiap minggu (hampir tiap hari) banyak terdapat pada umur 65 tahun ke atas dan meningkat pada pendidikan yang semakin rendah. Laki-laki dan perempuan yang minum  $> 5$  hari tiap minggu persentasenya relatif sama yaitu sekitar 10%. Frekuensi minum alkohol lebih tinggi di perdesaan dari pada perkotaan. Pada kuintil 4 dan 5 frekuensi minum 1 -  $> 5$  hari tiap minggu lebih rendah dibanding kuintil 1,2 dan 3. Jenis minuman yang banyak disukai adalah minuman tradisional .

**Tabel 4.6.3.4**  
**Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan**  
**Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Frekuensi				Jenis Minuman		
	≥5 Hr/Mg	1-4 Hr/Mg	1-3 Hr/Bln	< 1x /Bln	Bir	Whiskey /Vodka	Minuman Tradisional
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
10-14	0,0	14,3	42,9	42,9	7,7	0,0	92,3
15-24	11,2	28,4	33,0	27,4	7,5	2,3	90,2
25-34	8,2	18,9	38,4	34,5	14,9	1,8	82,6
35-44	6,3	22,8	40,1	30,8	9,2	0,8	89,5
45-54	13,6	24,3	31,1	31,1	9,7	2,3	87,5
55-64	12,5	28,8	35,0	23,8	6,3	2,5	91,1
65-74	20,8	16,7	29,2	33,3	0,0	0,0	100,0
≥75	0,0	40,0	20,0	40,0	0,0	0,0	100,0
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki – laki	9,9	24,5	36,3	29,4	11,1	1,5	86,9
Perempuan	10,1	17,9	34,5	37,5	3,6	3,0	93,5
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	14,8	20,4	25,9	38,9	1,8	1,8	92,3
Tidak tamat SD	17,1	20,0	25,7	37,1	2,9	0,0	90,2
Tamat SD	5,3	13,2	57,9	23,7	2,6	2,6	82,6
Tamat SMP	5,9	29,4	35,3	29,4	10,5	5,3	89,5
Tamat SMA	0,0	7,7	58,3	38,5	15,4	15,4	87,5
Tamat PT	0,0	0,0	0,0	100	0,0	0,0	100,0
<b>Tipe Daerah</b>							
Pekotaan	6,7	13,3	46,7	33,3	26,7	0,0	73,3
Perdesaan	11,7	19,3	35,2	33,8	2,1	3,4	94,5
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>							
Kuintil-1	18,0	20,9	34,9	25,6	0,0	2,4	97,6
Kuintil-2	13,2	21,1	34,2	31,6	5,1	7,7	87,2
Kuintil-3	6,3	25,0	28,1	40,6	3,1	0,0	96,9
Kuintil-4	8,0	16,0	40,0	36,0	8,0	0,0	92,0
Kuintil-5	4,8	9,5	47,6	38,1	9,5	4,8	95,5

Tabel 4.6.3.5 menggambarkan persentase peminum minuman beralkohol satu bulan terakhir berdasarkan satuan standar minuman menurut kabupaten/kota. Persentase peminum alkohol dengan frekuensi minum 1-2 satuan/hari sejumlah 35,9% , yang minum > 11 satuan/hari sebesar 5,9% .

**Tabel 4.6.3.5**  
**Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan**  
**Satuan Standard Minuman dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Satuan Standar Minuman Dalam Sehari				Tidak Tahu
	1-2 Sat/Hari	3-4 Sat/Hari	5-6 Sat/Hari	≥ 11 Sat/Hari	
Sambas	63,2	5,3	5,3	0,0	26,3
Bengkayang	18,5	8,9	0,0	14,1	58,5
Landak	35,0	0,9	0,0	15,4	48,7
Pontianak	20,3	13,9	5,1	0,0	60,8
Sanggau	60,6	5,4	3,4	3,0	27,6
Ketapang	27,0	3,2	,8	0,8	68,3
Sintang	50,6	3,7	1,2	0,0	44,4
Kapuas Hulu	28,6	11,0	4,4	11,0	45,1
Sekadau	36,3	2,4	0,0	2,4	58,9
Melawi	16,0	2,7	2,7	9,3	69,3
Kota Pontianak	27,6	5,3	5,2	5,2	62,1
Kota Singkawang	64,0	4,0	4,0	0,0	28,0
<b>Propinsi Kalimantan</b>	<b>35,9</b>	<b>5,2</b>	<b>2,1</b>	<b>5,9</b>	<b>50,8</b>

Catatan : 7 – 10 satuan/ hari tidak terdapat

Pada tabel 4.6.3.6 tampak bahwa rata-rata persentase minum minuman beralkohol dalam satu bulan terakhir menurut kelompok umur sebesar 25 – 40%, kecuali kelompok umur 10 – 14 tahun 10,3%. Untuk setiap kelompok ukuran minum minuman alkohol, persentase laki-laki lebih tinggi dari perempuan.. Demikian pula dengan tipe daerah, di perdesaan minum alkohol  $\geq$  11 satuan/hari lebih tinggi dari perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, khusus untuk ukuran 3 – 4 satuan/hari terbanyak di kuintil 1.

**Tabel 4.6.3.6**  
**Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir**  
**Berdasarkan Satuan Standard Minuman Menurut Karakteristik**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Satuan Standar Minuman Dalam Sehari*				Tidak Tahu
	1-2 Sat/Hari	3-4 Sat/Hari	5-6 Sat/Hari	≥ 11 Sat/Hari	
<b>Kelompok umur (tahun)</b>					
10-14 tahun	10,3	0,0	0,0	1,7	87,9
15-24 tahun	36,2	5,7	1,7	4,8	51,5
25-34 tahun	36,2	6,6	3,4	6,6	47,2
35-44 tahun	40,2	4,0	2,8	5,2	47,8
45-54 tahun	40,1	6,4	1,1	7,5	44,9
55-64 tahun	31,8	3,5	0,0	7,1	57,6
65-74 tahun	34,6	3,8	0,0	7,7	53,8
75+ tahun	25,0	0,0	0,0	12,5	62,5
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki	37,8	6,0	2,3	5,6	48,3
Perempuan	27,8	1,9	1,4	7,4	61,6
<b>Pendidikan</b>					
Tidak sekolah	22,8	1,3	0,0	7,6	68,4
Tidak tamat SD	35,9	6,8	1,0	4,7	51,5
Tamat SD	42,9	4,1	3,4	5,1	44,6
Tamat SMP	37,2	8,4	3,7	4,2	46,6
Tamat SMA	35,3	3,5	2,9	8,8	49,4
Tamat SMA +	27,3	9,1		18,2	45,5
<b>Tipe Daerah</b>					
Pekotaan	41,7	1,3	4,5	3,2	49,4
Perdesaan	35,1	5,7	1,8	6,3	51,0
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>					
Kuintil-1	35,3	7,5	1,9	5,6	49,6
Kuintil-2	41,0	4,4	2,0	7,6	45,0
Kuintil-3	34,6	3,7	1,8	4,6	55,3
Kuintil-4	33,7	5,2	2,6	6,2	52,3
Kuintil-5	33,7	4,5	2,5	5,4	54,0

**Catatan :** 7 – 10 satuan/ hari tidak terdapat

\*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

Tabel 4.6.3.7 memperlihatkan rata-rata persentase peminum minuman beralkohol dalam satu bulan terakhir berdasarkan standar minuman beralkohol dalam sehari tersering  $\geq 5$  sat/hari di provinsi Kalimantan Barat sebesar 8,9%, namun di kota Singkawang mencapai 50%. Sedangkan jenis minuman beralkohol yang terbanyak diminati adalah minuman tradisional

**Tabel 4.6.3.7**  
**Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir**  
**Berdasarkan Satuan Standard Minuman,**  
**Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Frekuensi				Jenis Minuman		
	$\geq 5$ Hr/ Mg	1-4 Hr/ Mg	1-3 Hr/ Bln	< 1x /Bbln	Bir	Whiskey/ Vodka	Mminuman Tradisional
Sambas	0,0	0,0	100	0,0	0	0	100,0
Bengkayang	0,0	16,7	25,8	58,3	4,0	0	96,0
Landak	20,3	20,0	40,0	20,0	0	0	100,0
Pontianak	0,0	0,0	50,0	50,0	0	0	100,0
Sanggau	6,5	32,2	35,0	25,0	3,1	0	96,9
Ketapang	20,5	6,7	16,7	56,7	0	0	100,0
Sintang	0,0	20,0	20,0	60,0	40,0	0	60,0
Kapuas Hulu	23,1	15,4	46,2	15,4	0	30,8	69,2
Sekadau	10,7	14,3	57,1	17,9	0	0,0	100,0
Melawi	9,1	45,5	45,5	0,0	0	9,1	90,9
Kota Pontianak	00	0,0	0,0	100,0	100	0,0	0,0
Kota	50,0	0,0	0,0	50,0	33,3	66,7	66,7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>8,9</b>	<b>21,2</b>	<b>32,7</b>	<b>25,3</b>	<b>9,1</b>	<b>1,7</b>	<b>78,0</b>



#### 4.6.4 Perilaku Aktifitas Fisik

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

**Tabel 4.6.4.1**  
**Persentase Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 Tahun Keatas**  
**Menurut Kabupaten / Kota di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Kurang Aktivitas Fisik</b>
Sambas	37,5
Bengkayang	36,5
Landak	38,8
Pontianak	63,4
Sanggau	37,6
Ketapang	47,6
Sintang	36,9
Kapuas Hulu	30,2
Sekadau	20,0
Melawi	26,1
Kota Pontianak	71,8
Kota Singkawang	48,9
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>46,3</b>

Tabel 4.6.4.1 Menjelaskan Persentase penduduk  $\geq 10$  tahun yang kurang aktivitas fisik adalah 46,3%, tertinggi di Kota Pontianak (71,8%), diikuti kabupaten Pontianak (63,4%), Kota Singkawang (48,9%) dan terendah pada Kabupaten Sekadau (20,0%).

**Tabel 4.6.4.2**  
**Persentase Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 Tahun Keatas Menurut**  
**Karakteristik Responden**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Kurang</b>
<b>Kelompok Umur (Thn)</b>	
10-14 tahun	68,8
15-24 tahun	79,5
25-34 tahun	82,0
35-44 tahun	77,2
45-54 tahun	66,8
55-64 tahun	50,8
65-74 tahun	29,7
75+ tahun	41,0
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki – laki	70,1
Perempuan	68,3
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	68,9
Tidak tamat SD	66,8
Tamat SD	71,2
Tamat SMP	74,2
Tamat SMA	67,4
Tamat PT	56,8
<b>Pekerjaan</b>	
Tidak kerja	40,8
Sekolah	46,5
Ibu RT	72,6
Pegawai	62,3
Wiraswasta	71,3
Petani/nelayan/buruh	88,9
Lainnya	65,8
<b>Tipe Daerah</b>	
Pekotaan	54,9
Perdesaan	74,8
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>	
Kuintil-1	29,0
Kuintil-2	33,0
Kuintil-3	32,5
Kuintil-4	37,3
Kuintil-5	40,7

Pada tabel 4.6.4.2 terlihat bahwa menurut kelompok umur, kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat pada kelompok usia muda, umur 25-14 tahun (68,8%), 15 -24 tahun (79,5%) dan 25 – 34 tahun (82.0%). Laki-laki (70,1%) sedikit lebih tinggi beraktivitas fisik kurang dibanding perempuan (68,3%). Berdasarkan tingkat pendidikan, tamat perguruan tinggi lebih rendah persentase yang kurang aktifitas fisik. Persentase kurang aktivitas fisik penduduk perkotaan (54,9 %) lebih rendah di banding perdesaan (74,8%), dan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan semakin meningkat persentase kurang aktivitas fisik.

## 4.6.5 Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS

### 4.6.5.1 Flu Burung

Data mengenai pengetahuan dan sikap penduduk tentang flu burung dikumpulkan dengan didahului pertanyaan saringan : apakah pernah mendengar tentang flu burung. Untuk penduduk yang pernah mendengar, ditanyakan lebih lanjut pengetahuan tentang penularan dan sikapnya apabila ada unggas yang sakit atau mati mendadak.

Penduduk dianggap memiliki pengetahuan tentang penularan flu burung yang benar apabila menjawab cara penularan melalui kontak dengan unggas sakit atau kontak dengan kotoran unggas/pupuk kandang. Penduduk dianggap bersikap benar bila menjawab salah satu : melaporkan kepada aparat terkait, atau membersihkan kandang unggas, atau mengubur/ membakar unggas sakit, apabila ada unggas yang sakit dan mati mendadak.

**Tabel 4.6.5.1.1**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas Menurut Pengetahuan dan Sikap**  
**Tentang Flu Burung di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Pernah Mendengar Tentang Flu Burung	Berpengetahuan Benar Tentang Flu Burung	Bersikap Benar Tentang Flu Burung
Sambas	65,4	75.3	83.1
Bengkayang	44,4	74.8	90.0
Landak	30,2	78.3	94.2
Pontianak	73,8	90.0	92.0
Sanggau	43.8	84.8	92.5
Ketapang	41,8	85.7	91.8
Sintang	60,0	85.5	86.4
Kapuas Hulu	68,4	64.0	68.6
Sekadau	52,7	74.6	92.4
Melawi	31,2	76.2	66.8
Kota Pontianak	75,0	78.5	93.9
Kota Singkawang	62,2	85.8	90.8
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>57.7</b>	<b>81.3</b>	<b>88.6</b>

Tabel 4.6.5.1.1 menunjukkan persentase penduduk  $\geq 10$  tahun di provinsi Kalimantan Barat mempunyai pengetahuan flu burung terbanyak bersikap benar tentang flu burung (88.6%),berpengetahuan benar tentang flu burung (81.3%)pernah mendengar tentang flu burung (57.7%),

Bila diurutkan pengetahuan pernah mendengar tentang flu burung tertinggi di Kota Pontianak (75,0%), kabupaten Pontianak (73,8%), Kapuas Hulu (68,4%) dan terendah pada kabupaten Landak (30,2%). Bersikap benar tentang flu burung tertinggi di kabupaten Landak (94.2%), Kota Pontianak (93.9%), Kota Sanggau (92.5%) terendah di kabupaten Malawi (66.8%). Dan berpengetahuan benar tentang flu burung tertinggi di Kota Pontianak (90.0%), kota Singkawang (85.8%), terendah di kabupaten Kapuas Hulu (64.0%).

**Tabel 4.6.5.1.2**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas Menurut Pengetahuan Dan Sikap**  
**Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskedas 2007**

<b>Krakteristik</b>	<b>Pernah Mendengar Tentang Flu Burung</b>	<b>Berpengetahuan Benar Tentang Flu Burung</b>	<b>Bersikap Benar Tentang Flu Burung</b>
<b>Kelompok Umur (Thn)</b>			
10-14 tahun	41,3	32,4	34,3
15-24 tahun	71,7	60,7	64,3
25-34 tahun	68,9	56,9	61,2
35-44 tahun	63,2	51,2	56,5
45-54 tahun	52,5	41,2	47,1
55-64 tahun	39,3	29,4	33,7
65-74 tahun	27,4	17,3	22,4
75+ tahun	15,6	10,0	13,3
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki – laki	61,3	50,3	54,5
Perempuan	54,4	43,4	47,7
<b>Pendidikan</b>			
Tidak sekolah	23,0	15,2	19,1
Tidak tamat SD	38,5	27,4	31,1
Tamat SD	54,5	42,1	46,7
Tamat SMP	74,4	63,8	66,8
Tamat SMA	87,7	76,8	82,1
Tamat SMA +	92,8	82,7	90,2
<b>Pekerjaan</b>			
Tidak kerja	49,4	39,3	44,1
Sekolah	54,7	45,8	47,6
Ibu RT	61,1	49,7	54,4
Pegawai	89,1	77,6	85,6
Wiraswasta	73,6	62,6	67,4
Petani/nelayan/buruh	49,0	37,3	41,1
Lainnya	60,2	46,0	53,0
<b>Tipe Daerah</b>			
Pekotaan	72,4	59,6	66,7
Perdesaan	52,2	41,9	45,0
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>			
Kuintil-1	48,1	36,9	41,8
Kuintil-2	51,4	40,3	43,5
Kuintil-3	56,6	45,2	49,5
Kuintil-4	61,1	50,8	54,4
Kuintil-5	69,3	58,0	63,3

Tabel 4.6.5.1.2 menunjukkan persentase penduduk  $\geq 10$  tahun yang pernah mendengar tentang flu burung dan berpengetahuan dan bersikap benar tentang flu burung terbanyak pada umur 15-44 tahun dan terendah pada umur lebih dari atau sama dengan 75 tahun.

Laki-laki lebih tinggi pengetahuannya tentang flu burung dibanding wanita. Tingkat pendidikan semakin tinggi, pengetahun tentang flu burung semakin baik. Penduduk di daerah perkotaan lebih tinggi pengetahuan tentang flu burung dibanding di daerah perdesaan. Terdapat perbedaan antara tingkat pendapatan rendah dan tinggi, semakin tinggi tingkat pendapatan penduduk semakin tinggi pengetahuan tentang flu burung.

#### 4.6.5.2 HIV/AIDS

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

**Tabel 4.6.5.2.1**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas Menurut Pengetahuan**  
**Tentang HIV/AIDS dan**  
**Kabupaten / Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Pernah Mendengar Tentang HIV/AIDS</b>	<b>Berpengetahuan Benar Tentang penularan HIV/AIDS</b>	<b>Berpengetahuan Benar Tentang Pencegahan HIV/AIDS</b>
Sambas	49,0	5,2	42,1
Bengkayang	32,0	5,4	50,2
Landak	20,7	51,9	56,3
Pontianak	63,0	7,9	44,4
Sanggau	32,5	41,4	77,5
Ketapang	34,9	44,2	53,6
Sintang	49,8	15,0	24,8
Kapuas Hulu	51,6	29,9	40,2
Sekadau	34,3	34,1	50,3
Melawi	20,4	9,4	39,8
Kota Pontianak	68,1	11,7	50,3
Kota Singkawang	53,1	14,3	44,6
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>46,6</b>	<b>17,7</b>	<b>46,7</b>

Tabel 4.6.5.2.1 menunjukkan penduduk  $\geq 10$  tahun di Kalimantan Barat yang berpengetahuan tentang HIV/AIDS yang terbanyak pernah mendengar tentang HIV/AIDS ( 46,6 %), tertinggi di Kota Pontianak (68,1 %), terendah di Melawi (20,4 %) dan Landak (20,7 %). Berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS tertinggi di kota Landak, terendah di Sambas dan Bengkayang. Berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS tertinggi di kota Sanggau, terendah di Melawi.

**Tabel 4.6.5.2.2**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas Menurut Pengetahuan Tentang**  
**HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Pernah Mendengar</b>	<b>Berpengetahuan Benar Tentang Penularan</b>	<b>Berpengetahuan Benar Tentang Pencegahan</b>	<b>Bersikap Benar</b>
<b>Kelompok Umur (tahun)</b>				
10-14 tahun	24,2	23,8	8,2	39,9
15-24 tahun	61,7	61,3	31,5	40,6
25-34 tahun	59,9	59,6	27,2	37,7
35-44 tahun	52,8	52,7	24,7	38,1
45-54 tahun	40,0	39,7	19,2	37,7
55-64 tahun	27,9	27,8	12,1	37,7
65-74 tahun	18,5	18,4	7,0	38,6
75+ tahun	7,0	6,9	2,8	44,0
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki – laki	50,2	49,9	24,0	55,1
Perempuan	43,0	42,8	19,3	56,0
<b>Pendidikan</b>				
Tidak sekolah	12,1	12,0	3,1	58,8
Tidak tamat SD	23,2	23,0	8,4	53,2
Tamat SD	40,0	39,8	13,4	53,9
Tamat SMP	65,8	65,5	30,7	54,8
Tamat SMA	83,3	83,0	47,7	57,0
Tamat SMA +	87,8	87,8	61,9	61,3
<b>Pekerjaan</b>				
Tidak kerja	39,5	39,2	17,5	54,1
Sekolah	40,8	40,3	19,6	50,5
Ibu RT	50,1	50,0	22,5	55,0
Pegawai	84,5	84,2	53,1	61,5
Wiraswasta	65,5	65,5	31,9	56,6
Petani/nelayan/buruh	36,0	35,8	13,1	55,7
Lainnya	51,8	51,1	26,5	51,6
<b>Tipe Daerah</b>				
Pekotaan	63,7	63,4	33,0	60,6
Perdesaan	39,9	39,6	17,2	52,4
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>				
Kuintil-1	34,8	34,6	14,0	54,1
Kuintil-2	39,6	39,4	16,9	54,4
Kuintil-3	45,1	44,8	19,6	52,7
Kuintil-4	51,1	50,9	23,7	56,0
Kuintil-5	59,3	58,9	31,4	57,7

Tabel 4.6.5.2.2 menunjukkan persentase penduduk  $\geq 10$  tahun yang pernah mendengar, tentang HIV/AIDS terbanyak umur 15 – 24 tahun (61,7 ), terendah pada umur 75 tahun ke atas. Anggota rumah tangga berumur 15 – 24 tahun, berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS tertinggi (61,3 ). Anggota rumah tangga berumur 15 – 24 tahun, berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV /AIDS(31,5 ). **Bersikap benar tentang HIV/AIDS** tertinggi pada usia 75 keatas. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka pengetahuan tentang HIV/AIDS semakin tinggi. Laki-laki lebih tinggi pengetahuan tentang HIV/AIDS dibanding wanita. Penduduk di daerah perkotaan lebih tinggi pengetahuan tentang HIV/AIDS dibanding di daerah perdesaan. Terdapat perbedaan untuk setiap tingkat pendapatan mempengaruhi pengetahuan tentang HIV/AIDS. Semakin tinggi tingkat pendapatan penduduk semakin tinggi pengetahuan tentang HIV/AIDS.

**Tabel 4.6.5.2.3**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas Menurut Sikap Bila Ada Anggota**  
**Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten / Kota Menurut**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ kota	Meraha siakan	Bicarakan dengan ART lain	Konseling & Pengobatan	Cari Pengobatan Alternatif	Mengu cilkan
Sambas	26,8	72,8	85,0	62,0	8.2
Bengkayang	42,1	57,6	91,8	58,7	4.4
Landak	43,7	66,4	94,7	81,0	2.1
Pontianak	46,8	54,9	93,5	57,2	3.1
Sanggau	32,6	85,9	95,5	74,0	11.3
Ketapang	54,6	60,2	87,2	70,5	11.0
Sintang	29,4	73,9	87,6	69,0	3.4
Kapuas Hulu	38,6	58,6	92,6	67,0	3.1
Sekadau	34,0	67,5	94,5	57,9	8.4
Melawi	43,9	72,2	92,2	56,7	3.9
Kota Ptk	39,9	59,9	85,6	66,4	6.3
Kota Singk	23,3	67,4	94,8	28,6	5.0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>38,7</b>	<b>64,3</b>	<b>90,1</b>	<b>62,8</b>	<b>5.7</b>

Tabel 4.6.5.2.3 memperlihatkan persentase penduduk  $\geq 10$  tahun yang bersikap benar tentang HIV/AIDS di Provinsi Kalimantan Barat terbanyak pada konseling & pengobatan (90,1%) tertinggi di kabupaten Sanggau (95,5%), terendah di Sambas (85 0%). Persentase yang bersikap mengucilkan (5.7%) tertinggi di kabupaten Sanggau (11,3% ), terendah di kabupaten Landak (2.1%). Persentase di Provinsi mem bicarakan dengan ART lain (64,3%) tertinggi di Sanggau (85,9%), terendah kabupaten Pontianak (59,9%). Persentase cari pengobatan alternative (62,8%) tertinggi di Landak (81.0% ), terendah Kota Singkawang (28,6%). Persentase merahasiakan (38.7%), tertinggi di Kota Ketapang (54,6%), terendah di Singkawang (23,3%).



**Tabel 4.6.5.2.4**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas Menurut Sikap Andaikata Ada**  
**Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Meraha siakan</b>	<b>Bicarakan dengan ART lain</b>	<b>Konseling &amp; Pengo batan</b>	<b>Cari Pengobata n Alternatif</b>	<b>Mengucil kan</b>
<b>Kelompok Umur (Thn)</b>					
10-14 tahun	54,8	53,9	83,8	53,0	77,1
15-24 tahun	54,8	64,9	90,8	64,3	87,1
25-34 tahun	54,8	66,0	89,9	63,6	87,3
35-44 tahun	54,8	65,4	91,2	62,4	87,0
45-54 tahun	54,8	66,3	91,5	65,1	87,7
55-64 tahun	54,8	61,0	89,3	61,6	84,0
65-74 tahun	54,8	53,8	88,3	59,3	77,9
75+ tahun	54,8	44,0	76,0	52,0	96,0
<b>Jenis Kelamin</b>					
Laki - laki	55,1	65,5	90,2	63,4	86,8
Perempuan	56,0	62,8	89,9	62,1	85,6
<b>Pendidikan</b>					
Tidak sekolah	58,8	63,4	86,0	49,6	76,0
Tidak tamat SD	53,2	57,1	86,7	60,5	79,0
Tamat SD	53,9	62,7	86,8	57,7	82,7
Tamat SMP	54,8	66,8	91,3	64,6	87,2
Tamat SMA	57,0	65,6	92,4	66,0	90,6
Tamat SMA +	61,3	68,8	94,7	69,1	92,6
<b>Pekerjaan</b>					
Tidak kerja	54,1	57,6	88,9	57,9	86,5
Sekolah	50,5	59,8	88,1	61,5	83,1
Ibu RT	55,0	63,7	90,5	64,4	88,1
Pegawai	61,5	67,7	93,4	66,9	91,9
wiraswasta	56,6	64,2	89,8	62,4	90,0
Petani/nelayan/ buruh	55,7	68,0	89,5	62,8	81,7
Lainnya	51,6	56,5	89,6	52,2	87,2
<b>Tipe Daerah</b>					
Pekotaan	60,6	65,0	89,4	60,7	88,9
Perdesaan	52,4	63,8	90,5	64,1	84,6
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>					
Kuintil-1	54,1	60,7	88,8	60,9	87,7
Kuintil-2	54,4	64,0	88,7	62,7	85,1
Kuintil-3	52,7	62,4	87,7	61,0	83,7
Kuintil-5	57,7	63,1	92,0	63,7	87,7
Kuintil-4	56,0	68,5	91,1	63,2	86,6

Tabel 4.6.5.2.4 menggambarkan persentase penduduk  $\geq 10$  tahun yang bersikap benar tentang HIV/AIDS tertinggi di kelompok umur 45-54 tahun. Laki-laki berpengetahuan sedikit lebih baik dibanding perempuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik pengetahuan tentang HIV/AIDS. Penduduk di daerah perkotaan lebih tinggi pengetahuan tentang HIV/AIDS dibanding di daerah perdesaan. Terdapat perbedaan untuk tingkat pendapatan terhadap pengetahuan tentang HIV/AIDS, semakin tinggi tingkat pendapatan penduduk semakin tinggi pengetahuan tentang HIV/AIDS.

#### 4.6.6 Perilaku Higienis

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

**Tabel 4.6.6.1**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Berperilaku Benar Dalam Hal BAB	Berperilaku Benar Cuci Tangan Dengan Sabun
Sambas	69,6	4,9
Bengkayang	65,0	32,8
Landak	37,6	24,8
Pontianak	91,2	29,9
Sanggau	51,2	19,0
Ketapang	76,3	26,9
Sintang	78,6	26,9
Kapuas Hulu	56,9	7,7
Sekadau	58,6	56,8
Melawi	38,2	8,8
Kota Pontianak	98,6	24,6
Kota Singkawang	88,3	23,5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>72,7</b>	<b>23,3</b>

Tabel 4.6.6.2 memperlihatkan persentase penduduk  $\geq 10$  tahun yang berperilaku benar dalam hal buang air besar dan cuci tangan dengan sabun. Sebesar 72,7 penduduk Kalimantan Barat berperilaku benar dalam hal buang air besar. Tertinggi di kota Pontianak, terendah di Landak. Hanya 23,3% penduduk berperilaku benar mencuci tangan dengan sabun, tertinggi di kabupaten Sekadau, terendah di Sambas.

**Tabel 4.6.6.2**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang**  
**Air Besar dan Cuci Tangan Menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Berperilaku Benar Dalam Hal BAB</b>	<b>Berperilaku Benar Cuci Tangan Dengan Sabun</b>
<b>Kelompok Umur (Thn)</b>		
10-14 tahun	68,8	18,7
15-24 tahun	73,3	24,6
25-34 tahun	70,9	25,6
35-44 tahun	72,4	24,8
45-54 tahun	73,4	24,7
55-64 tahun	70,5	20,3
65-74 tahun	71,8	17,9
75+ tahun	67,0	15,3
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki – laki	71,2	18,7
Perempuan	72,1	27,8
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	55,3	16,6
Tidak tamat SD	61,8	19,9
Tamat SD	69,1	21,7
Tamat SMP	77,8	25,4
Tamat SMA	88,6	29,5
Tamat PT	95,4	39,1
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak kerja	78,3	22,9
Sekolah	72,1	20,8
Ibu RT	79,6	33,9
Pegawai	93,2	29,1
Wiraswasta	84,9	22,9
Petani/nelayan/buruh	57,3	18,8
Lainnya	79,8	23,1
<b>Tipe Daerah</b>		
Pekotaan	94,9	26,9
Perdesaan	62,5	21,9
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>		
Kuintil-1	21,7	4,8
Kuintil-2	32,5	5,4
Kuintil-3	41,3	5,1
Kuintil-4	48,0	4,3
Kuintil-5	65,0	6,3

**Tabel 4.6.6.2 memperlihatkan persentase** penduduk  $\geq 10$  tahun yang berperilaku benar dalam hal buang air besar 73,4 pada penduduk berumur 45 – 54 tahun. Tingkat pendidikan mempengaruhi Terdapat perbedaan untuk setiap kuintil untuk mempengaruhi berperilaku benar dalam hal buang air besar. Semakin tinggi tingkat pendapatan semakin tinggi persentase berperilaku benar hidup bersih dan sehat.

Perempuan memiliki kesadaran lebih tinggi berperilaku hidup sehat dengan mencuci tangan dengan sabun dibandingkan laki-laki. Tingkat pendidikan mempengaruhi berperilaku hidup bersih, semakin tinggi pendidikan semakin tinggi persentase perilaku hidup bersih dan sehat. Semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita semakin tinggi hidup higienis.

#### 4.6.7 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 4.6.7.1**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas dengan Konsumsi Makanan Berisiko Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
Sambas	75.1	26.6	30.2	0.4	0.5	21.6	48.7	98.4
Bengkayang	69.1	25.4	4.1	0.9	1.0	1.6	67.4	88.1
Landak	59.7	39.9	3.5	0.4	0.5	0.6	79.3	82.1
Pontianak	77.6	33.1	11.3	1.0	1.2	14.0	49.7	84.1
Sanggau	87.1	17.7	6.2	3.1	1.7	13.4	64.8	84.7
Ketapang	57.5	5.2	8.7	1.4	1.9	8.3	61.4	74.6
Sintang	72.7	14.8	3.8	1.0	0.6	8.0	64.9	83.6
Kapuas Hulu	81.6	26.3	13.9	2.2	2.3	13.2	74.6	78.5
Sekadau	94.2	32.2	4.8	1.2	1.3	4.0	72.6	83.7
Melawi	68.7	12.6	3.7	1.0	1.3	2.8	66.3	98.8
Kota Pontianak	69.8	27.6	10.1	1.3	2.2	22.5	46.2	90.0
Kota	87.4	26.9	4.3	1.1	0.8	7.6	61.8	96.5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>74.0</b>	<b>24.5</b>	<b>10.2</b>	<b>1.2</b>	<b>1.3</b>	<b>12.1</b>	<b>59.6</b>	<b>86.5</b>

Tabel 4.6.7.1 menggambarkan persentase penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut kabupaten/kota. Sering mengonsumsi makanan manis dilakukan oleh 74,0% penduduk Kalimantan Barat berusia  $\geq 10$  tahun, tertinggi ditemukan di kabupaten Sekadau 94,2 % dan terendah di Ketapang (57,4%). Sedangkan persentase sering mengonsumsi makanan asin di Kalimantan barat ditemukan 24,5% , tertinggi di Landak (39,9 %) dan terendah di Melawi (12,6%).

Penduduk Kalimantan Barat yang mengkonsumsi makanan berlemak 10,2%, tertinggi di kabupaten Sambas (30,2 %) dan terendah di Landak (3,5 %). Penyedap sering dikonsumsi oleh 86,5 penduduk Kalbar secara keseluruhan, tertinggi di Melawi (98,8 %) dan terendah di Ketapang (74,6% ). Sedangkan kafein sering dikonsumsi oleh 59,6 % penduduk Kalbar, tertinggi di Landak (79,3% ) dan terendah di kota Pontianak 46,2% .

**Tabel 4.6.7.2**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas dengan Konsumsi Makanan Berisiko Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat , Riskesdas 2007**

Karakteristik	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
<b>Kelompok umur (tahun)</b>								
10-14	73.2	25.9	10.2	1.0	1.4	16.2	35.4	85.6
15-24	74.8	25.3	10.2	1.0	1.4	13.0	52.7	85.3
25-34	75.6	24.6	10.1	1.7	1.2	12.3	65.0	86.7
35-44	75.0	24.9	11.1	1.1	1.1	12.2	68.7	88.4
45-54	75.3	23.4	9.4	1.4	1.3	10.2	69.6	87.6
55-64	69.4	21.8	9.7	1.3	1.5	7.3	68.1	85.8
65-74	67.6	23.7	12.3	1.2	1.3	7.6	63.2	84.2
75+	61.1	19.6	8.7	1.7	1.1	7.8	53.8	81.8
<b>Jenis kelamin</b>								
Laki-Laki	75.0	24.3	9.8	1.2	1.4	11.9	69.6	85.6
Perempuan	72.9	24.8	10.7	1.3	1.2	12.3	49.7	87.3
<b>Pendidikan</b>								
Tidak Sekolah	67.0	21.6	8.2	1.4	0.9	7.4	65.9	84.5
Tidak Tamat SD	72.5	23.9	10.5	1.3	1.0	12.3	57.6	85.8
Tamat SD	73.9	24.0	10.4	1.2	1.2	10.8	60.3	85.4
Tamat SMP	75.9	26.9	11.7	1.0	1.3	13.6	59.6	87.5
Tamat SMA	77.1	25.3	9.6	1.5	1.7	14.4	58.1	89.2
Tamat PT	78.9	25.3	8.6	1.0	3.0	14.3	59.5	86.4
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	72.8	24.3	9.0	1.4	2.2	14.7	14.7	87.7
Perdesaan	74.4	24.6	10.7	1.2	1.0	11.0	11.0	86.0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>								
Kuintil-1	70.3	23.6	9.5	1.2	1.5	11.7	59.5	85.6
Kuintil-2	74.2	24.6	10.5	1.4	1.3	12.0	60.5	86.7
Kuintil-3	73.2	24.2	10.3	1.0	1.2	10.6	61.6	84.5
Kuintil-4	75.8	26.5	10.6	1.3	1.1	13.9	58.6	88.2
Kuintil-5	75.9	24.3	10.5	1.4	1.5	12.5	58.4	87.2

Tabel 4.6.7.2 menggambarkan persentase penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut karakteristik responden. Menurut umur, perilaku sering mengonsumsi makanan manis cenderung menurun setelah usia 55 tahun, demikian halnya perilaku sering mengonsumsi makanan asin, jeroan, diawetkan, berkafein dan bumbu penyedap. Sedangkan perilaku sering minum minuman berkafein nampak meningkat sesuai peningkatan usia, namun setelah usia 55 tahun persentase cenderung

menurun. Pola yang sama ditemukan untuk konsumsi penyedap makanan menurut umur.

Menurut jenis kelamin, laki-laki cenderung lebih sering mengonsumsi makanan yang manis-manis dan minum minuman berkafein dibandingkan perempuan. Sedangkan untuk konsumsi jenis makanan berisiko lainnya pola persentase antara laki-laki dan perempuan hampir sama. Menurut tingkat pendidikan, pola persentase sering mengonsumsi makanan manis,asin,jeroan, dipanggang, diawetkan cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya pendidikan. Persentase makanan asin, berlemak cenderung lebih rendah di kuintil 4 dan 5.

Menurut tipe daerah, pola persentase sering mengonsumsi makanan jeroan, dipanggang, diawetkan, kafein, penyedap ditemukan lebih tinggi di perkotaan dibanding perdesaan. Sedangkan pola persentase sering mengonsumsi makanan manis, asin, lemak cenderung lebih tinggi di perdesaan dibanding perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, pola persentase sering mengonsumsi makanan manis, makanan asin, makanan berlemak, jeroan, makanan yang dipanggang dan penyedap cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan kuintil ekonomi. Sementara pola persentase sering minum minuman berkafein, nampak berbanding terbalik dengan peningkatan kuintil. ekonomi.

#### **4.6.8 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat**

Riskesdas 2007 mengumpulkan 10 indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)<sup>3</sup> yang terdiri dari enam indikator individu dan empat indikator rumah tangga. Indikator individu meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi 0-6 bulanmendapat ASI eksklusif, kepemilikan/ketersediaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan,

penduduk tidak merokok, penduduk cukup beraktifitas fisik, dan penduduk cukup mengonsumsi sayur dan buah. Indikator Rumah Tangga meliputi rumah tangga memilikiakses terhadap air bersih, akses jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni ( $\geq 8m^2$ / orang), dan rumah tangga dengan lantai rumah bukan tanah.

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

Tabel 4.6.8.1 memperlihatkan persentase rumah tangga yang memenuhi kriteria PHBS baik menurut kabupten/kota. Secara nasional, penduduk yang telah memenuhi kriteria PHBS baik sebesar 37,9%.

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.

Terdapat empat kabupaten/kota dengan pencapaian di atas angka nasional, yaitu Sambas (46,5%), kab.Pontianak (49,6%), kota Pontianak (55,4%) dan Kota Singkawang(63,9%). Sedangkan kabupaten/kota dengan pencapaian PHBS rendah berturut-turut adalah Sekadau (16.3%), Landak(16.4%), Ketapang (21.3%), Sintang (22.2%), dan Bengkayang (24.0%).

**Tabel 4.6.8.1**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memenuhi Kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/ Kota</b>	<b>RT dengan PHBS Baik</b>
Sambas	46.5
Bengkayang	24.0
Landak	16.4
Pontianak	49.6
Sanggau	29.6
Ketapang	21.3
Sintang	22.2
Kapuas Hulu	30.8
Sekadau	16.3
Melawi	25.3
Kota Pontianak	55.4
Kota Singkawang	63.9
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>37,9</b>

**Tabel 4.6.8.2**  
**Persentase Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Kurang Konsumsi Sayur Buah*</b>	<b>Kurang Aktifitas Fisik**</b>	<b>Merokok***</b>
Sambas	99,3	37,5	22,1
Bengkayang	94,4	36,5	28,1
Landak	93,6	38,8	19,6
Pontianak	95,7	63,4	13,3
Sanggau	90,7	37,6	22,0
Ketapang	97,4	47,6	24,7
Sintang	96,5	36,9	23,9
Kapuas Hulu	88,9	30,2	22,8
Sekadau	94,1	20,0	23,6
Melawi	91,2	26,1	34,5
Kota Pontianak	93,0	71,8	21,1
Kota Singkawang	97,0	48,9	25,4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>94.9</b>	<b>46,3</b>	<b>21,7</b>

\* Penduduk umur 10 tahun ke atas yang makan sayur dan 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 4.6.8.3**  
**Persentase Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 10 Tahun Keatas Menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kurang Konsumsi Sayur Buah*	Kurang Aktifitas Fisik**	Merokok***
<b>Kelompok Umur (Thn)</b>			
10-14 tahun	94,10	68,8	1,0
15-24 tahun	95,10	79,5	22,1
25-34 tahun	95,80	82,0	33,5
35-44 tahun	94,50	77,2	35,2
45-54 tahun	94,50	66,8	35,3
55-64 tahun	95,00	50,8	35,4
65-74 tahun	94,50	29,7	30,9
75+ tahun	95,60	41,0	30,7
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki – laki	94,80	70,1	50,2
Perempuan	95,00	68,3	4,2
<b>Pendidikan</b>			
Tidak sekolah	95,40	68,9	30,6
Tidak tamat SD	95,60	66,8	23,6
Tamat SD	94,60	71,2	25,5
Tamat SMP	92,30	74,2	28,4
Tamat SMA		67,4	31,8
Tamat SMA +	94,10	56,8	27,1
<b>Pekerjaan</b>			
Tidak kerja	97,6	40,8	12,2
Sekolah	96,5	46,5	2,1
Ibu RT	95,4	72,6	2,4
Pegawai	94,4	62,3	31,1
Wiraswasta	96,0	71,3	31,5
Petani/nelayan/buruh	96,6	88,9	36,8
Lainnya	95,8	65,8	35,3
<b>Tipe Daerah</b>			
Pekotaan	95,00	54,9	23,9
Perdesaan	95,10	74,8	28,4
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>			
Kuintil-1	95,60	29,0	27,4
Kuintil-2	95,10	33,0	27,6
Kuintil-3	94,70	32,5	27,4
Kuintil-4	95,20	37,3	26,8
Kuintil-5	94,30	40,7	26,3



## 4.7 Ases dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

### 4.7.1 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu, antara lain jarak Tipe Daerah dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosial-ekonomi dan budaya. Dalam analisis ini, sarana pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yaitu: Sarana pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktek dan bidan praktek.

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

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

**Tabel 4.7.1.1**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan<sup>\*)</sup>, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yanles			
	< 1 km	1-5 km	> 5 km	<15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Sambas	40,0	54,8	5,2	47,3	40,2	11,2	1,2
Bengkayang	26,4	48,7	24,8	49,2	19,2	14,4	17,3
Landak	18,7	49,0	32,2	21,7	25,0	26,1	27,2
Pontianak	22,9	65,2	11,9	45,0	38,9	15,9	0,2
Sanggau	44,7	36,4	18,9	58,7	28,3	7,1	5,9
Ketapang	19,3	58,0	22,7	38,8	37,7	17,0	6,5
Sintang	38,9	37,5	23,6	53,8	17,9	13,2	15,1
Kapuas Hulu	38,6	31,4	30,0	40,2	31,4	10,7	17,6
Sekadau	33,9	47,4	18,7	53,5	24,0	12,2	10,4
Melawi	43,8	38,7	17,5	55,3	18,9	10,7	15,1
Kota Pontianak	62,1	33,0	4,9	87,0	13,0	0,0	0,0
Kota Singkawang	65,2	33,3	1,5	77,2	19,9	2,6	0,4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>36,7</b>	<b>47,0</b>	<b>16,2</b>	<b>52,2</b>	<b>28,4</b>	<b>11,8</b>	<b>7,5</b>

Catatan :

<sup>\*)</sup> Sarana pelayanan kesehatan meliputi Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Tabel 4.7.1.1 menunjukkan bahwa sebanyak 83,7 RT di Kalimantan Barat berada kurang atau sama dengan 5 km dari sarana pelayanan kesehatan dan hanya 16,2% RT berada lebih dari 5 km. Kabupaten dengan Persentase RT berTipe Daerah lebih dari 5 km ke sarana pelayanan kesehatan tertinggi yaitu Landak (32,2% ).

Dari segi waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan nampak bahwa 52,2% penduduk dapat mencapai ke sarana pelayanan kesehatan kurang atau sama dengan 15 menit dan sebanyak 28,4% penduduk dapat mencapai sarana pelayanan kesehatan dimaksud antara 16-30 menit.

Dengan demikian masih ada sekitar 19,3% RT yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan. Daerah dengan Persentase tertinggi RT yang memerlukan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke sarana kesehatan adalah Landak 53,2% .

**Tabel 4.7.1.2**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Fasilitas Pelayanan Kesehatan\*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes				
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	<15'	16'-30'	31'-60'	>60'	
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	57,0	38,8	4,2	100,0	77,2	20,7	1,9	0,1
Perdesaan	29,5	50,0	20,5	100,0	43,4	31,1	15,4	10,2
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita</b>								
Kuintil-1	30,0	50,3	19,7	100,0	42,8	30,7	15,9	10,7
Kuintil-2	32,2	47,1	20,6	100,0	47,0	28,8	14,4	9,8
Kuintil-3	35,1	47,5	17,3	100,0	42,8	28,8	11,3	7,6
Kuintil-4	40,8	44,5	14,7	100,0	55,3	28,1	10,4	6,2
Kuintil-5	45,5	45,6	8,9	100,0	64,2	25,2	7,2	3,4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>36,7</b>	<b>47,1</b>	<b>16,2</b>	<b>100,0</b>	<b>52,2</b>	<b>28,4</b>	<b>11,9</b>	<b>7,5</b>

Catatan:

\*) Sarana pelayanan kesehatan meliputi Rumah sakit, Puskesmas, Puskesmas pembantu, Dokter praktek dan Bidan praktek

Tabel 4.7.1.2 memperlihatkan berdasarkan tipe daerah, Persentase rumah tangga dengan jarak > 5 km menuju pelayanan kesehatan di perkotaan lebih sedikit dibandingkan perdesaan, demikian juga menurut waktu tempuh > 30 menit di perkotaan lebih sedikit dibanding perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin dekat jarak, dan semakin singkat waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan.

**Tabel 4.7.1.3**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat\*) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	< 1	1-5 km	5 km	<15'	16'-	31'-60	>60'
Sambas	80,3	19,3	0,4	81,4	16,3	1,8	0,5
Bengkayang	44,0	44,3	11,7	66,2	14,6	10,7	8,4
Landak	41,2	52,1	6,7	50,8	26,7	13,8	8,7
Pontianak	64,2	29,8	6,0	80,6	17,6	1,8	0,0
Sanggau	66,8	29,2	4,0	78,8	14,4	3,9	2,9
Ketapang	39,9	46,3	13,9	62,0	23,6	8,6	5,8
Sintang	48,1	38,4	13,5	61,6	16,9	10,9	10,6
Kapuas Hulu	74,2	20,8	5,0	65,4	30,2	0,8	3,6
Sekadau	53,8	37,9	8,3	68,8	19,1	9,4	2,8
Melawi	52,2	38,2	9,6	62,6	17,3	10,2	9,9
Kota Pontianak	82,1	17,5	0,4	95,6	4,0	0,0	0,4
Kota Singkawang	91,0	8,6	0,4	93,9	5,3	0,4	0,4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>62,5</b>	<b>31,2</b>	<b>6,3</b>	<b>74,2</b>	<b>16,9</b>	<b>5,2</b>	<b>3,7</b>

**Catatan:**

\*) UKBM meliputi posyandu, poskesdes, polindes

Dari segi jarak, nampak di Kalbar bahwa 62,5% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 31,2% berjarak 1-5 km dari Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM). Kabupaten dengan Persentase rumah tangga tertinggi berjarak lebih dari 5 km ke UKBM adalah Ketapang (13,9% ) dan Sintang (13,5% ).

Dari segi waktu tempuh ke UKBM nampak bahwa 74,2% rumah tangga di Kalimantan Barat dapat mencapai UKBM dalam waktu kurang dari atau sama dengan 15 menit. Sebanyak 16,9% rumah tangga memerlukan waktu antara 16-30 menit, dan 3,7% rumah tangga yang tersisa memerlukan waktu lebih dari 30 menit. Kabupaten dengan Persentase rumah tangga dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke UKBM tertinggi adalah Sintang (10,6%), disusul Melawi (9,9%).

**Tabel 4.7.1.4**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat<sup>\*)</sup> dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	<15'	16'-30'	31'-60'	>60'
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	76,9	22,0	1,1	89,8	9,4	0,2	0,6
Perdesaan	57,6	34,4	8,0	68,8	19,5	6,9	4,8
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>							
Kuintil-1	57,3	35,1	7,6	66,5	20,5	7,0	6,1
Kuintil-2	59,7	31,2	9,1	70,2	17,8	6,9	5,1
Kuintil-3	61,8	31,8	6,4	75,2	16,3	5,5	3,1
Kuintil-4	65,5	28,2	6,3	77,6	15,8	3,9	2,7
Kuintil-5	68,5	29,7	1,8	81,5	14,0	2,7	1,7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>62,6</b>	<b>31,2</b>	<b>6,2</b>	<b>74,2</b>	<b>16,9</b>	<b>5,2</b>	<b>3,7</b>

**Catatan:**

<sup>\*)</sup> Fasilitas pelayanan kesehatan meliputi posyandu, poskesdes, polindes

Tabel 4.7.1.4 menunjukkan berdasarkan tipe daerah, Persentase rumah tangga dengan jarak ke UKBM >5 kilometer, di perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan. Begitu pula Persentase rumah tangga dengan waktu tempuh >30 menit, di perkotaan lebih rendah dibandingkan di perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin dekat jarak, dan semakin singkat waktu tempuh ke UKBM.

Tabel 4.7.1.5. memberikan gambaran persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan posyandu atau poskesdes di kabupaten/kota selama tiga bulan terakhir. Secara keseluruhan, di Kalimantan Barat sebanyak 30,5% rumah tangga memanfaatkan pelayanan di posyandu atau poskesdes. Sebanyak 60,1% rumah tangga menyatakan tidak membutuhkan pelayanan di posyandu atau poskesdes karena berbagai alasan, seperti tidak ada anggota rumah tangga (ART) yang sakit, tidak ada yang hamil atau tidak mempunyai bayi/balita. Sedangkan yang sebetulnya membutuhkan tetapi tidak memanfaatkan posyandu atau poskesdes adalah sebanyak 9,4% rumah tangga.

Kabupaten dengan persentase rumah tangga memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes tertinggi adalah Sekadau (61,0%) dan terendah adalah Kota Pontianak (14,2%). Kabupaten dengan persentase rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/ poskesdes tertinggi adalah Kota Pontianak (80,2%) dan terendah di Landak (31,5%).

**Tabel 4.7.1.5**  
**Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lain
Sambas	32,7	64,2	3
Bengkayang	37,5	52,1	10,5
Landak	50,4	31,5	18
Pontianak	24	63	13,1
Sanggau	26,2	66,6	7,2
Ketapang	32,5	51,7	15,8
Sintang	44,8	43,6	11,6
Kapuas Hulu	15,4	77,5	7,1
Sekadau	61	35,3	3,8
Melawi	24,2	67,1	8,7
Kota Pontianak	14,2	80,2	5,5
Kota Singkawang	26,9	69,4	3,7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>30,5</b>	<b>60,1</b>	<b>9,4</b>

Tabel 4.7.1.5 menggambarkan pemanfaatan posyandu/poskesdes berdasarkan karakteristik rumah tangga. Tampak bahwa persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes di perdesaan lebih besar dibandingkan dengan perkotaan.

Bila ditinjau dari tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, nampak ada kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin kurang memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes.

**Tabel 4.7.1.6**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan lain
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	19,8	73,1	7,1
Perdesaan	34,4	55,3	10,3
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>			
Kuintil-1	36,3	52,4	11,4
Kuintil-2	35,8	54,8	9,5
Kuintil-3	32,2	58,3	9,6
Kuintil-4	27,2	62,9	9,5
Kuintil-5	20,8	71,9	7,3
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>30,5</b>	<b>60,1</b>	<b>9,4</b>

Tabel 4.7.1.7 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir. Tampak secara keseluruhan di Kalimantan Barat jenis pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga adalah penimbangan (68,8%) dan imunisasi (59,4%). Hanya sedikit rumah tangga yang memanfaatkan posyandu/poskesdes untuk konsultasi risiko penyakit (10,2%) dan PMT (20,2%).

**Tabel 4.7.1.7**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes**  
**Menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Penim- bangan	Penyu- luhan	Imuni- sasi	KIA	KB	Pengo- batan	PMT	Suple- men gizi	Konsul- tasi resiko penya- kit
Sambas	87,7	21,6	72,8	26,1	18,7	35,3	8,2	47,6	2,6
Bengkayang	81,0	25,6	64,1	39,1	42,2	63,2	23,1	43,6	2,6
Landak	72,9	24,3	57,4	38,7	64,2	74,0	24,5	30,0	18,3
Pontianak	76,8	26,9	63,9	33,6	35,4	56,1	30,1	45,2	11,5
Sanggau	79,8	25,8	70,0	31,4	36,6	25,8	23,2	75,6	6,2
Ketapang	49,3	10,4	36,9	11,2	35,8	41,1	11,1	19,8	13,9
Sintang	45,5	30,7	54,9	35,9	47,9	48,5	21,9	33,1	12,0
Kapuas Hulu	76,8	33,9	67,9	35,7	42,9	32,1	14,8	29,6	5,4
Sekadau	48,0	18,3	38,3	30,9	51,4	68,4	4,5	32,8	14,2
Melawi	48,6	18,1	40,3	25,0	32,4	43,1	18,1	31,0	2,8
Kota Pontianak	85,5	49,1	80,3	44,0	49,1	59,5	53,4	53,4	15,5
Kota Singkawang	91,5	28,2	84,5	32,4	26,8	23,9	20	63,9	2,8
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>68,8</b>	<b>24,8</b>	<b>59,4</b>	<b>31,2</b>	<b>40,6</b>	<b>49,5</b>	<b>20,3</b>	<b>40,9</b>	<b>10,2</b>

Tabel 4.7.1.8 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Menurut tipe daerah, untuk pelayanan penimbangan, penyuluhan, imunisasi, PMT, dan suplemen gizi lebih banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga di perkotaan daripada di perdesaan. Sedangkan pelayanan KB lebih banyak daripada di perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin sedikit yang menerima pelayanan penimbangan, imunisasi, PMT dan suplemen gizi. Sebaliknya untuk pelayanan pengobatan dan konsultasi risiko penyakit semakin tinggi tingkat pengeluaran, semakin banyak yang menerima pelayanan tersebut.

**Tabel 4.7.1.8**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Penim- bangan	Penyu- luhan	Imuni- sasi	KIA	KB	Pengo- batan	PMT	Suple- men gizi	Konsul- tasi resiko penya kit
<b>Tipe daerah</b>									
Perkotaan	78,9	36,4	69,6	37,1	39,9	52	33,9	48,3	14,6
Perdesaan	66,8	22,5	57,2	29,9	40,8	49	17,3	39,4	9,3
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>									
Kuintil-1	70,8	23,7	66,3	29	40,6	45,4	22	41,9	8,4
Kuintil-2	69,3	23,5	59,2	32,2	38,5	48,3	20,1	39	7,5
Kuintil-3	66,3	26	56,1	31,2	40,7	49,5	19,1	42,9	10,7
Kuintil-4	68,7	24,3	57,5	30,8	43,8	53	21,8	40,9	11,3
Kuintil-5	68,7	28,4	53,7	32,8	39,7	53,9	16,9	40,1	15,6
<b>Kalimantan</b>	<b>68,8</b>	<b>24,8</b>	<b>59,4</b>	<b>31,2</b>	<b>40,6</b>	<b>49,5</b>	<b>20,3</b>	<b>40,9</b>	<b>10,2</b>

Tabel 4.7.1.9. menggambarkan alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir (di luar yang tidak membutuhkan).

Pada rumah tangga yang sebetulnya membutuhkan pelayanan posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir tetapi tidak memanfaatkan diminta untuk menyebutkan alasannya. Hampir separuh rumah tangga (51,8%) tidak memanfaatkan pelayanan di posyandu/poskesdes karena letak jauh. Sedangkan yang menjawab layanan tidak lengkap dan tidak ada posyandu persentasenya masing-masing 32,3% dan 15,9% .

Kabupaten/Kota dengan persentase rumah tangga tertinggi menjawab 'letak jauh' adalah kabupaten Pontianak (74,7%) dan terendah adalah Kota Pontianak (10,9% ).

Untuk alasan 'layanan tidak lengkap ' tertinggi di Kota Pontianak (69,6 %) dan terendah di Sanggau (9,8%), sedangkan untuk alasan 'tidak ada posyandu/poskesdes' tertinggi di Sanggau (37,3%) dan terendah di Landak (7,3%).

**Tabel 4.7.1.9**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan**  
**Posyandu/Poskesdes dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskedas 2007**

Kabupaten/Kota	Alasan tidak memanfaatkan posyandu / poskesdes		
	Letak jauh	Tidak ada posyandu	Layanan tidak lengkap
Sambas	33,1	33,3	33,3
Bengkayang	64,7	11,8	23,5
Landak	40,2	7,3	52,4
Pontianak	74,7	8,9	16,4
Sanggau	52,9	37,3	9,8
Ketapang	41,4	24,3	34,2
Sintang	71,8	5,6	22,5
Kapuas hulu	30,0	24,0	40,0
Sekadau	40,0	20,0	40,0
Melawi	48,0	8,0	44,0
Kota Pontianak	10,9	19,6	69,6
Kota Singkawang	30,0	10,0	60,0
<b>Kalimantan barat</b>	<b>51,8</b>	<b>15,9</b>	<b>32,3</b>



Tabel 4.7.1.10 menggambarkan alasan utama (di luar tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menurut karakteristik rumah tangga. Berdasarkan tipe daerah, di perkotaan alasan 'jenis layanan posyandu/poskesdes tidak lengkap' lebih mendominasi, sedangkan di perdesaan alasan yang banyak dipakai adalah 'letak jauh'. Ketidakterdapatnya posyandu/poskesdes disebut sebagai alasan untuk tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes oleh rumah tangga dengan persentase yang tidak berbeda antara perkotaan dan perdesaan.

**Tabel 4.7.1.10**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan**  
**Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik**  
**Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Alasan tidak memanfaatkan posyandu/		
	Letak jauh	Tidak ada posyandu	Layanan tidak lengkap
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	31,3	17,2	51,6
Perdesaan	56,6	15,9	27,5
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>			
Kuintil-1	37,5	12,3	20,1
Kuintil-2	57	16,4	20,6
Kuintil-3	42,2	21,1	36,7
Kuintil-4	53,1	16,4	30,5
Kuintil-5	30,6	15,3	54,1
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>51,8</b>	<b>15,9</b>	<b>32,3</b>

Tabel 4.7.1.11 di bawah ini menggambarkan pemanfaatan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir. Sebanyak 17,2% rumah tangga menyatakan memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa; 29,9 rumah tangga menyatakan tidak memanfaatkan dan 52,9% menyatakan tidak membutuhkan.

Kabupaten dengan persentase rumah tangga tertinggi yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa adalah Sekadau (35,7%). Persentase rumah tangga tertinggi yang tidak memanfaatkan dengan alasan lain (diluar tidak membutuhkan) adalah Bengkayang (41,0%). Untuk alasan tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan di desa, Kapuas Hulu menempati persentase tertinggi (79,6%), diikuti kota Singkawang (67% ).

**Tabel 4.7.1.11**  
**Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan**  
**Polindes/Bidan Desa menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan**  
**Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lain
Sambas	15,2	59,0	25,8
Bengkayang	21,9	37,1	41,0
Landak	25,5	61,4	13,1
Pontianak	11,5	56,3	32,1
Sanggau	26,6	40,9	32,5
Ketapang	21,5	45,3	33,2
Sintang	21,2	48,6	30,2
Kapuas Hulu	26,6	79,6	14,9
Sekadau	35,7	29,6	34,7
Melawi	26,8	47,0	26,2
Kota Pontianak	2,1	57,7	40,2
Kota Singkawang	12,7	67,0	20,2
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>17,2</b>	<b>52,9</b>	<b>29,9</b>

Tabel 4.7.1.12 menggambarkan pemanfaatan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Secara keseluruhan lebih dari separuh rumah tangga, baik yang tinggal di daerah perdesaan maupun perkotaan, tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan di desa. Sedangkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa di perdesaan (20,5%) lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan (8,0%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita nampak adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran, semakin sedikit yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dan semakin banyak yang tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan desa.

**Tabel 4.7.1.12**  
**Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa**  
**menurut Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskedas 2007**

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
<b>Tipe Daerah</b>			
Perkotaan	8,0	60,2	31,8
Perdesaan	20,5	50,3	29,2
<b>Tingkat Pengeluaran RT Per Kapita</b>			
Kuintil-1	16,9	51,9	31,2
Kuintil-2	20,2	48,1	31,8
Kuintil-3	17,5	51,7	30,8
Kuintil-4	17,7	51,6	30,8
Kuintil-5	13,5	61,4	25,1

Dari rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir, jenis pelayanan yang diterima dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu pelayanan KIA dan pengobatan. Pelayanan KIA meliputi pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus, dan pemeriksaan bayi/balita.

Tabel 4.7.1.13 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan provinsi. Jenis pelayanan yang paling banyak dimanfaatkan adalah pengobatan (79,4%). Adapun pelayanan KIA yang terbanyak dimanfaatkan adalah pemeriksaan bayi/balita (30,2%), disusul pemeriksaan kehamilan (20,4%). Persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan persalinan, pemeriksaan ibu nifas dan pemeriksaan neonatus masing-masing di bawah 10% .

Menurut kabupaten/kota, pemanfaatan polindes/bidan di desa sebagai tempat pengobatan paling tinggi di Sanggau (91,3 %), diikuti Bengkayang (91,2 %) dan terendah di kota Pontianak (64,7%). Untuk pelayanan KIA, pemeriksaan bayi/balita terbanyak dimanfaatkan di Landak (54,1%) dan terendah Ketapang (914,3%). Pemeriksaan kehamilan tertinggi dimanfaatkan di kota Pontianak (52,9% ) dan terendah di Kapuas Hulu (10,0%). Pertolongan persalinan terbanyak dimanfaatkan di kota Pontianak (29,4% ) dan terendah di Melawi (1,3% ).

**Tabel 4.7.1.13**  
**Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa**  
**menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/ Kota</b>	<b>Pemeriksaan Kehamilan</b>	<b>Persalinan</b>	<b>Pemeriksaan ibu nifas</b>	<b>Pemeriksaan neonatus</b>	<b>Pemeriksaan Bayi/ balita</b>	<b>Pengobatan</b>
Sambas	20,4	7,3	3,6	3,7	34,2	71,4
Bengkayang	23,8	6,3	4,8	4,8	24,6	91,2
Landak	32,1	16,7	18,7	12,3	54,1	78,1
Pontianak	23,0	9,7	9,7	11,5	28,3	88,5
Sanggau	15,9	6,7	3,6	7,0	21,4	91,3
Ketapang	10,2	1,4	0,7	0,7	14,3	70,4
Sintang	16,5	2,1	3,2	5,3	42,0	71,7
Kapuas Hulu	10,0	10,5	15,8	10,5	35,0	73,7
Sekadau	24,4	12,8	8,2	10,6	23,3	79,8
Melawi	10,5	1,3	3,9	1,3	21,1	80,8
Kota Pontianak	52,9	29,4	29,4	29,4	40,0	64,7
Kota Singkawang	35,3	20,7	20,7	21,4	43,8	68,6
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>20,4</b>	<b>8,0</b>	<b>7,3</b>	<b>7,2</b>	<b>30,2</b>	<b>79,4</b>

Tabel 4.7.1.14 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan karakteristik rumah tangga. Menurut tipe daerah, nampaknya rumah tangga di perkotaan lebih banyak memanfaatkan polindes/bidan di desa untuk pelayanan KIA, sedangkan di perdesaan lebih banyak yang memanfaatkan untuk pelayanan pengobatan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita nampak kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin meningkat yang memanfaatkan pemeriksaan kehamilan.

**Tabel 4.7.1.14**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa**  
**menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pemeriksaan kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan ibu nifas	Pemeriksaan neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	35,3	18,5	17,8	20,4	41,5	78,3
Perdesaan	18,2	6,7	6	5,6	28,7	79,6
<b>Tingkat Pengeluaran RT per Kapita</b>						
Kuintil-1	15,0	8,2	6,7	4,1	33,0	76,2
Kuintil-2	17,3	6,3	6,3	5,9	28,6	80,7
Kuintil-3	23,3	11,5	13,0	9,5	33,2	76,9
Kuintil-4	24,4	8,9	4,8	7,9	26,6	85,1

Tabel 4.7.1.15 menggambarkan alasan utama rumah tangga (di luar yang tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut kabupaten/kota.

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir diminta untuk menyampaikan alasannya. Alasan utama yang disampaikan meliputi 'tidak ada polindes/bidan di desa' (35,5%), 'letak jauh' (20,8 %), dan 'layanan tidak lengkap' (7,3%).

Persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'tidak ada polindes/bidan desa' tertinggi ditemukan di Kapuas Hulu (60,8%) dan terkecil di kabupaten Pontianak (2,5%). Kabupaten Landak merupakan kabupaten dengan persentase rumah tangga tertinggi (50,0%) yang tidak memanfaatkan polindes/bidan desa dengan alasan 'letak polindes/bidan di desa jauh', dan persentase terendah kota Pontianak (0%). Sedangkan untuk alasan 'layanan tidak lengkap' persentase tertinggi adalah Landak (36,7%) dan terendah Sambas (0,5%).

**Tabel 4.7.1.15**  
**Persentase Rumah Tangga Yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa menurut Alasan Lain dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskedas 2007**

Kabupaten/ Kota	Alasan lain tidak memanfaatkan Polindes/Bidan			
	Letak Jauh	Tdk ada Polindes/ Bidan	Layanan Tidak Lengkap	lainnya
Sambas	7,1	44,5	0,5	49,7
Bengkayang	14,7	31,8	25,6	27,9
Landak	50,0	13,3	36,7	0,0
Pontianak	29,3	2,5	5,2	63,0
Sanggau	30,2	56,8	2,3	10,8
Ketapang	28,1	33,2	8,1	30,6
Sintang	45,1	38,5	2,2	14,3
Kapuas Hulu	17,8	60,8	15,7	5,9
Sekadau	7,9	45,5	11,9	34,7
Melawi	16,7	39,7	1,3	42,3
Kota Pontianak	0,0	51,1	5,2	43,8
Kota Singkawang	5,6	24,1	11,1	59,3
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>20,8</b>	<b>35,5</b>	<b>7,3</b>	<b>36,4</b>

Tabel 4.7.1.16 menggambarkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan utama (di luar yang tidak membutuhkan) menurut karakteristik rumah tangga.

Menurut tipe daerah, persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'letak jauh' dan 'layanan tidak lengkap' lebih tinggi di perdesaan dibandingkan dengan di perkotaan. Sedangkan alasan 'tidak ada polindes/bidan di desa' lebih banyak ditemukan di perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita nampak kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin sedikit yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'letak jauh', dan semakin banyak yang mengajukan alasan 'pelayanan tidak lengkap'.

**Tabel 4.7.1.16**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Alasan Utama Tidak memanfaatkan Poslindes/Bidan Desa			
	Letak Jauh	Tidak ada Bidan /polindes	Layanan Tidak Lengkap	lainnya
<b>Tipe Daerah</b>				
Perkotaan	6,8	38,1	6,5	48,6
Perdesaan	26,2	34,6	7,6	31,6
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>				
Kuintil-1	26,1	34,0	5,7	34,2
Kuintil-2	22,3	37,0	9,8	30,9
Kuintil-3	19,2	40,5	8,6	32,3
Kuintil-4	22,0	31,2	6,1	40,7
Kuintil-5	11,6	35,3	6,8	46,3

Tabel 4.7.1.17. menyajikan informasi tentang pemanfaatan Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD) dalam tiga bulan terakhir. Secara keseluruhan sebagian besar rumah tangga (89,1% ) tidak memanfaatkan POD/WOD.

Persentase rumah tangga yang memanfaatkan POD/WOD tertinggi di kabupaten Bengkayang (49,5%) dan terendah di Sambas (0,0%). Sedangkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD karena tidak membutuhkan tertinggi di kota Pontianak (27,2%).

**Tabel 4.7.1.17**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/**  
**Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Sambas	0,0	3,3	96,7
Bengkayang	49,5	6,3	44,1
Landak	39,4	7,8	52,7
Pontianak	15,4	17,8	66,8
Sanggau	2,1	6,3	91,5
Ketapang	0,0	7,3	92,7
Sintang	0,5	16,3	83,3
Kapuas Hulu	0,5	5,2	94,2
Sekadau	19,9	7,9	72,2
Melawi	26,5	7,0	66,4
Kota Pontianak	8,0	27,2	64,8
Kota Singkawang	1,9	6,6	92,2
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>10,9</b>	<b>11,5</b>	<b>77,6</b>



Kajian pemanfaatan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga tersaji pada Tabel 4.7.1.18. Persentase rumah tangga yang memanfaatkan POD/WOD lebih banyak di perdesaan (12,2%) daripada di perkotaan (7,2%), sebaliknya untuk rumah tangga yang tidak membutuhkan lebih banyak di perkotaan (80,1%).

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan bahwa ada kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin rendah persentase rumah tangga yang tidak membutuhkan POD/WOD.

**Tabel 4.7.1.18**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/  
Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga  
di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tidak Memanfaatkan		Alasan lain
	memanfaatkan	Tidak Membutuhkan	
<b>Tipe Daerah</b>			
Perkotaan	7,2	70,7	22,0
Perdesaan	12,2	80,1	7,7
<b>Tingkat Pengeluaran rumah tangga per kapita</b>			
Kuintil-1	10,2	79,7	10,1
Kuintil-2	11,0	80,0	9,0
Kuintil-3	11,1	78,8	10,1
Kuintil-4	11,4	76,0	12,8
Kuintil-5	10,8	73,4	15,8

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD diminta untuk menyebutkan alasannya. Dari tabel 4.7.1.19 terlihat sebagian besar rumah tangga (93,2%) tidak memanfaatkan POD/WOD dengan alasan utama 'tidak ada POD/WOD'.

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD dengan alasan 'letak jauh' tertinggi kabupaten Pontianak (7,8%). Yang menyatakan alasan 'tidak ada POD/WOD', tertinggi di Sanggau (99,5%), diikuti Sambas (99,2%). Sedangkan untuk alasan 'obat tidak lengkap', tertinggi di Sekadau (4,8%).

**Tabel 4.7.1.19**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pod/Wod			
	Lokasi Jauh	Tidak Ada Pod / Wod	Obat Tidak Lengkap	Lainnya
Sambas	0,1	99,2	0,0	0,6
Bengkayang	1,4	86,4	2,9	9,3
Landak	5,0	91,3	3,9	0,4
Pontianak	7,8	80,9	2,5	8,8
Sanggau	0,0	99,5	0,5	0,0
Ketapang	0,2	92,2	0,0	7,6
Sintang	0,0	97,4	0,6	2,0
Kapuas Hulu	0,3	97,1	0,6	2,0
Sekadau	1,0	92,8	4,8	1,4
Melawi	0,0	86,9	1,0	12,1
Kota Pontianak	0,4	91,3	4,5	13,8
Kota Singkawang	0,0	98,8	0,8	0,4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>1,5</b>	<b>93,2</b>	<b>1,5</b>	<b>3,8</b>

Tabel 4.7.1.20 menyajikan informasi tentang alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga. Alasan utama terbanyak yang dikemukakan adalah tidak adanya POD/WOD. Tidak tampak perbedaan antara daerah perdesaan dan perkotaan dalam hal alasan utama untuk tidak memanfaatkan POD/WOD, begitu pula menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.7.1.20**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan**  
**Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi Jauh	Tidak Ada POD/WOD	Obat Tidak Lengkap	Lainnya
<b>Tipe Daerah</b>				
Perkotaan	0,7	91,3	3,0	5,0
Perdesaan	1,8	93,8	1,0	3,4
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>				
Kuintil-1	2,2	92,8	0,5	4,5
Kuintil-2	1,2	93,5	1,7	3,6
Kuintil-3	1,1	94,2	2,0	2,7
Kuintil-4	1,8	93,7	1,4	3,2
Kuintil-5	1,2	91,8	2,1	4,8

#### 4.7.2 Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), di samping peningkatan derajat kesehatan (*health status*) dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*). Pada bagian ini dikumpulkan informasi tentang jenis sarana dan sumber pembiayaan yang paling sering dimanfaatkan oleh responden

Pembiayaan kesehatan meliputi untuk perawatan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sumber biaya dibedakan menjadi sumber biaya sendiri/keluarga, Asuransi (Askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes Swasta, dan JPK Pemerintah Daerah), Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Dana Sehat, dan lainnya. Dari data ini diperoleh gambaran tentang seberapa besar persentase rumah tangga yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan, termasuk penggunaan Askeskin/SKTM yang salah sasaran.

Seluruh penduduk diminta untuk memberikan informasi tentang apakah yang bersangkutan pernah menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Mereka yang pernah rawat jalan maupun rawat inap diminta untuk menjelaskan dimana terakhir menjalani perawatan kesehatan, serta dari mana sumber biaya perawatan kesehatan tersebut. Pihak-pihak yang menanggung biaya perawatan kesehatan tersebut bisa lebih dari satu.

**Tabel 4.7.2.1**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Tempat dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Tempat Berobat /Rawat Inap								Tidak Rawat Inap
	RS Peme- rintah	RS swasta	RS LN	RSB	Puskes mas	Nakes	batrra	Lain nya	
Sambas	3,9	0,3	0	0,1	0,1	0,2	0	0,2	95,2
Bengkayang	2,4	1,9	0,1	0,2	0,4	1,6	0,7	0	92,5
Landak	0,6	1,9	0	0	0,7	0	0	0	98,5
Pontianak	1,3	1,9	0	0	0,1	0	0	0	97,8
Sanggau	2,1	1,9	0,2	0,2	0,6	1	0	0,1	96,1
Ketapang	2,0	1,9	0	0,1	0,5	0	0	0	96,7
Sintang	2,5	1,9	0	0,4	0,5	0,7	0,3	0,4	94,7
Kapuas	1,0	1,9	0,1	0,1	0,5	0,2	0	0,1	97,7
Hulu Sekadau	1,9	1,9	0	0,1	0,7	0,2	0,1	0,1	96,4
Melawi	3,4	1,9	0	0,1	0,1	0,7	0,1	0,2	64,5
Kota Pontianak	2,9	1,9	0,1	1,1	0,5	0,9	0	0,4	90,9
Kota Singkawang	3,6	1,9	0	0	0,1	0,5	0	0,2	93,5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>2,3</b>	<b>1,9</b>	<b>0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>95,5</b>

Untuk rawat inap (Tabel 4.7.2.1), paling banyak masyarakat masih memanfaatkan RS Pemerintah (2,3%), masih di bawah persentase nasional 3,1%, kemudian disusul RS Swasta (0,9%). Persentase terbanyak pemanfaatan RS Pemerintah untuk rawat inap di Sambas (3,9%) dan Singkawang (3,6%), terendah di Landak (0,6%). Pemanfaatan RS Swasta terbesar di kota Pontianak (3,2%).

Puskesmas sebagai tempat rawat inap di Kalbar menempati urutan ketiga setelah RS Pemerintah dan RS Swasta. Persentase tertinggi terdapat di Sanggau (0,6%).

**Tabel 4.7.2.2**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap**  
**menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan**  
**Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tempat Berobat rawat Inap								Tida Rawat Inap
	RS Peme rintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Pus Kes Mas	Nakes	Batra	Lain nya	
<b>Tipe Daerah</b>									
Perkotaan	3,7	2,2	0,1	0,6	0,3	0,6	0,0	0,2	92,2
Perdesaan	1,7	0,5	0,0	0,1	0,4	0,3	1,0	0,1	96,8
<b>Tingkat Pengeluaran rumah tangga per kapita</b>									
Kuintil-1	1,8	0,5	0	0,2	0,6	0,4	0,1	0,2	96,3
Kuintil-2	1,7	0,7	0	0,1	0,4	0,4	0,1	0,1	96,4
Kuintil-3	2,1	0,8	0	0,2	0,4	0,5	0,1	0,2	95,7
Kuintil-4	2,2	1,3	0,1	0,2	0,3	0,4	0	0,1	95,4
Kuintil-5	3,6	1,5	0	0,4	0,3	0,3	0,1	0,1	93,8

Dari Tabel 4.7.2.2 menunjukkan menurut tipe daerah, terlihat bahwa RS Pemerintah, RS Swasta, RS lain, RS Bersalin, dan tempat praktek tenaga kesehatan lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat perkotaan, sedangkan puskesmas lebih banyak dimanfaatkan masyarakat perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tampak kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan RS Pemerintah dan RS Swasta. Pemanfaatan sarana lain tersebar hampir merata pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga.

**Tabel 4.7.2.3**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Sumber Pembiayaan**  
**dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ Sktm	Dana Sehat	Lain- Lain
Sambas	69.2	10.0	34.2		5.0
Bengkayang	82.7	3.1	15.2		4.2
Landak	83.7	7.0	30.2		2.3
Pontianak	51.9	29.6	37.0	1.9	7.4
Sanggau	76.3	27.5	6.3		1.3
Ketapang	73.6	13.9	12.5	4.2	4.2
Sintang	84.9	14.3	17.5		1.6
Kapuas Hulu	87.1	6.5	16.1		
Sekadau	81.0	6.3	6.3		7.6
Melawi	75.3	2.7	23.3		5.5
Kota Pontianak	82.0	19.6	9.5	1.1	4.8
Kota Singkawang	50.6	26.2	29.3		5.5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>74.5</b>	<b>14.4</b>	<b>19.0</b>	<b>0.5</b>	<b>4.3</b>

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Tabel 4.7.2.3 memperlihatkan bahwa sumber pembiayaan rawat inap secara keseluruhan untuk Provinsi Kalimantan Barat masih didominasi (74,5%) pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri atau keluarga (*out of pocket*), kemudian berturut-turut disusul oleh pembiayaan oleh Askeskin/SKTM (19,0%), Askes/Jamsostek (14,4%), lain-lain (4,3%) dan Dana Sehat (0,5%). Kalau pembiayaan oleh Askeskin/Jamsostek, Askeskin/SKTM dan Dana Sehat diperhitungkan sebagai 'sejenis asuransi kesehatan', maka sekitar 30 responden yang pernah rawat inap dalam kurun waktu 5 tahun terakhir telah mempunyai 'sejenis asuransi kesehatan'.

**Tabel 4.7.2.4**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Sumber Pembiayaan dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesmas 2007**

Karakteristik	Sumber pembiayaan				
	sendiri/ keluarga	askes/ jamsostek	askeskin/ sktm	dana sehat	lain-lain
<b>Tipe daerah</b>					
perkotaan	70.3	23.8	14.3	1.0	5.3
perdesaan	77.3	8.1	22.2	0.1	3.7
<b>Tingkat Pengeluaran RT per Kapita</b>					
kuintil-1	71.4	3.6	30.6	1.5	2.0
kuintil-2	76.6	5.6	25.4	1.0	4.6
kuintil-3	73.8	10.5	19.5		6.3
kuintil-4	76.3	11.6	17.0		4.6
kuintil-5	74.1	31.0	9.3	0.3	3.9

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Tabel 4.7.2.4 memperlihatkan bahwa menurut tipe daerah, pembiayaan rawat inap oleh Askes/Jamsostek lebih banyak dimanfaatkan di perkotaan. Sedangkan untuk pembiayaan rawat inap dengan memanfaatkan Askeskin/SKTM lebih banyak ditemukan di perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terlihat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak perawatan inap yang dibiayai Askes/Jamsostek. Sebaliknya, semakin rendah tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan Askeskin/SKTM dan Dana Sehat. Namun apabila dicermati masih ada sekitar 9 – 15 masyarakat yang mampu secara ekonomi (kuintil 5 dan 4) masih menggunakan Askeskin/SKTM

**Tabel 4.7.2.5**  
**Persentase Responden Yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir**  
**menurut Tempat dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Tempat Berobat rawat Inap									Ti dak Ra wat Ja lan
	RS Peme rintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Pus Kes Mas	Na kes	Ba tra	Lain nya	Di ru mah	
Sambas	1.1	0.2	0.3	12.4	0.1	13.9	0.5	0.2	1.1	70.3
Bengkayang	1.0	1.2	0.0	13.8	0.0	14.5	0.6	0.9	0.4	67.5
Landak	0.6	0.1	0.0	25.6	0.1	8.8	0.3	0.1	1.9	62.5
Pontianak	0.6	0.3	0.0	7.0	0.1	4.8	0.3	0.2	0.4	86.3
Sanggau	0.8	0.3	0.0	9.1	0.3	14.3	0.1	0.6	1.1	73.3
Ketapang	0.5	0.2	0.0	11.8	1.7	7.2	0.0	0.1	0.9	77.5
Sintang	1.0	0.2	0.1	24.3	0.1	17.0	0.1	1.7	0.7	54.7
Kapuas Hulu	0.8	0.2		11.6	0.2	10.4	0.3		0.4	76.0
Sekadau	1.4	0.2		9.8	0.1	29.9	0.4		0.3	57.8
Melawi	0.6	0.1		15.6	0.3	21.2		0.1	0.1	62.0
Kota Pontianak	2.7	0.9	0.2	16.4	2.6	15.4	0.5	0.1	0.7	60.5
Kota Singkawan	1.2	1.1		11.5	0.2	7.1	0.2	0.7	0.0	77.9
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>1.0</b>	<b>0.4</b>	<b>0.1</b>	<b>14.3</b>	<b>0.5</b>	<b>13.4</b>	<b>0.3</b>	<b>0.4</b>	<b>0.7</b>	<b>68.9</b>

Tabel 4.7.2.5 menunjukkan bahwa di Provinsi Kalimantan Barat RS Bersalin/RSB (14,3%) dan Tenaga Kesehatan (13,4%) merupakan sarana kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan untuk rawat jalan. Pemanfaatan RS pemerintah (1,0%) kemudian disusul Puskesmas (0,5%).

Persentase pemanfaatan RSB sebagai tempat rawat jalan, tertinggi di kabupaten Landak (25,6%) dan terendah di Kabupaten Pontianak (7%) Sedangkan persentase tertinggi pemanfaatan tenaga kesehatan untuk rawat jalan ditemukan di Sekadau (29,9%) dan terendah di kabupaten Pontianak (4,8%).



**Tabel 4.7.2.6**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Tempat dan Karakteristik**  
**Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tempat Berobat rawat Inap									
	RS Peme- rintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Pus Kes Mas	Nakes	Batra	Lain nya	Di ru mah	Ti dak Ra wat jalan
<b>Tipe daerah</b>										
Perkotaan	2.1	0.9	0.1	12.	1.1	14.3	0.4	0.3	0.5	68.1
Perdesaan	0.7	0.3	0.1	14.	0.3	13.1	0.3	0.4	0.8	69.1
<b>Tingkat pengeluaran RT perkapita</b>										
Kuintil-1	0.6	0.2	0.1	15.	0.2	8.8	0.3	0.4	0.6	73.0
Kuintil-2	0.8	0.4	0.0	14.	0.4	12.0	0.3	0.5	0.9	70.2
Kuintil-3	0.9	0.5	0.1	15.	0.5	13.0	0.4	0.4	0.8	67.5
Kuintil-4	1.1	0.5		13.	0.7	15.2	0.3	0.3	0.6	68.1
Kuintil-5	1.8	0.7	0.1	12.	0.6	18.0	0.3	0.4	0.6	65.3

Menurut tipe daerah (Tabel 4.7.2.6), tampak kecenderungan responden di perkotaan lebih banyak memanfaatkan RS Pemerintah, RS Swasta, Nakes dan Puskesmas. Sedangkan responden di perdesaan lebih memanfaatkan RSB.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tampak adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan RS Pemerintah, RS Swasta, Puskesmas, dan Tenaga Kesehatan, tetapi semakin sedikit yang memanfaatkan RSB untuk rawat jalan.

Gambaran tentang sumber pembiayaan rawat jalan dan rawat inap tampak tidak berbeda.

Tabel 4.7.2.7 memperlihatkan sumber biaya rawat jalan juga didominasi oleh pembiayaan sendiri/keluarga (85,6%). Persentase sumber biaya sendiri/keluarga tertinggi ditemukan di Sekadau (91,7%) dan terendah di kota Singkawang (40,6%). Sumber biaya dari Askeskin/SKTM mencapai 8,5% , tertinggi di kabupaten Pontianak (23,5%).

**Tabel 4.7.2.7**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan**  
**menurut Sumber Biaya dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lainnya
Sambas	88,2	2,4	6,1	0,8	3,8
Bengkayang	54,2	1,6	3,9	0,5	0,9
Landak	87,5	2,1	16,5	0,2	0,6
Pontianak	72,8	6,5	23,5	0,8	0,6
Sanggau	87,9	8,4	3,1	0,1	2,1
Ketapang	87,8	5,6	4,8	0,7	4,8
Sintang	87,5	5,0	9,6	0,3	2,0
Kapuas Hulu	89,9	6,3	8,3	0,3	1,2
Sekadau	91,7	3,3	3,0	0,4	4,1
Melawi	87,6	3,1	8,3	---	1,6
Kota Pontianak	86,5	8,4	5,2	0,5	1,9
Kota Singkawang	40,6	43,7	9,8	2,4	7,5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>85,6</b>	<b>6,3</b>	<b>8,5</b>	<b>0,5</b>	<b>2,4</b>

**Tabel 4.7.2.8**  
**Persentase Responden Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

Karakteristik	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lainnya
<b>Tipe Daerah</b>					
perkotaan	81,9	11,8	5,8	0,8	3,0
perdesaan	87,2	3,8	9,7	0,3	2,0
<b>Tingkat Pengeluaran RT per Kapita</b>					
kuintil-1	84,4	3,2	13,1	0,4	1,6
kuintil-2	87,8	3,5	9,9	0,5	1,5
kuintil-3	84,1	5,8	10,8	0,6	2,6
kuintil-4	85,5	8,1	5,7	0,5	2,6
kuintil-5	85,3	9,9	4,6	0,3	3,4

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Sumber biaya rawat jalan menurut tipe daerah (Tabel 4.7.2.8), diperkotaan lebih banyak oleh Askes/Jamsostek dibanding perdesaan. Biaya sendiri/keluarga dan askeskin/SKTM lebih banyak di perdesaan dibanding perkotaan.

Gambaran sumber biaya rawat jalan dikaitkan dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan Askes/Jamsostek untuk pembiayaan rawat jalan. Askeskin/SKTM terbanyak di kuintil 1 dan 3.

### 4.7.3 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:

- a. Lama waktu menunggu untuk mendapat pelayanan kesehatan
- b. Keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara
- c. Kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita
- d. Kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan
- e. Dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan terjamin kerahasiaan informasi tentang kondisi kesehatan klien
- f. Kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya
- g. Keberhasilan ruang rawat/pelayanan termasuk kamar mandi
- h. Kemudahan dikunjungi keluarga atau teman.

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

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

Tabel.4.7.3.1 menggambarkan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut provinsi.

**Tabel 4.7.3.1**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Aspek Ketanggapan dan**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Waktu Tunggu	Kerumahan	Kejelasan informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan lingkungan	Kemudahan di kunjungi
Sambas	79.2	75.8	71.7	75.0	76.7	75.0	68.3	82.5
Bengkayang	90.0	87.9	89.5	88.4	88.4	87.9	81.1	85.3
Landak	65.1	76.7	76.7	76.7	79.1	76.7	74.4	83.7
Pontianak	68.5	72.2	75.9	75.9	75.9	75.9	66.7	74.1
Sanggau	78.8	73.8	77.5	77.5	80.0	76.3	70.0	80.0
Ketapang	66.7	79.2	81.9	76.4	80.6	79.2	69.4	87.5
Sintang	81.6	84.8	81.6	82.4	84.0	82.4	80.8	85.6
Kapuas Hulu	58.1	58.1	67.7	64.5	71.0	61.3	58.1	61.3
Sekadau	76.6	83.1	83.1	79.2	79.2	76.6	77.9	84.4
Melawi	87.7	89.0	83.6	83.6	84.9	79.5	69.9	86.3
Kota Pontianak	68.6	69.1	69.1	72.3	71.8	69.1	68.6	72.3
Kota Singkawang	76.4	76.4	80.6	79.4	83.6	76.4	73.9	85.5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>77.2</b>	<b>78.4</b>	<b>79.0</b>	<b>78.9</b>	<b>80.5</b>	<b>77.5</b>	<b>73.2</b>	<b>81.7</b>

Dari table 4.7.3.1 menunjukkan bahwa penduduk di provinsi Kalbar memberikan penilaian 'baik' dengan persentase tinggi adalah aspek 'mudah dikunjungi' (81,7%) dan 'kerahasiaan informasi' (80,5%). Persentase terendah adalah aspek 'kebersihan ruangan' (73,2%).

Menurut kabupaten/kota, tidak terlihat adanya variasi dari setiap aspek ketanggapan. Kapuas Hulu mempunyai persentasi terendah untuk aspek waktu tunggu. Sedangkan Bengkayang mempunyai persentase tertinggi untuk aspek-aspek: kejelasan informasi, turut serta dalam pengambilan keputusan memilih jenis pelayanan yang dikehendaki, kerahasiaan informasi, dan kebebasan memilih sarana pelayanan.

Tabel.6.3.2 menyajikan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut karakteristik rumah tangga.

**Tabel 4.7.3.2**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Aspek Ketanggapan**  
**dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesdas 2007**

Karakteristik	Waktu Tunggu	Keramanan	Kejelasan informasi	Ikut Ambil Kepuasan	Kerahasiaan	Kebebasan Memilih Fasilitas	Kebersihan lingkungan	Kemudahan di kunjungi
<b>Tipe Daerah</b>								
Perkotaan	74.1	75.7	76.7	76.3	78.6	74.1	70.6	80.0
Perdesaan	79.3	80.2	80.5	80.6	81.7	79.8	74.9	82.8
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>								
Kuintil 1	72.7	75.3	76.8	78.4	76.8	73.2	70.6	80.9
Kuintil 2	75.6	79.2	77.7	77.2	80.2	75.6	72.1	78.7
Kuintil 3	77.6	75.6	77.6	79.9	78.0	77.2	69.3	78.7
Kuintil 4	78.9	79.3	80.2	79.8	81.8	81.0	77.7	84.3
Kuintil 5	79.2	81.3	81.3	78.9	83.7	78.9	74.9	84.3

Tabel 4.7.3.2 menunjukkan menurut tipe daerah, tidak terdapat perbedaan mencolok persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap seluruh aspek ketanggapan antara di perkotaan dan perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, nampak ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin banyak yang menyatakan ketanggapan pelayanan kesehatan 'baik' pada aspek: waktu tunggu, keramahan, kebebasan memilih fasilitas pelayanan, kerahasiaan, kebebasan memilih sarana dan kemudahan dikunjungi keluarga/teman.

**Tabel 4.7.3.3**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan**  
**menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kerbersihan ruangan
Sambas	90.4	90.8	87.6	86.7	88.0	88.0	89.0
Bengkayang	95.7	96.0	94.8	94.6	94.9	94.9	81.6
Landak	75.3	79.1	77.6	70.5	70.3	69.0	73.9
Pontianak	81.4	82.0	81.4	83.5	83.8	84.6	85.4
Sanggau	75.5	68.2	65.8	63.2	64.4	64.2	61.3
Ketapang	85.9	90.4	87.9	88.3	89.8	87.1	82.2
Sintang	91.1	91.8	89.7	89.1	89.8	89.4	89.3
Kapuas Hulu	57.4	70.4	67.8	69.5	68.0	65.7	63.4
Sekadau	87.2	90.2	86.8	87.1	88.9	86.8	85.7
Melawi	93.6	95.8	95.5	95.0	95.7	95.7	82.7
Kota Pontianak	80.3	82.0	81.6	81.2	81.9	81.2	81.7
Kota Singkawang	81.4	89.5	84.8	88.4	88.4	83.6	76.2
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>84.4</b>	<b>86.5</b>	<b>84.5</b>	<b>83.6</b>	<b>84.2</b>	<b>83.2</b>	<b>80.8</b>

Tabel 4.7.3.3 menunjukkan di Provinsi Kalimantan Barat aspek ketanggapan terhadap pelayanan rawat jalan dengan persentase nilai 'baik' tertinggi adalah keramahan petugas (86,5%), sedangkan persentase terendah adalah aspek kebersihan ruangan (80,8%). Antar kabupaten/kota, tidak menunjukkan adanya variasi yang terlampau tajam. Kapuas Hulu mempunyai persentase terendah untuk hampir semua aspek ketanggapan rawat jalan. Bengkayang mempunyai aspek tertinggi untuk hampir semua aspek ketanggapan pelayanan rawat jalan.

**Tabel 4.7.3.4**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan**  
**menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga,**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Waktu Tunggu</b>	<b>Keramahan</b>	<b>Kejelasan Informasi</b>	<b>Ikut ambil keputusan</b>	<b>Kerahasiaan</b>	<b>Kebebasan pilih sara</b>	<b>Kebersihan ruangan</b>
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	82.4	85.8	83.6	84.5	85.3	84.4	80.7
Perdesaan	85.0	86.7	84.7	83.3	83.9	82.8	80.8
<b>Tingkat pengeluaran rumah tanggaper kapita</b>							
Kuintil 1	83.8	86.0	84.6	83.4	84.4	82.9	80.7
Kuintil 2	81.7	83.8	82.5	81.4	81.4	80.2	77.5
Kuintil 3	83.7	85.8	83.2	82.0	82.1	81.2	80.3
Kuintil4	86.7	89.2	86.6	86.3	87.0	85.9	83.1
Kuintil5	85.5	87.4	85.1	84.5	85.8	85.2	81.8

Tabel 4.7.3.4 menunjukkan menurut tipe daerah, terdapat perbedaan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' dalam beberapa aspek ketanggapan terhadap pelayanan rawat jalan antara perkotaan dan perdesaan. Di daerah perkotaan aspek ketanggapan 'baik' yang persentasenya tinggi adalah kerahasiaan informasi dan kebebasan memilih fasilitas pelayanan. Sedangkan di daerah perdesaan, persentase penduduk dengan penilaian 'baik' tinggi pada aspek waktu tunggu, keramahan petugas, kejelasan informasi.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan adanya kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin banyak yang memberikan penilaian 'baik' pada semua aspek ketanggapan pelayanan rawat jalan.

## 4.8 Kesehatan Lingkungan

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.

### 4.8.1 Air Keperluan Rumah Tangga

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

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



**Tabel 4.8.1.1**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih**  
**Per Orang Per Hari di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19.9	21-49,9	51-99.9	>100
Sambas	0.1	0.5	25.1	43.4	30.9
Bengkayang	0.3	21.9	13.3	28.6	35.9
Landak	4.8	16.6	15.1	27.7	35.8
Pontianak	1.2	10.6	44.0	25.1	19.2
Sanggau	0.3	11.2	45.0	19.8	23.8
Ketapang	10.3	3.8	17.4	39.0	29.5
Sintang	0.2	2.5	44.4	35.7	17.3
Kapuas Hulu	0.8	9.9	51.8	30.1	7.4
Sekadau	0.3	11.3	46.2	20.9	21.2
Melawi	0.7	18.5	47.7	8.1	25.2
Kota Pontianak	1.1	1.3	10.2	19.6	67.8
Kota Singkawang	0.0	10.8	30.6	26.9	31.7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>1.9</b>	<b>8.2</b>	<b>31.7</b>	<b>28.2</b>	<b>30.0</b>

Secara umum, terdapat 10,1% rumah tangga yang pemakaian air bersihnya masih rendah (1,9% tidak akses dan 8,2% akses kurang), berarti mempunyai risiko tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan/penyakit. Sebesar 31,7% rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), 28,2% akses menengah, dan 30,0% akses optimal.

Kabupaten/kota dengan akses terhadap air bersih masih rendah (di atas 14,4%) berturut-turut adalah Bengkayang dan Melawi. Sedangkan provinsi yang Persentase akses air bersih optimalnya tinggi adalah kota Pontianak, disusul kabupaten Bengkayang, Landak, kota Singkawang, dan kabupaten Sambas.

Bila mengacu pada kriteria *Joint Monitoring Program WHO-Unicef*, di mana batasan minimal akses untuk konsumsi air bersih adalah 20 liter/orang/hari, maka secara umum akses terhadap air bersih menurut jumlah pemakaian air per orang per hari adalah 89,9% , atau mengalami peningkatan dibandingkan data tahun 2004 sebesar 88,7% .

**Tabel 4.8.1.2**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih**  
**Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Rerata pemakaian air bersih per orang per (dalam liter)				
	<5	5-19,9	21 – 49,9	51 – 99,9	>100
<b>Tipe daerah</b>					
Kota	1.6	4.8	21.5	24.6	47.5
Desa	2.1	9.3	35.4	29.6	23.6
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>					
Kuintil-1	2.4	8.5	35.2	27.5	26.4
Kuintil-2	2.6	9.6	35.7	26.3	25.8
Kuintil-3	2.0	8.8	32.4	28.1	28.8
Kuintil-4	1.6	8.4	29.7	29.2	31.2
Kuintil-5	1.0	5.5	26.0	29.8	37.6

Persentase rumah tangga yang aksesnya rendah terhadap air bersih lebih tinggi di perdesaan (11,4%) dibandingkan dengan di perkotaan (6,4%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi akses terhadap air bersih optimal.

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 4.8.1.3

**Tabel 4.8.1.3**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,**  
**Ketersediaan Air Bersih di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten /Kota	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan air		
	Waktu (menit)		Jarak		Mudah sepan- jang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	>30	≤30	>1	≤1			
Sambas	0.1	99.9	1.5	98.5	11.1	86.6	2.3
Bengkayang	2.5	97.5	6.7	93.3	56.4	43.0	0.6
Landak	16.8	83.2	12.2	87.8	62.3	37.7	0,0
Pontianak	0.8	99.2	1.9	98.1	42.4	56.8	0.8
Sanggau	0.6	99.4	0.6	99.4	70.9	28.1	1.0
Ketapang	3.4	96.6	10.9	89.1	58.4	41.4	0.1
Sintang	0.3	99.7	0.5	99.5	41.3	58.6	0.2
Kapuas Hulu	0.6	99.4	1.4	98.6	64.3	33.8	1.9
Sekadau	2.1	97.9	2.4	97.6	67.1	32.9	0,0
Melawi	4.4	95.6	4.4	95.6	74.8	24.8	0.3
Kota Pontianak	13.4	86.6	18.9	81.1	36.4	62.9	0.8
Kota Singkawang	0.0	100.0	0.7	99.3	50.6	48.3	1.1
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>3.8</b>	<b>96.2</b>	<b>5.5</b>	<b>94.5</b>	<b>48.4</b>	<b>50.8</b>	<b>0.8</b>

Tabel di atas menunjukkan secara umum sebanyak 3,8% rumah tangga memerlukan rerata waktu tempuh ke sumber air lebih dari 30 menit. Terlihat tertinggi di kabupaten Landak (16,8% ) dan kota Pontianak (13,4% ). Dilihat dari jarak, secara nasional terdapat 5,5% rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer. Kabupaten/kota dengan Persentase jarak ke sumber air lebih dari 1 kilometer terbesar adalah kota Pontianak (18,9% ), disusul oleh kabupaten Landak (12,2% ) dan Ketapang.

Dilihat dari ketersediaan air bersih dalam satu tahun, secara umum terdapat 48,4% rumah tangga yang air bersihnya tersedia sepanjang waktu. Terdapat 4 kabupaten/kota dengan Persentase ketersediaan air bersih sepanjang tahun lebih kecil dari 48,4% . Kabupaten Sambas (2,3% ) dan Kapuas Hulu (1,9% ) merupakan dua kabupaten yang paling tinggi Persentase rumah tangga dengan ketersediaan air bersih sulit sepanjang tahun.

Akses air bersih menurut waktu, jarak dan ketersediaan air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.8.1.4**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air Ketersediaan						
	Waktu (menit)		Jarak (kilometer)		Mudah Sepanjang tahun	Sulit pada musim Kema- rau	Sulit sepanjang tahun
	>30	≤30	>1	≤1			
<b>Tipe daerah</b>							
Kota	6.6	93.4	9.8	90.2	42.3	56.0	1.6
Desa	2.7	97.3	4.0	96.0	50.5	48.9	0.6
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>							
Kuintil-1	4.5	95.5	5.3	94.7	45.4	54.0	0.7
Kuintil-2	3.5	96.5	4.9	95.1	47.7	51.2	1.2
Kuintil-3	3.5	96.5	6.4	93.6	48.5	51.0	0.5
Kuintil-4	4.2	95.8	5.9	94.1	50.3	48.6	1.1
Kuintil-5	3.1	96.9	5.3	94.7	49.6	49.7	0.7

Persentase rumah tangga yang waktu tempuh ke sumber airnya lebih dari 30 menit lebih tinggi di perkotaan (6,6% ) dibandingkan dengan di perdesaan (2,7% ). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, Persentase waktu tempuh dan ketersediaan air bervariasi pada berbagai tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Persentase rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer lebih tinggi di perkotaan (9,8% ) dibandingkan dengan di perdesaan (4,0% ).

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 4.8.1.5.

**Tabel 4.8.1.5**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air**  
**dalam Rumah Tangga Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten /Kota	Perempuan		Laki – laki	
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)
Sambas	55.2	2.8	39.2	2.8
Bengkayang	34.2	1.7	61.5	2.6
Landak	16.6	0.9	78.0	4.5
Pontianak	26.0	2.2	66.2	5.6
Sanggau	73.7	1.7	23.9	0.7
Ketapang	28.8	0.2	70.1	0.9
Sintang	13.0	1.5	81.2	4.3
Kapuas Hulu	43.3	1.4	51.8	3.5
Sekadau	39.5	7.6	44.6	8.3
Melawi	61.3	4.0	32.3	2.4
Kota Pontianak	18.3	2.7	76.8	2.2
Kota Singkawang	28.1	2.1	65.6	4.2
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>33.9</b>	<b>2.0</b>	<b>60.7</b>	<b>3.4</b>

Secara umum terdapat 5,4% rumah tangga yang anak-anaknya mempunyai beban untuk mengambil air keperluan rumah tangga (2,8% wanita dan 2,8% anak laki-laki).

Di kabupaten Sanggau, Melawi, dan kota Pontianak, pengambilan airnya banyak dilakukan oleh perempuan dari pada laki-laki.

Persentase individu yang mengambil air bersih di rumah tangga menunjukkan variasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.8.1.6**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Individu Yang Biasa Mengambil Air**  
**Dalam Rumah Tangga Menurut Karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Risikesdas 2007**

Kabupaten /Kota	Orang yang biasa mengambil air dalam rumah			
	Perempuan		Laki - laki	
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	25.7	2.6	68.1	3.5
Perdesaan	35.4	1.9	59.4	3.3
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>				
Kuintil-1	36.5	2.8	56.8	4.0
Kuintil-2	34.3	2.0	60.9	2.7
Kuintil-3	32.2	1.2	62.9	3.6
Kuintil-4	34.4	2.5	60.0	3.1
Kuintil-5	31.0	1.2	64.5	3.3

Laki-laki dan perempuan dewasa di perdesaan biasa berperan untuk mengambil air keperluan rumah tangga. Di perkotaan, sumber air rumah tangga lebih banyak di dalam pekarangan.

Terlihat ada kecenderungan Persentase laki-laki dan perempuan dewasa yang mengambil air keperluan rumah tangga lebih kecil pada tingkat pengeluaran/kapita yang lebih tinggi. Sumber air dalam pekarangan cenderung lebih banyak pada tingkat pengeluaran/kapita yang lebih tinggi.

**Tabel 4.8.1.7**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan**  
**Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Risikesdas 2007**

Kabupaten/kota	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik*)
Sambas	7.1	1.9	7.9	5.6	0.5	89.4
Bengkayang	7.9	4.1	6.3	3.2	0,0	88.6
Landak	20.9	0.9	19.6	12.2	1.3	70.8
Pontianak	3.5	1.9	5.2	2.7	0.4	92.2
Sanggau	10.9	3.2	4.3	3.2	0,0	87.5
Ketapang	19.7	3.5	20.8	4.2	1.6	71.4
Sintang	16.8	1.2	8.5	1.2	0.3	76.2
Kapuas hulu	34.6		19.0	0.3	0,0	54.9
Sekadau	37.8	7.0	38.2	9.7	6.3	50.7
Melawi	15.6	2.4	11.4	3.4	0.7	81.7
Kota Pontianak	1.4	0.4	1.9	0.8	0.4	97.7
Kota Singkawang	6.3	4.5	7.1	4.9	2.2	91.0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>12.5</b>	<b>2.2</b>	<b>10.5</b>	<b>3.8</b>	<b>0.8</b>	<b>82.5</b>

\* baik = tidak keruh, berwarna, berasa, berbusa dan berbau

Secara umum, persentase rumah tangga dengan air minum berkualitas fisik baik sebesar 82,5% . Ada 6 kabupaten dengan Persentase kualitas fisik air minumnya di bawah rerata provinsi, terendah adalah Kabupaten Sekadau (50,7% ).

Persentase kualitas fisik air minum rumah tangga yang baik bervariasi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita

**Tabel 4.8.1.8**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik, di Provinsi Kalimantan Barat 2007**

Karakteristik	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik*)
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	5.9	2.4	6.0	3.2	0.6	90.1
Perdesaan	14.9	2.2	12.1	4.1	0.9	79.8
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>						
Kuintil-1	13.5	2.15934	11.1	4.6	0.97	80.25
Kuintil-2	14.5	2.45353	10.9	4.3	1.12	81.26
Kuintil-3	14.1	2.52039	12.0	3.8	0.89	81.32
Kuintil-4	11.4	2.60417	10.9	3.7	0.74	82.66
Kuintil-5	9.3	1.41897	7.7	2.8	0.37	86.93

\* tidak keruh, berwarna, berasa, berbusa dan berbau

Kualitas air minum rumah tangga di perkotaan maupun di perdesaan pada umumnya baik.

Persentase kualitas fisik air minum yang "baik" lebih tinggi di perkotaan (90,1% ) dari pada perdesaan (79,8% ). Ada kecenderungan persentase rumah tangga dengan kualitas air minum "baik" lebih tinggi pada tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita yang lebih tinggi.

Data jenis sumber air minum utama yang digunakan rumah tangga diambil dari data Kor Susenas 2007.

**Tabel 4.8.1.9**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis Sumber Air Minum										
	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Sambas	1.5	4.4	0.6	0.1	2.8	4.1		0.1	3.2	82.8	0.4
Bengkayang	0.9	8.9	0.3	0.6	6.3	21.2	8.54	9.8	20.6	22.5	0.3
Landak	0.2	2.0	0.4	2.7	4.3	8.3	11.9	8.1	51.0	11.0	0.2
Pontianak	4.5	0.4		0.2		0.8	1.15	1.8	4.3	86.9	
Sanggau	0.6	7.6	1.7	5.4	4.9	5.4	6.29	3.3	44.8	20.0	
Ketapang	2.0	5.9	0.8	2.4	22.2	28.1	8.62	2.7	20.2	7.1	
Sintang	2.7	7.0	0.3	4.6	11.9	24.2	3.98	2.3	39.5	3.3	0.2
Kapuas Hulu	0.5	16.5	7.7	0.3	1.6	1.6	10.4	7.1	51.4	2.7	
Sekadau	2.1	4.8	2.1	7.2	13.7	12.0	0.34	0.7	54.8	2.4	
Melawi	0.3	6.7	3.4	2.3	17.4	9.4	5.37	0.7	52.0	2.3	
Kota Pontianak	12.0	3.7				0.2			0.6	83.5	
Kota Singkwnng	3.0	34.2	1.9	1.5	6.7	6.3	4.83	6.7	0.7	33.5	0.7
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>3.2</b>	<b>6.4</b>	<b>1.1</b>	<b>2.0</b>	<b>6.5</b>	<b>9.1</b>	<b>4.29</b>	<b>2.8</b>	<b>23.2</b>	<b>41.2</b>	<b>0.1</b>

Secara umum, Persentase rumah tangga yang menggunakan air hujan sebagai sumber air minum adalah (41,2%), disusul air hujan (23,2%). Masih banyak rumah tangga yang menggunakan air minum dari sumber tidak terlindung (sumur tidak terlindung 9,1%, mata air tidak terlindung 2,8%, air sungai 23,2% dan lainnya 0,1%). Penggunaan air kemasan di rumah tangga mengalami peningkatan dibanding tahun 2004, yaitu dari 2,6% menjadi 3,2%. Sementara yang menggunakan air perpipaan/ledeng 7,5%. Cakupan air perpipaan ini dibawah rerata nasional (16,5%).

Kabupaten/kota yang cakupan air perpipaannya di atas rerata nasional (16,5%) ditemui di kota Singkawang dan kabupaten Kapuas Hulu.

Sebaran Persentase penggunaan jenis sumber air minum bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Jenis sumber air minum pada umumnya air hujan, baik terlindung maupun tak terlindung. Di Landak, Kapuas Hulu, Sekadau dan Melawi ( lebih dari 50% ) banyak rumah tangga yang menggunakan air air sungai.



**Tabel 4.8.1.10**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air**  
**dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat**  
**Riksesdas 2007**

Karakteristik	Jenis Sumber Air Minum										
	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air tidak terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>											
Perkotaan	9.4	14.1	0.7	2.2	5.1	3.1	0.28	0.6	9.4	14.1	0.7
Perdesaan	0.9	3.6	1.3	1.9	7.0	11.3	5.73	3.7	0.9	3.6	1.3
<b>Tingkat pengeluaran/ kapita</b>											
Kuintil-1	0.1	2.8	0.4	0.7	5.0	8.7	6.37	3.4	30.7	41.7	0.1
Kuintil-2	0.6	3.4	0.8	1.0	5.5	9.0	4.94	3.1	27.9	43.6	0.1
Kuintil-3	1.7	5.3	1.3	2.0	5.7	9.8	3.62	2.8	25.2	42.5	0.1
Kuintil-4	3.8	7.2	1.9	2.3	7.3	10.6	3.55	2.3	19.2	41.7	0.1
Kuintil-5	9.8	13.2	1.5	3.9	9.2	7.4	2.9	2.7	12.9	36.6	0.0

Sumber air minum di perkotaan maupun di perdesaan lebih banyak menggunakan air hujan. Penggunaan air kemasan di perkotaan sangat mencolok dibanding perdesaan.

Persentase rumah tangga yang menggunakan air hujan dan air sungai cenderung lebih rendah pada rumah tangga dengan tingkat pengeluaran/kapita yang lebih tinggi. Sedang penggunaan air kemasan air ledeng/perpipaan cenderung meningkat pada rumah tangga dengan tingkat pengeluaran lebih tinggi.

Tabel 4.8.1.11 menggambarkan jenis tempat penampungan air untuk keperluan minum yang digunakan rumah tangga dan jenis pengolahan air minum yang dilakukan sebelum air tersebut dikonsumsi.

**Tabel 4.8.1.11**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan**  
**Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan 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
Sambas	14.6	83.1	2.2	0.9	97.1	7.3	0.4	0.5
Bengkayang	28.4	57.8	13.9	3.2	96.5	0.6	0.3	2.5
Landak	27.4	67.0	5.7	4.1	98.3	3.7	0.7	0.2
Pontianak	20.9	74.6	4.5	6.8	93.9	14.6	0.6	0.4
Sanggau	5.5	91.8	2.6	0.1	98.9	1.1		0.1
Ketapang	18.1	77.2	4.6	4.2	98.0	8.6	1.7	0.3
Sintang	10.2	80.0	9.8	10.8	97.0	4.2	0.5	3.3
Kapuas Hulu	11.8	85.4	2.8	7.2	97.8	9.9	1.9	1.7
Sekadau	28.7	60.4	10.8	18.0	96.9	29.8	2.4	
Melawi	29.7	64.5	5.7	20.4	88.2	1.4	1.0	0.4
Kt. Pontianak	5.4	92.1	2.6	2.6	95.6	0.6	1.4	1.1
Kt. Singkawang	14.2	80.9	4.9	3.7	96.3	4.1	0.7	2.2
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>16.1</b>	<b>78.8</b>	<b>5.0</b>	<b>5.6</b>	<b>96.3</b>	<b>7.1</b>	<b>0.9</b>	<b>0.9</b>

Tempat penampungan air di rumah tangga sebagian besar menggunakan wadah tertutup (78,8%), dan wadah terbuka (16,1%). Ada yang tidak menggunakan penampungan (5,0 %).

Secara umum pengolahan air minum sebelum digunakan terutama dilakukan dengan cara dimasak (96,3%). Terdapat 7,1% yang melakukan pengolahan dengan cara penyaringan dan 0,9% dengan membubuhkan bahan kimia.

Persentase penggunaan tempat penampungan air dan pengolahan air sebelum dikonsumsi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.8.1.12**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan**  
**Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tempat Penampungan			Pengolahan air minum sebelum				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tidak ada wadah	Langsung diminum	Di Masak	Di Saring	Bahan kimia	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	9.2	87.7	3.1	3.1	95.0	5.5	1.0	2.0
Perdesaan	18.7	75.6	5.7	6.5	96.8	7.7	0.8	0.6
<b>Tingkat pengeluaran /kapita</b>								
Kuintil-1	18.4	75.6	6.0	8.3	95.5	5.4	0.9	0.5
Kuintil-2	18.1	77.3	4.6	6.7	96.5	5.7	1.0	0.7
Kuintil-3	14.6	80.6	4.8	5.4	96.8	7.4	0.4	0.4
Kuintil-4	15.8	78.9	5.4	3.9	97.0	8.1	1.3	1.4
Kuintil-5	14.1	81.6	4.3	3.6	95.8	8.8	0.8	1.7

Tempat penampungan dan pengolahan air minum rumah tangga di perkotaan maupun di perdesaan tidak ada perbedaan yang berarti, kebanyakan menggunakan wadah tertutup dan selalu dimasak.

Tidak terdapat perbedaan berarti jenis tempat penampungan dan pengolahan air minum berdasarkan tingkat pengeluaran/kapita. Terbanyak tempat penampungan memakai wadah tertutup, dan pengolahan dimasak dulu sebelum digunakan.

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 4.8.1.13**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Akses air bersih</b>	
	<b>Kurang</b>	<b>Baik*)</b>
Sambas	10.8	89.2
Bengkayang	64.1	35.9
Landak	76.7	23.3
Pontianak	23.0	77.0
Sanggau	58.7	41.3
Ketapang	62.7	37.3
Sintang	69.8	30.2
Kapuas Hulu	64.6	35.4
Sekadau	73.5	26.5
Melawi	67.1	32.9
Kota Pontianak	31.3	68.7
Kota Singkawang	26.5	73.5
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>46.6</b>	<b>53.4</b>

\*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007) dari sumber terlindung (Susenas, 2007) dan sarannya dlm jarak 1 km (Riskesdas, 2007)

Berdasarkan kriteria tersebut, di Provinsi Kalimantan Barat terdapat 53,4% rumah tangga yang mempunyai akses baik terhadap air bersih. Persentase ini di bawah rerata nasional (62,4% ). Di empat Kabupaten/kota dengan Persentase akses baik terhadap air bersih di bawah rerata nasional. ( Kabupaten Bengkayang, Landak, Sanggau, Ketapang, Sintang, Kapuas Hulu, Sekadau, dan Melawi)

Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.8.1.14**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat,**  
**Riskesmas 2007**

Karakteristik	Air bersih	
	Kurang	Baik*)
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	29.1	70.9
Perdesaan	52.9	47.1
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>		
Kuintil-1	50.6	49.4
Kuintil-2	48.3	51.7
Kuintil-3	47.9	52.1
Kuintil-4	45.8	54.2
Kuintil-5	39.8	60.2

\*) 20 ltr/org/hari \*Riskesmas dari sumber terlindung (susenas, 2007)  
 dlm jarak 1 km (Riskesmas, 2007)

Persentase rumah tangga yang mempunyai akses baik terhadap air bersih lebih tinggi di perkotaan (70,9% ) dibanding perdesaan (47,1% ).

Terlihat ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin besar Persentase penduduk yang mempunyai akses terhadap air bersih.

#### 4.8.2 Fasilitas Buang Air Besar

Data fasilitas buang air besar meliputi jenis penggunaan fasilitas buang air besar dan jenis fasilitas buang air besar. Data ini diambil dari data rumah tangga Kor Susenas 2007.

**Tabel 4.8.2.1**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar**  
**dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesmas 2007**

Kabupaten/ kota	Jenis Penggunaan			Tidak Pakai/ Tidak Ada
	Sendiri	Bersama	Umum	
Sambas	63.0	8.5	2.2	26.3
Bengkayang	52.7	3.2	0.6	43.5
Landak	27.7	1.1	2.7	68.5
Pontianak	71.0	6.6	1.2	21.3
Sanggau	41.8	5.0	6.3	46.9
Ketapang	43.6	7.6	3.4	45.3
Sintang	54.1	7.5	3.6	34.8
Kapuas Hulu	45.9	11.8	1.4	40.9
Sekadau	40.0	4.8	19.7	35.5
Melawi	39.3	10.4	8.1	42.3
Kota Pontianak	92.5	6.5	0.2	0.7
Kota Singkawang	82.8	3.7	0.4	13.1
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>57.9</b>	<b>6.6</b>	<b>3.3</b>	<b>32.2</b>

Dari Riskesdas ini ditemukan 57,9% rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri, persentase ini sedikit lebih rendah dari rerata nasional (60,0% ). Persentase rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri tertinggi di Kota Pontianak (92,5% ) dan terendah di Kabupaten Landak (27,7% ). Ditemukan pula sebesar 32,2% rumah tangga tidak mempunyai jamban.

Cakupan penggunaan jamban sendiri menunjukkan variasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.8.2.2**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar Menurut Tipe Daerah, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai/
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	88.6	5.2	0.8	5.4
Perdesaan	46.8	7.0	4.2	41.9
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>				
Kuintil-1	38.4	7.6	4.5	49.4
Kuintil-2	49.3	8.2	3.5	39.0
Kuintil-3	57.7	5.8	3.5	33.0
Kuintil-4	65.0	6.2	3.0	25.8
Kuintil-5	79.2	4.9	1.9	14.0

Persentase rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri di perkotaan lebih tinggi (88,6% ) dibandingkan dengan di perdesaan (46,8% ). Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi Persentase yang menggunakan jamban sendiri.

Tabel 4.8.2.3 menggambarkan berbagai jenis sarana pembuangan kotoran. Jenis sarana pembuangan kotoran dianggap 'saniter' bila menggunakan jenis leher angsa.

**Tabel 4.8.2.3**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung/cubluk	Tidak pakai
Sambas	60.5	23.1	9.4	6.9
Bengkayang	68.5	13.5	12.9	5.1
Landak	74.6	13.4	8.5	3.5
Pontianak	65.6	15.5	13.1	5.8
Sanggau	49.7	18.8	24.2	7.3
Ketapang	66.7	10.6	15.2	7.5
Sintang	46.2	16.5	30.7	6.6
Kapuas Hulu	58.3	10.2	14.4	17.1
Sekadau	31.4	10.6	30.3	27.7
Melawi	50.3	12.3	33.3	4.1
Kota Pontianak	93.3	3.3	3.0	0.4
Kota Singkawang	86.3	4.7	6.9	2.1
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>66.1</b>	<b>13.0</b>	<b>14.5</b>	<b>6.4</b>

Sebesar 66,1% rumah tangga menggunakan jamban jenis leher angsa untuk buang air besar. Persentase tertinggi ditemukan di kota Pontianak (93,3%) dan Singkawang (86,3%).

Persentase penggunaan tempat buang air besar bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.8.2.4**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan**  
**Karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung/cubluk	Tidak pakai
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	88.2	7.0	3.8	0.9
Perdesaan	53.1	16.6	20.7	9.6
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>				
Kuintil-1	48.6	18.2	21.1	12.2
Kuintil-2	59.0	12.2	20.8	8.0
Kuintil-3	65.6	13.2	14.1	7.0
Kuintil-4	68.5	13.7	12.9	4.9
Kuintil-5	79.8	9.9	7.6	2.6

Penggunaan jenis tempat buang air besar jamban jenis leher angsa lebih banyak diperkotaan (88,2% ) di banding perdesaan (53,1% )

Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi Persentase yang menggunakan jamban sendiri.jenis leher angsa.

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses sanitasi disebut 'baik' bila rumah tangga menggunakan sarana pembuangan kotoran sendiri dengan jenis sarana jamban leher angsa.

**Tabel 4.8.2.5**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Akses sanitasi	
	Kurang	Baik*)
Sambas	59.8	40.2
Bengkayang	62.5	37.5
Landak	79.1	20.9
Pontianak	52.2	47.8
Sanggau	75.0	25.0
Ketapang	66.8	33.2
Sintang	71.3	28.7
Kapuas Hulu	67.6	32.4
Sekadau	80.1	19.9
Melawi	71.5	28.5
Kota Pontianak	12.6	87.4
Kota Singkawang	28.0	72.0
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>58.2</b>	<b>41.8</b>

\*) menggunakan jamban sendiri, jenis latrin (Susenas, 2007)

Berdasarkan kriteria tersebut, secara umum rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi sebesar 41,8% ( masih dibawah angka rerata Nasional (54,0%) ). Persentase tertinggi ditemui di kota Pontianak (87,4% ) dan Singkawang (72,0% ), terendah di Sekadau (19,9% )

Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.



**Tabel 4.8.2.6**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Akses Terhadap Air Bersih Dan Sanitasi Menurut Karakteristik, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Sanitasi	
	Kurang	Baik*)
<b>Tipe Daerah</b>		
Kota	20.9	79.1
Desa	71.6	28.4
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>		
Kuintil-1	78.5	21.5
Kuintil-2	67.3	32.7
Kuintil-3	58.8	41.2
Kuintil-4	51.9	48.1
Kuintil-5	33.9	66.1

Dari Riskesdas ditemukan Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi lebih tinggi di perkotaan (79,1% ), perbedaan ini terlihat mencolok, lebih dari dua kali dibandingkan dengan di perdesaan (28,4% ). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi.

Untuk pembuangan akhir tinja, data diambil dari Kor Susenas 2007. Tempat pembuangan akhir tinja dikategorikan saniter adalah bila menggunakan jenis tangki/sarana pembuangan air limbah (SPAL).

**Tabel 4.8.2.7**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja, dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten /Kota	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai/ tanah	Lain-nya
Sambas	45.1	0.6	12.9	24.8	15.3	1.2
Bengkayang	35.2	0.3	18.4	19.0	25.1	1.9
Landak	8.7	1.6	21.5	18.8	39.4	10.1
Pontianak	44.1	5.6	5.9	26.1	17.2	1.2
Sanggau	22.5	3.0	49.5	20.0	3.9	1.1
Ketapang	27.7	1.3	38.7	18.8	12.9	0.7
Sintang	11.6	2.3	30.0	45.4	3.5	7.1
Kapuas Hulu	4.7	1.4	51.2	37.3	1.4	4.1
Sekadau	13.1	0.7	48.5	26.8	8.2	2.7
Melawi	24.8	0.7	59.4	14.1	0.3	0.7
Kota Pontianak	75.9	0.4	3.9	19.5		0.4
Kota Singkawang	73.4	0.4	6.0	10.5	7.9	1.9
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>35.3</b>	<b>2.0</b>	<b>24.9</b>	<b>24.2</b>	<b>11.3</b>	<b>2.4</b>

Persentase rumah tangga dengan tempat pembuangan akhir tinja menggunakan tangki/SPAL (saniter) sebesar 35,3%, sisanya dibuang ke sungai/laut, lubang tanah, kolam/sawah, dan pantai/tanah.

Persentase penggunaan sarana pembuangan akhir tinja saniter tertinggi ditemukan di Kota Pontianak (75,9%) dan Singkawang (73,4%). Persentase terendah ditemukan di Kabupaten Kapuas Hulu (4,7% ) dan Landak (8,7% ).

Persentase rumah tangga dengan penggunaan tempat pembuangan akhir tinjanya jenis tangki/SPAL (saniter) bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.8.2.8**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja Menurut Karakteristik, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/SPAL	Kolam/sawah	Sungai/laut	Lobang tanah	Pantai/tanah	Lainnya
<b>Tipe Daerah</b>						
Kota	72.2	1.0	6.4	18.1	1.8	0.5
Desa	21.9	2.3	31.6	26.4	14.7	3.1
<b>Tingkat Pengeluaran/Kapita</b>						
Kuintil-1	19.8	1.4	31.9	24.0	19.1	3.9
Kuintil-2	27.2	1.7	29.9	22.9	15.1	3.1
Kuintil-3	36.2	2.9	26.2	21.4	10.2	3.1
Kuintil-4	40.1	2.2	23.0	26.3	7.4	1.0
Kuintil-5	53.2	1.6	13.3	26.2	4.6	1.0

Persentase rumah tangga yang menggunakan tangki/SPAL sebagai tempat pembuangan akhir tinja lebih tinggi di perkotaan (72,2% ) dari pada di perdesaan (21,9%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi Persentase yang menggunakan tangki/SPAL.

### 4.8.3 Sarana Pembuangan Air Limbah

Data penggunaan saluran pembuangan air limbah (SPAL) rumah tangga didapatkan dengan cara wawancara dan pengamatan.

**Tabel 4.8.3.1**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riksesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak Ada
Sambas	38.7	14.1	47.2
Bengkayang	35.8	10.3	54.0
Landak	28.6	21.4	50.0
Pontianak	29.1	11.4	59.5
Sanggau	38.0	13.4	48.6
Ketapang	34.6	8.6	56.9
Sintang	33.4	19.8	46.7
Kapuas Hulu	8.4	8.1	83.6
Sekadau	33.3	7.2	59.4
Melawi	25.2	11.5	63.3
Kota Pontianak	46.7	17.6	35.7
Kota Singkawang	34.1	22.5	43.4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>33.6</b>	<b>13.9</b>	<b>52.6</b>

Secara umum terdapat 47,5% rumah tangga yang menggunakan SPAL di rumahnya, baik SPAL jenis tertutup maupun terbuka, persentase tertinggi di kota Pontianak (46,7% ) dan terendah di kabupaten Kapuas Hulu (8,4% ).

Persentase rumah tangga yang tidak memiliki SPAL lebih tinggi dari rerata nasional (24,5% ), tertinggi di kabupaten Kapuas Hulu (83,6% ) dan terendah di kota Pontianak.

Persentase rumah tangga yang tidak menggunakan SPAL bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.8.3.2**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Saluran Pembuangan Air Limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak Ada
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	43.8	20.6	35.5
Perdesaan	29.9	11.5	58.7
<b>Tingkat Pengeluaran/Kapita</b>			
Kuintil-1	29.6	9.5	61.0
Kuintil-2	30.5	9.9	59.6
Kuintil-3	33.6	12.8	53.6
Kuintil-4	38.0	14.0	48.0
Kuintil-5	36.1	23.2	40.7

Saluran pembuangan air limbah terbuka lebih banyak di perkotaan (43,8% ), sedangkan di perdesaan lebih banyak tidak menggunakan atau tidak ada saluran pembuangan air limbah.

Terdapat perbedaan jenis saluran pembuangan air limbah untuk setiap kuintil. Semakin tinggi pendapatan semakin banyak menggunakan saluran pembuangan air limbah terbuka maupun tertutup. Sedangkan semakin rendah pendapatan semakin banyak yang tidak mempunyai atau ada saluran pembuangan limbah.

#### 4.8.4 Pembuangan Sampah

**Tabel 4.8.4.1**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskeddas 2007**

Kabupaten/Kota	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Ter-tutup	Ter-buka	Tidak ada	Ter-tutup	Ter-buka	Tidak ada
Sambas	9.0	10.0	81.0	6.2	25.7	68.1
Bengkayang	3.8	16.3	79.9	3.5	19.0	77.5
Landak	1.7	15.9	82.4	5.4	37.5	57.1
Pontianak	8.6	3.4	88.0	3.6	47.3	49.1
Sanggau	6.0	36.8	57.2	2.3	19.4	78.3
Ketapang	1.0	2.1	96.9	5.6	20.9	73.5
Sintang	10.9	5.0	84.1	2.2	63.3	34.6
Kapuas Hulu	2.2	2.8	95.0	0.5	8.2	91.2
Sekadau	4.2	15.0	80.8	3.5	19.6	76.8
Melawi	4.9	21.2	74.0	1.7	10.7	87.6
Kota Pontianak	14.5	12.2	73.3	10.8	22.3	66.9
Kota Singkawang	24.7	6.7	68.5	3.0	39.7	57.3
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>7.8</b>	<b>11.5</b>	<b>80.7</b>	<b>4.6</b>	<b>30.3</b>	<b>65.1</b>

Tabel di atas menunjukkan secara umum terdapat 19,3% rumah tangga yang memiliki tempat sampah di dalam rumah dan 34,9% rumah tangga memiliki tempat sampah di luar rumah.

Persentase rumah tangga yang memiliki tempat sampah bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.8.4.2**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah Di Dalam dan di Luar Rumah Menurut Karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Penampungan sampah			Penampungan sampah		
	Ter-tutup	Ter-buka	Tidak ada	Ter-tutup	Ter-buka	Tidak ada
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	15.2	13.7	71.0	7.7	30.6	61.7
Perdesaan	5.1	10.7	84.2	3.5	30.2	66.3
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>						
Kuintil-1	5.5	8.6	85.9	2.9	27.7	69.4
Kuintil-2	6.5	10.6	82.9	3.5	27.7	68.8
Kuintil-3	7.0	12.2	80.8	3.5	29.5	67.0
Kuintil-4	8.9	12.4	78.7	5.3	32.8	61.9
Kuintil-5	11.0	13.9	75.1	7.7	33.8	58.4

Persentase rumah tangga yang mempunyai penampungan sampah di dalam dan di luar rumah di daerah perkotaan lebih tinggi dari pada perdesaan. Di perdesaan banyak yang tidak mempunyai penampungan sampah di dalam rumah maupun di luar rumah.

Terlihat ada kecenderungan peningkatan persentase rumah tangga yang mempunyai penampungan sampah di dalam rumah dan di luar rumah pada tingkat pengeluaran yang lebih tinggi. Pendapatan rendah cenderung lebih tinggi tidak mempunyai penampungan sampah di dalam maupun di luar rumah.

#### 4.8.5 Perumahan

Data perumahan yang dikumpulkan dan menjadi bagian dari persyaratan rumah sehat adalah jenis lantai rumah, kepadatan hunian, dan keberadaan hewan ternak dalam rumah. Data jenis lantai, luas lantai rumah dan jumlah anggota rumah tangga diambil dari Kor Susenas 2007, sedangkan data pemeliharaan ternak diambil dari Riskesdas 2007. Kepadatan hunian diperoleh dengan cara membagi jumlah anggota rumah tangga dengan luas lantai rumah dalam meter persegi. Hasil perhitungan dikategorikan sesuai kriteria Permenkes tentang rumah sehat, yaitu memenuhi syarat bila  $\geq 8\text{m}^2/\text{kapita}$  (tidak padat) dan tidak memenuhi syarat bila  $< 8\text{m}^2/\text{kapita}$  (padat).

**Tabel 4.8.5.1**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Lantai Rumah**  
**Dan Kepadatan Hunian Menurut Kabuapten/Kota,**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	≥8 m <sup>2</sup> /kapita	< 8 m <sup>2</sup> /kapita
Sambas	97.7	2.3	84.5	15.5
Bengkayang	96.8	3.2	75.5	24.5
Landak	98.0	2.0	66.4	33.6
Pontianak	96.7	3.3	82.5	17.5
Sanggau	90.8	9.2	80.1	19.9
Ketapang	97.0	3.0	77.0	23.0
Sintang	95.5	4.5	72.6	27.4
Kapuas Hulu	95.3	4.7	78.6	21.4
Sekadau	95.5	4.5	73.2	26.8
Melawi	99.7	0.3	76.8	23.2
Kota Pontianak	97.1	2.9	88.4	11.6
Kota Singkawang	98.1	1.9	77.6	22.4
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>96.3</b>	<b>3.7</b>	<b>79.3</b>	<b>20.7</b>

Dari Riskesdas tahun 2007 ditemukan 3,7% rumah tangga dengan lantai rumah tanah, persentase ini lebih rendah dari rerata Nasional rumah tangga dengan lantai rumah tanah (13,8%). Sebesar 20,7% dengan tingkat hunian padat, angka ini lebih tinggi dari angka Nasional (15,1%).

Persentase rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan tingkat hunian padat bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

**Tabel 4.8.5.2**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah**  
**dan Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumah Tangga**  
**di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	> 8 m <sup>2</sup> /kapita	< 8 m <sup>2</sup> /kapita
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	96.3	3.7	85.5	14.5
Perdesaan	96.4	3.6	77.1	22.9
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>				
Kuintil-1	96.5	3.5	54.7	45.3
Kuintil-2	97.6	2.4	74.8	25.2
Kuintil-3	96.5	3.5	80.9	19.1
Kuintil-4	95.3	4.7	90.8	9.2
Kuintil-5	95.8	4.2	95.4	4.6

Persentase rumah tangga dengan lantai tanah di perkotaan dan di perdesaan dapat dikatakan hampir sama. Sedang Persentase rumah tangga dengan kepadatan hunian tinggi di perdesaan lebih tinggi (22,9% ) dari pada di perdesaan (14,5% ).

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin meningkat Persentase rumah tangga yang lantai rumahnya tanah, dan semakin menurun persentase rumah tangga dengan tingkat hunian padat.

Dalam hal pemeliharaan ternak, data dikumpulkan dengan menanyakan kepada seluruh kepala rumah tangga apakah memelihara binatang jenis unggas, ternak sedang (kambing, domba, babi, dll), ternak besar (sapi, kuda, kerbau, dll) atau binatang peliharaan seperti anjing, kucing dan kelinci. Bila di rumah tangga memelihara ternak, kemudian ditanyakan dan diamati apakah dipelihara di dalam rumah.

**Tabel 4.8.5.3**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Ternak Unggas			Ternak Sedang (kambing/ domba/babi dll)			Ternak Besar (sapi/kerbau/ kuda dll)			Anjing/kucing/ kelinci		
	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak Pelihara	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak Pelihara	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak Pelihara	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak Pelihara
Sambas	2.3	52.0	45.7	0,0	3.2	96.8	0,0	2.6	97.4	28.6	3.4	68.0
Bengkayang	1.6	59.7	38.7	0.3	26.7	73.0	0,0	10.8	89.2	17.4	17.7	64.9
Landak	2.4	76.3	21.4	1.7	46.0	52.3	0.9	4.4	94.8	18.7	32.5	48.8
Pontianak	1.7	39.9	58.4	0.4	8.5	91.0	0,0	2.8	97.2	16.0	5.3	78.7
Sanggau	1.1	64.7	34.2	0,0	21.2	78.8	0,0	3.2	96.8	19.5	21.7	58.8
Ketapang	3.5	50.6	45.9	0.7	13.6	85.7	0.3	5.9	93.8	20.6	13.7	65.7
Sintang	2.0	62.7	35.3	0.3	16.9	82.8	0,0	5.0	95.0	16.6	20.7	62.7
Kapuas Hulu	1.6	43.1	55.2	0,0	7.7	92.3	0,0	2.7	97.3	7.4	23.6	69.0
Sekadau	1.0	71.3	27.7	0,0	29.1	70.9	0.0	11.8	88.2	24.6	12.1	63.3
Melawi	2.7	58.9	38.4	0,0	16.8	83.2	0,0	6.9	93.1	21.9	17.8	60.3
Kt. Pontianak	0.7	7.4	91.8	0,0	0.4	99.6	0,0	1.0	99.0	6.2	2.2	91.6
Kt. Singkwnng	3.0	32.1	64.9	0,0	4.1	95.9	0,0	4.9	95.1	16.0	6.7	77.2
<b>Kalimantan Barat</b>	<b>1.9</b>	<b>48.6</b>	<b>49.4</b>	<b>0.3</b>	<b>13.9</b>	<b>85.8</b>	<b>0.1</b>	<b>4.2</b>	<b>95.7</b>	<b>17.7</b>	<b>13.0</b>	<b>69.4</b>

Pada Tabel 4.8.5.3 menunjukkan di Provinsi Kalimantan Barat, 1,9% memelihara ternak unggas di dalam rumah, 0,3% memelihara ternak sedang di dalam rumah, 0,1 memelihara ternak besar dalam rumah dan 17,7% memelihara anjing, kucing atau kelinci. Ternak kebanyakan dipelihara di luar rumah.

Persentase rumah tangga yang memelihara ternak bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita (Tabel 4.8.5.4).

**Tabel 4.8.5.4**  
**Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan Menurut Karakteristik, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Ternak Unggas			Ternak Sedang (domba/babi dll)			Ternak Besar (kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dim Rmhn	Luar Rmhn	Tidak peliharaan	Dim Rmhn	Luar Rmhn	Tidak peliharaan	Dim Rmhn	Luar Rmhn	Tidak peliharaan	Dim Rmhn	Luar Rmhn	Tidak peliharaan
<b>Tipe Daerah</b>												
Kota	1.3	20.0	78.6	0.1	2.1	97.8	0,0	1.5	98.5	11.9	5.0	83.0
Desa	2.1	58.9	38.9	0.4	18.1	81.5	0.1	5.2	94.6	19.7	15.8	64.5
<b>Tingkat pengeluaran/kapita</b>												
Kuintil-1	2.2	54.1	43.8	0.6	19.3	80.1	0.1	5.2	94.6	19.5	14.5	66.0
Kuintil-2	2.0	53.7	44.3	0.3	16.0	83.7	0.1	4.3	95.6	18.1	15.8	66.2
Kuintil-3	1.4	50.7	47.9	0.4	15.3	84.3	0.0	4.6	95.4	18.6	12.7	68.7
Kuintil-4	2.1	46.9	50.9	0.1	11.0	88.9	0.1	4.3	95.6	18.1	11.5	70.4
Kuintil-5	1.9	37.8	60.4	0.1	7.9	91.9	0,0	2.8	97.2	13.8	10.5	75.7

Persentase rumah tangga yang memelihara ternak di perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin sedikit memelihara ternak, baik jenis unggas, ternak sedang, ternak besar, maupun binatang kucing, anjing



## BAB 5. RINGKASAN HASIL

### GIZI

#### Status Gizi Balita

- Prevalensi balita dengan gizi kurang+buruk (*underweight*) berdasarkan indeks BB/U di Provinsi Kalimantan Barat 22,6% , masih di atas target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20% ) maupun MDG's (18,5% ). Prevalensi nasional untuk gizi buruk dan kurang adalah 18,4% .
- Prevalensi balita dengan status gizi sangat pendek atau pendek berdasarkan indeks tinggi badan terhadap umur (TB/U) sebesar 39,3% .
- Prevalensi balita sangat kurus dan kurus berdasarkan BB/TB 17,3% .
- Prevalensi gizi buruk –kurang, pendek-sangat pendek, kurus-sangat kurus lebih tinggi pada status ekonomi rendah
- Hanya empat kabupaten/kota yaitu kabupaten Pontianak, Sintang, kota Pontianak dan Singkawang yang masalah gizi kronis lebih kecil dari angka nasional
- Hanya satu kabupaten yaitu Sanggau yang masalah gizi akut belum mencapai kondisi Serious
- Prevalensi kegemukan berdasar BB/TB sebesar 14,0% , sedikit lebih tinggi dari rerata nasional (12,2% )

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

- Prevalensi anak kurus laki-laki dan perempuan masing-masing 17,4 dan 11,6 .
- Prevalensi BB lebih pada anak laki-laki dan perempuan masing-masing 10,4 dan 6,8 .

#### Status Gizi Penduduk Umur 15 tahun Ke Atas

- Prevalensi kurus secara umum 16,2
- Prevalensi kurang energy kronis (KEK) sebesar 15,8 .
- Prevalensi kegemukan didapat 12,9 dan obesitas sentral sebesar 15,8

#### Konsumsi Energi dan Protein

- Konsumsi energy perkapita perhari 1594 kalori, masih di bawah angka nasional, protein 57,6 gram/hari.
- Konsumsi Garam Beriodium
- Prevalensi rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium sebesar 84,4

## **Kesehatan Ibu dan Anak**

### **Status Immunisasi**

Cakupan imunisasi BCG 80,4 , polio 3 kali 65 , DPT 3 kali 60,1 , Campak 78,7 dan Hepatitis B 55,3

### **Pemantauan Pertumbuhan Balita**

Balita yang rutin ditimbang ( 4 kali atau lebih) dalam 6 bulan terakhir sebesar 30,4

### **Distribusi Kapsul Vitamin A**

Persentase distribusi kapsul vitamin A untuk anak umur 6 – 59 bulan sebesar 72,8 , cakupan terendah di Ketapang (58,8 ) dan tertinggi di Landak 91,9

### **Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**

- Persentase riwayat pemeriksaan kehamilan Ibu 79,5
- Persentase berat badan bayi < 2500 gram sebesar 16,4

## **PENYAKIT MENULAR**

- Penyakit Malaria, Filariasis dan Demam Berdarah Dengue
- Prevalensi malaria sebesar 3,2 , filariasis 0,04 dan DBD sebesar 0,43 .
- ISPA, Pneumonia, TBC dan Campak
- Prevalensi ISPA 18,0 , Pneumonia 1,1 , TBC 0,8 dan Campak 0,8 .
- Tifoid, Hepatitis dan Diare
- Prevalensi Tifoid pada penduduk sebesar 1,5 , Hepatitis 0,4 dan Diare 5,3

## **PENYAKIT TIDAK MENULAR**

- Penyakit Tidak Menular Utama, penyakit sendi dan penyakit keturunan
- Prevalensi gangguan sendi pada penduduk 15 tahun keatas sebesar 30,0 %.
- Prevalensi penyakit stroke 5,5 %.
- Prevalensi hipertensi berdasar kuesioner 8,4 % , berdasar pengukuran 29,8 % .
- Prevalensi asma 3,7% , penyakit jantung 4,3 % , diabetes 0,8% dan tumor/kanker 2,4 %.
- Prevalensi gangguan jiwa berat 1,6 %.
- Prevalensi rhinitis 7,9 % , dermatitis 32,9 % .

## **Gangguan Mental Emosional**

Prevalensi gangguan mental emosional sebesar 8,2

### **Penyakit Mata**

Persentase low vision sebesar 3,9% , meningkat tajam pada usia 45 tahun ke atas. Cakupan diagnosis oleh Nakes masih rendah hanya 11%. Persentase kebutaan sebesar 0,5 %.

## **Kesehatan Gigi**

Prevalensi masalah gigi dan mulut pada penduduk usia 12 tahun ke atas adalah 20,1  
Prevalensi penduduk yang telah kehilangan seluruh gigi aslinya sebesar 2,1 .

DMFT pada penduduk usia 12 tahun ke atas sebesar 4,8 , karies katif 46,5 ,  
Pengalaman karies 72,1 . PTI sebesar 1,6 .

## **CEDERA DAN DISABILITAS**

### **Cedera**

Prevalensi cedera pada penduduk sebesar 4,7%

### **Disabilitas**

Status disabilitas penduduk 15 tahun ke atas yang sangat bermasalah sebesar 2,1  
dan bermasalah sebesar 26,5 .

## **PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRILAKU**

### **Perilaku Merokok**

Persentase penduduk 10 tahun ke atas yang merokok tiap hari 21,7% dan sudah  
terdapat pada usia 15 - 24 tahun (16,0% )

### **Perilaku Konsumsi sayur dan buah**

Penduduk umur 10 tahun ke atas di provinsi Kalbar yang konsumsi buah dan sayur < 5  
porsi sebesar 94,9% .

### **Perilaku Minum Minuman Alkohol**

Persentase penduduk 10 tahun ke atas peminum alkohol sebanyak 3,3%

### **Perilaku Aktifitas fisik**

Persentase penduduk 10 tahun keatas yang aktivitas fisik sebesar 34,5% .

## **Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS**

Berkaitan dengan flu burung persentase penduduk 10 tahun keatas yang pernah  
mendengar tentang flu burung (56,1% ) , bersikap benar tentang flu burung (46,5% ) dan  
berpengetahuan benar tentang flu burung (36,0% ) .

Penduduk 10 tahun keatas yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS ( 46,6% ), mengetahui tentang penularan HIV/AIDS sebesar 46,3 dan berpengetahuan tentang pencegahan HIV/AIDS sebesar 21,7%

### **Perilaku Higienis dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat**

Persentase penduduk 10 tahun ke atas berperilaku benar dalam hal buang air besar sebesar 41,7%

Persentase penduduk yang berperilaku benar mencuci tangan dengan sabun sebesar 5,1

### **Pola Konsumsi Makanan Berisiko**

Persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang sering mengonsumsi makanan manis sebesar 74,0%, makanan asin sebesar 24,5%, makanan berlemak 10,2% dan penyedap 86,5%

## **AKSES DAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN**

### **Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Persentase Rumah Tangga yang berada lebih dari 5 km dari sarana pelayanan kesehatan sebesar 16,2%.

Persentase Rumah Tangga yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan sebesar 19,3%.

### **Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan**

Persentase terbesar pembiayaan rawat inap didominasi pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri atau keluarga (75,3 ). Pembiayaan oleh Askeskin/SKTM (18,4 ), Askes/Jamsostek (16,0 ) dan Dana Sehat (2,9 ).

Sekitar 9 – 15 dari kelompok masyarakat yang mampu secara ekonomi (kuintil 4 dan 5) masih menggunakan Askeskin/SKTM.

### **Ketanggapan Pelayanan Kesehatan**

Persentase penilaian pelayanan kesehatan tinggi adalah aspek mudah dikunjungi sebesar 79,8 dan kerahasiaan informasi 78,6

Semakin tinggi tingkat ekonomi semakin banyak yang menilai ketanggapan pelayanan kesehatan baik pada hampir semua aspek.

## **KESEHATAN LINGKUNGAN**

### **Air Keperluan Rumah Tangga**

Secara umum, terdapat 10,1 rumah tangga yang pemakaiannya air bersihnya masih rendah (8,2 tidak akses dan 31,7 akses kurang), berarti mempunyai risiko tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan/penyakit. Sebesar 28,2 rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), 28,2 akses menengah, dan 30,0 akses optimal. Bila mengacu pada kriteria *Joint Monitoring Program WHO-Unicef*, di mana batasan minimal akses untuk konsumsi air bersih adalah 20 liter/orang/hari, maka secara umum akses terhadap air bersih menurut jumlah pemakaian air per orang per hari adalah 89,9 , atau mengalami peningkatan dibandingkan data tahun 2004 sebesar 88,7 .

Rumah tangga memerlukan rerata waktu tempuh ke sumber air lebih dari 30 menit sebesar 3,8 dan terdapat 5,5 rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer.

Persentase rumah tangga dengan air minum berkualitas fisik baik sebesar 82,5 .

Rumah tangga yang menggunakan air hujan sebagai sumber air minum adalah 41,2 , disusul air hujan (23,2 ).Penggunaan air kemasan di rumah tangga mengalami peningkatan dibanding tahun 2004, yaitu dari 2,6 menjadi 3,2 . Sementara yang menggunakan air perpipaan/ledeng 7,5 .

### **Fasilitas Buang Air Besar**

Rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri adalah 57,9 , dan 66,1 rumah tangga menggunakan jamban jenis leher angsa untuk buang air besar.

secara umum rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi sebesar 41,8 . Persentase rumah tangga dengan tempat pembuangan akhir tinja menggunakan tangki/SPAL (saniter) sebesar 35,3 , sisanya dibuang ke sungai/laut, lobang tanah, kolam/sawah, dan pantai/tanah.

### **Sarana Pembuangan Air Limbah**

Persentase rumah tangga yang menggunakan SPAL di rumah baik jenis tertutup maupun terbuka sebesar 47,5

Sarana pembuangan air limbah terbuka lebih banyak diperkotaan dibanding di perdesaan.

### **Pembuangan Sampah**

Persentase rumah tangga yang memiliki tempat sampah di dalam rumah sebesar 19,3 dan 34,9 memiliki tempat sampah di luar rumah

### **Perumahan**

Sebesar 3,7 rumah tangga dengan lantai tanah dan sebesar 20,7 dengan tingkat hunian padat

Persentase rumah tangga yang memelihara ternak sejumlah 43,1 , diantaranya 5,9 memelihara di dalam rumah

## 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](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 Faktors*. 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 Albery. Non Communicable Disease. Tomorrow’s pandemic. Bulletin WHO 2001; 79/10: 907.
33. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. 1995
34. Hashimoto K, Ikewaki K, Yagi H, Nagasawa H, Imamoto S, Shibata T, Mochizuki S. Glucose Intolerance is Common in Japanese Patients With Acute Coronary Syndrome Who Were Not Previously Diagnosed With Diabetes. *Diabetes Care* 28: 1182 -1186, 2005.
35. International Classification Of Functioning, Disability And Health (ICF). World Health Organization, Geneva, 2001

36. Jadoon, Mohammad Z., Dineen B., Bourne R,R,A,, Shah S,P,, Khan, Mohammad A., Johnson G,J,, et al, Prevalence of Blindness and Visual Impairment in Pakistan: The Pakistan National Blindness and Visual Impairment Survey, *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 2006;47:4749-55,
37. Janet. AS. Diet Obesitas dan hipertensi. <http://www.surya.co.id /31072002 /10a.phtml>. 2002
38. Kaplan NM. Clinical Hipertension, 8<sup>th</sup> Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.
39. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : Clinical Hypertention, 7<sup>th</sup> Ed. Baltimore : Williams and Wilkins Inc. 1998 : 41-132
40. Kristanti CM, Dwi Hapsari, Pradono J dan Soemantri S, 2002. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Analisis Data . Survei Kesehatan Rumah Tangga
41. Kristanti CM, Suhardi, dan Soemantri S, 1997. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga.
42. Leonard G Gomella, Steven A Haist. Clinicians Pocket Reference, Mc. Grawhill Medical Publishing division, International edition, NY, 2004
43. Mansjoer, A, dkk. Hipertensi di Indonesia .Kapita 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. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2005
52. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
53. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
54. Resolution WHA56.1.WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: Fifty-sixth World Health Assembly. 19-28 May 2003.Geneva, World Health Organization, 2003
55. 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
56. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2007



57. Rose Men's. How To Keep Your Blood Pressure Under Control. News Health Recourse, 1999
58. S.Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001
59. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan.Jakarta, 7-8 Desember 2005.
60. 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.
61. 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*
62. 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*
63. 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,
64. *Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999*
65. Sinaga, S. dkk. Pola Sikap Penderita Hipertensi Terhadap Pengobatan Jangka Panjang, dalam Naskah Lengkap KOPAPDI VI, 1984, Penerbit UI-PRESS : 1439.
66. SK Menkes RI Nomor : 736a/Menkes/XI/1989 tentang Definisi Anemia dan batasan Normal Anemia
67. Sobel, BJ. & Bakris GL. Hipertensi, Pedoman Klinik Diagnosis & Terapy. 1999 : 13
68. 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.
69. 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)
70. Sunyer FX. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med.* 1993 : 119.
71. 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.
72. Syah, B. Non-communicable Disease Surveillance and Prevention in South-East Asia Region, 2002.
73. 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.
74. The WHO STEPwise approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases 2003. *STEPS Instrument for NCD Risk Factors (Core and expanded Version 1.3.)*
75. Tim survei Depkes RI, Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996, Depkes RI, Jakarta;1997,

76. 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.
77. Univ. Cape town, Department of Haematology. Haematology: An Aproach to Diagnosis and Management. Cape town, 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, 2001, *Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) 2001*, Jakarta: Badan Litbangkes.
78. WHO, 1995. *Oral Health Care, Needs of the Community. A Public Health Report.*
79. 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
80. WHO. Auser's guide to the self reporting questionnaire. Geneva. 1994.
81. WHO/SEARO. Surveillance of Major Non-communicable Diseases in South – East Asia Region, Report of an Inter-country Consultation, 2005.
82. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 1999
83. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 2003
84. World Health Organization, 2003, *The World Health Survey Programme*, Geneva.
85. World Health Organization. 2003. The Surf Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current of global data. Geneva: WHO. p.15.
86. 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