

Cetakan Pertama, Desember 2013

Hak Cipta dilindungi oleh Undang Undang
All right reserved

Kementerian Kesehatan RI, Pokok Pokok Hasil Riskesdas Provinsi Kalimantan Barat 2013

Penulis : Hasan Boesri dkk
Layout : Andi Maharany Patta Katy
Desain Sampul : Suci Wiji Lestari

Editor : Nani Sukasediati
C-1 Jakarta

Lembaga Penerbitan Badan Litbangkes, 2013, 293 hlm. Uk 21 cm x 29,7 cm

ISBN 978-602-235-530-4

Diterbitkan oleh :

Lembaga Penerbitan

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Kementerian Kesehatan RI

Anggota IKAPI No. 468/DKI/XI/2013

Jl. Percetakan Negara No 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Ext.123 Faksimilie (021) 4243933

Email: LPB@litbang.depkes.go.id; Website: terbitan.litbang.depkes.go.id

Didistribusikan oleh :

Tim Riskesdas 2013

Copyright (C) 2013 pada Lembaga Penerbitan Badan Litbangkes Jakarta

Sanksi Pelanggaran Undang undang Hak Cipta 2002

1. Barang siapa dengan sengaja tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 100.000.000,00 (seratus juta rupiah)
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil Hak Cipta Sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana penjara paling lama 5 (lima) tahun/atau denda paling banyak Rp. 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah)



RISET KESEHATAN DASAR

POKOK-POKOK HASIL RISKESDAS PROVINSI KALIMANTAN BARAT TAHUN 2013

DISUSUN OLEH
Drs. Hasan Boesri. MS
Akid Darwain SKM.MSc
Drh.Tika Fionasari.MSc
Diana Andriyani Permatasari. S.sos

**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2013**

Kata Pengantar

Assalamu'alaikum wr. wb.

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang senantiasa memberikan rahmat, taufik dan hidayah-Nya, sehingga Riskesdas 2013 telah selesai dilaksanakan. Riskesdas merupakan kegiatan riset kesehatan dasar berbasis masyarakat, yang dilaksanakan secara berkala. Riskesdas menghasilkan indikator kesehatan yang dapat dimanfaatkan untuk perencanaan pembangunan kesehatan.

Hasil akhir Riskesdas 2013 disajikan dalam dua buku, yaitu buku 1: Pokok-Pokok Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013 Provinsi, dan buku 2: Riskesdas 2013 Dalam Angka. Buku 1 berisi hasil analisis variabel utama pembangunan kesehatan, dilengkapi dengan filosofi, teori dan justifikasi pengumpulan variabel dan indikator. Sementara buku 2 menyajikan hasil lebih rinci dalam bentuk tabel. Kedua buku ini merupakan satu kesatuan, pembaca disarankan membaca buku 1 untuk mendapatkan gambaran komprehensif mengenai hasil Riskesdas 2013 pada provinsi, sementara buku 2 untuk memperoleh informasi lebih rinci.

Analisis disajikan secara deskriptif dan kecenderungan untuk melihat perubahan indikator 2007 – 2013. Informasi kecenderungan dapat dimanfaatkan oleh program untuk mengevaluasi strategi yang telah diterapkan di provinsi, sehingga dapat diidentifikasi kemajuan kinerja provinsi dan perbaikan yang dibutuhkan. Laporan Riskesdas 2013 dapat diunduh melalui website Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan www.litbang.depkes.go.id

Balai Besar Penelitian dan pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit (B2P2VRP) Salatiga, sebagai Unit Pelaksana Teknis Badan Litbang Kesehatan, bertanggungjawab untuk menjadi Koordinator Wilayah (Korwil) 5. Provinsi yang menjadi tanggungjawab B2P2VRP Salatiga adalah: Provinsi Bangka Belitung, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tenggara, Gorontalo dan Papua Barat. Dalam kesempatan ini, kami mengucapkan terimakasih yang setulusnya kepada para Gubernur, Bupati, Walikota, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Poltekkes, Perguruan Tinggi, Lembaga Penelitian Daerah, dan berbagai institusi terkait lainnya, yang telah membantu kelancaran Riskesdas 2013 di setiap provinsi Korwil 5. Kontribusi semua pihak yang dimulai dari tahap persiapan, pembuatan instrumen, pengumpulan dan analisis data serta penulisan laporan merupakan suatu hal yang sangat kami apresiasi. Ungkapan serupa juga kami tujukan kepada para koordinator provinsi beserta jajaran administrasinya, para penanggungjawab operasional, para penanggung jawab teknis provinsi dan kabupaten/kota, para enumerator di lapangan dan berbagai pihak lainnya, sehingga pelaksanaan Riskesdas 2013 dapat berjalan dengan lancar.

Akhir kata, semoga laporan provinsi ini dapat dimanfaatkan dengan maksimal bagi para pembaca dan Allah SWT senantiasa melimpahkan barokah-Nya kepada kita semua.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

Kepala Balai Besar Penelitian dan Pengembangan
Vektor dan Reservoir Penyakit (B2P2VRP) Salatiga

Dr. Vivi Lisdawati, M.Si, Apt

SAMBUTAN
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

Assalamu'alaikum wr. wb.

Dalam lima tahun terakhir ini Pembangunan Kesehatan telah diperkuat dengan tersedianya data dan informasi yang dihasilkan oleh Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas. Tiga Riskesdas telah dilaksanakan di Indonesia, masing-masing pada tahun 2007, 2010, dan 2013.

Riskesdas 2013 berbasis komunitas, mencakup seluruh provinsi di Indonesia dan menghasilkan data serta informasi yang bermanfaat bagi para pengelola dan pelaksana pembangunan kesehatan. Dengan adanya data dan informasi hasil Riskesdas, maka perencanaan dan perumusan kebijakan kesehatan serta intervensi yang dilaksanakan akan semakin terarah, efektif dan efisien.

Saya minta agar segenap pengelola dan pelaksana pembangunan kesehatan memanfaatkan data dan informasi yang dihasilkan. Riskesdas dalam merumuskan kebijakan dan mengembangkan program kesehatan, demi terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Saya juga mengundang para pakar perguruan tinggi, para pemerhati kesehatan, para peneliti Badan Litbangkes, dan para anggota APKESI (Asosiasi Peneliti Kesehatan Indonesia) untuk mengkaji hasil Riskesdas 2013, guna mengidentifikasi asupan bagi peningkatan Pembangunan Kesehatan dan penyempurnaan Sistem Kesehatan Nasional. Dengan demikian dapat dikembangkan tatanan kesehatan yang semakin baik bagi Rakyat Indonesia.

Ucapan selamat dan apresiasi saya sampaikan kepada para responden, enumerator, para penanggungjawab teknis Badan Litbangkes dan Poltekkes, para penanggungjawab operasional dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, para pakar dari universitas dan BPS, serta semua pihak yang terlibat dalam Riskesdas 2013 ini. Peran dan dukungan anda sangat penting dalam mendukung upaya menyempurnakan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi Pembangunan Kesehatan di negeri ini.

Semoga buku ini bermanfaat.

Billahitaufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, 1 Desember 2013
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI



Dr. dr. Trihono, MSc

RINGKASAN EKSEKUTIF

A. Ringkasan eksekutif

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 merupakan riset kedua yang mengumpulkan data dasar dan indikator kesehatan setelah tahun 2007 yang mempersentasikan gambaran wilayah nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Indikator yang dihasilkan antara lain status kesehatan dan faktor penentu kesehatan yang bertumpu pada konsep Henrik Blum. Pertanyaan penelitian yang menjadi dasar pengembangan Riskesdas 2013 adalah: 1) bagaimanakah pencapaian status kesehatan masyarakat di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota; 2) Apakah telah terjadi perubahan masalah kesehatan spesifik di setiap provinsi, dan kabupaten/kota; 3) Apa dan bagaimana faktor-faktor yang melatarbelakangi status kesehatan masyarakat di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota; 4) Faktor apa yang menyebabkan terjadinya perubahan masalah kesehatan; dan 5) Bagaimana korelasi antar faktor terhadap status kesehatan? Laporan ini baru dapat menjawab pertanyaan penelitian 1, dan 2 sedangkan pertanyaan penelitian 3, 4, dan 5 akan dilaporkan tahun 2014 dalam bentuk analisis lanjut.

Untuk menjawab kelima pertanyaan tersebut, dirumuskan tujuan antara lain yaitu penyediaan data dasar dan status kesehatan dan faktor penentu kesehatan, baik di tingkat RT maupun tingkat individual, dengan ruang lingkup sebagai berikut: 1) Akses dan pelayanan keluarga; 4) Kesehatan lingkungan; 5) Pemukiman dan ekonomi; 6) Penyakit menular; 7) Penyakit tidak menular; 8) Cedera; 9) Gigi dan mulut; 10) disabilitas; 11) Kesehatan Jiwa; 12) Pengetahuan, sikap dan perilaku; 13) Pembiayaan kesehatan; 14) Kesehatan reproduksi; 15) Kesehatan anak; 16) Pengukuran antropometri (berat badan, tinggi/panjang badan, Lila lengkar atas, lingkaran perut) dan tekanan darah; 17) Pemeriksaan indera mata dan telinga; 18) Pemeriksaan status gigi permanen; 19) Pengambilan spesimen darah dan urin, garam dan air RT.

Disain Riskesdas 2013 merupakan survei *cross sectional* yang bersifat deskriptif. Di Propinsi Kalimantan Barat populasi dalam Riskesdas 2013 adalah Blok Sensus target sebanyak 324 BS, Rumah tangga sebanyak 8100 RT dan anggota rumah tangga sebanyak 30.670 jiwa di 14 Kabupaten/kota. Sampel RT dan anggota RT dalam Riskesdas 2013 dirancang terpisah dengan daftar sampel RT dan anggota RT Susenas 2013. Berbagai ukuran *sampling error* termasuk didalamnya *standard error*, *relative standard error*, *confidence interval*, *design effect*, dan jumlah sampel tertimbang menyertai setiap estimasi variabel.

Riskesdas 2013 di Propinsi Kalimantan Barat berhasil mengunjungi 324 BS dari 324 BS yang ditargetkan (100%), 8000 dari 8100 RT (98,8%), dan 29050 dari 30670 anggota RT (94,7%). Riskesdas 2013 juga mengumpulkan spesimen darah anggota RT umur ≥ 1 tahun untuk pemeriksaan hemoglobin, malaria, glukosa, dan beberapa parameter kimia klinis. Untuk mengetahui status iodium, yang dilakukan tes cepat iodium dari seluruh sampel garam RT ; pemeriksaan garam iodium dari sub-sampel nasional ; pemeriksaan air untuk melihat level iodium dan pemeriksaan iodium dalam urin pada anak usia sekolah (6-12 tahun) dan wanita usia subur (15-49 tahun) (ada dilaporan Nasional).

Keterbatasan Riskesdas 2013 mencakup: 1) *non-sampling error* antara lain: BS yang tidak terjangkau atau terjadi konflik, RT yang tidak dijumpai, anggota RT yang tidak bisa diwawancarai karena tidak ada ditempat sampai waktu pengumpulan data selesai, 2) estimasi tingkat kabupaten tidak bisa berlaku untuk semua indikator karena keterbatasan jumlah sampel untuk keperluan analisis.

Seluruh hasil Riskesdas ini bermanfaat sebagai masukan dalam pengembangan kebijakan dan perencanaan program kesehatan. Hasil Riskesdas 2013 telah dan dapat digunakan antara lain untuk melihat kecenderungan perubahan beberapa indikator yang sama dengan Riskesdas 2007, pengembangan riset dan analisis lanjut, penelusuran hubungan kausal-efek, dan pemodelan statistik.

Riskesdas di Kalimantan Barat menghasilkan berbagai peta masalah kesehatan dan

kecenderungannya, dari bayi lahir sampai dewasa, prevalensi gizi kurang pada balita (BB/U < -2SD) memberikan gambaran yang fluktuatif dari 14,0 persen (2007) meningkat menjadi 16,2 persen (tahun 2013). Tujuh kabupaten/kota yang memiliki prevalensi gizi buruk-kurang di atas angka prevalensi provinsi antara 20,2 persen sampai dengan 16,3 persen. Urutan yang tertinggi sampai terendah adalah (1) kabupaten Sambas; (2) kabupaten Kayong Utara; (3) kabupaten Kapuas Hulu; (4) Kabupaten Sekadau; (5) kabupaten Ketapang; (6) Kabupaten Kubu Raya dan (7) kabupaten Bengkayang.

Prevalensi bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) terjadi peningkatan dari 1,77 persen tahun 2007 menjadi 14,4 persen tahun 2013 di Provinsi Kalimantan Barat. Persentase BBLR tertinggi terdapat di Kabupaten Sekadau (22,9%) dan terendah di Kabupaten Kubu Raya (9,3%). Persentase panjang badan lahir <48 cm sebesar 23,2 persen dan 48-52 cm sebesar 72,8 persen. Persentase bayi lahir pendek di provinsi Kalimantan Barat (panjang badan lahir <48 cm) tertinggi di Kabupaten Kapuas Hulu (47,5%) dan terendah di Kota Pontianak (12,3%). Persentase balita yang memiliki riwayat lahir pendek dan BBLR sebesar 5,1 persen, tertinggi di Kabupaten Sekadau (13,3%) dan terendah di Kabupaten Sambas (0,5%).

Ada perbaikan untuk cakupan imunisasi lengkap yang angkanya meningkat dari 41,3 persen (2007) menjadi 44,2 persen (2013), Cakupan imunisasi dasar lengkap bervariasi di kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat, yaitu tertinggi di kabupaten Landak (93,1%) dan terendah di Sekadau (18,0%). Terdapat 18,4 persen anak 12-23 bulan yang tidak pernah mendapatkan imunisasi dengan persentase tertinggi di Kabupaten Kubu Raya (40,3%) dan terendah di Kapuas Hulu (7,8%), Cakupan tidak lengkap dari 44,8 persen tahun 2007 menurun menjadi 37,4 persen tahun 2013. Cakupan pemberian kapsul vitamin A (dari 78,2 tahun 2007 menjadi 67,3 persen (tahun 2013). kecenderungan cakupan turun pemberian kapsul vitamin A pada anak 6-59 bulan menurut kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat. Persentase anak umur 6-59 bulan yang menerima kapsul vitamin A selama enam bulan terakhir tertinggi di kabupaten Landak (97,0%) dan terendah di Kubu Raya (44,0%).

Untuk pelayanan kesehatan ibu antara lain penggunaan KB saat ini (cara modern maupun cara tradisional), dimana untuk angka nasional meningkat dari 67,46 persen (2007) menjadi 70,3 persen (2013), KB antar kabupaten bervariasi. Pada Riskesdas 2013, besarnya proporsi penggunaan KB terendah 60,6 persen (kota Singkawang) dan tertinggi 80,1 persen (Landak). Sebaliknya proporsi WUS kawin yang tidak pernah menggunakan KB di Kalimantan Barat sebesar 10,5 persen. kabupaten/kota yang tertinggi di kabupaten Bengkayang (17,4%) dan terendah di kabupaten Landak (5,1 %).

Pemetaan penyakit menular pada angka *prevalensi* diare tetap 2,8 persen tahun 2007 dan 2013, dan prevalensi diare tertinggi adalah Kabupaten Pontianak, Bengkayang, Sintang, Sekadau dan Singkawang. Di Kalimantan Barat, prevalensi hepatitis tahun 2007 dan 2013 juga tetap 0,2 persen, Lima kabupaten/kota dengan prevalensi tertinggi hepatitis adalah Kapuas Hulu, Sintang, Sekadau, Ketapang dan kota Pontianak.

Penyakit tidak menular, pada kelompok umur ≥ 18 tahun pengukuran hipertensi terjadi peningkatan dari 8,1 persen tahun 2007 menjadi 28,3 persen tahun 2013. Asumsi terjadi penurunan bisa bermacam-macam mulai dari alat pengukur tensi yang berbeda sampai pada kemungkinan masyarakat sudah mulai datang berobat ke fasilitas kesehatan. Prevalensi hipertensi di Kalimantan Barat yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun, tertinggi di Kayong Utara (36,4%), diikuti Kota Pontianak (33,1%), Sambas (32,3%) dan Kubu Raya (31,4%). Prevalensi hipertensi di Kalimantan Barat yang didapat melalui kuesioner terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 8,0 persen, yang didiagnosis tenaga kesehatan dan minum obat sebesar 8,1 persen. Jadi, ada 0,1 persen yang minum obat sendiri.

Prevalensi kebutaan penduduk di Propinsi Kalimantan Barat terjadi penurunan pada penduduk umur ≥ 6 tahun dari 0,5 persen (2007) menjadi 0,3 persen (2013), Prevalensi kebutaan penduduk umur 6 tahun keatas tertinggi ditemukan di Kabupaten Sambas (0,9%) diikuti Ketapang (0,5%), Sekadau (0,5%), Kayong Utara (0,5%), Bengkayang (0,4%) dan

Kapuas Hulu (0,4%). Prevalensi *severe low vision* penduduk umur 6 tahun keatas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat sebesar 3,9 persen (2007) turun menjadi 1,6 persen (2013). Prevalensi *severe low vision* tertinggi terdapat di Kabupaten Melawi (3,4%), diikuti Kota Pontianak (2,9%), Kabupaten Ketapang dan Landak (masing-masing 2,5%).

Terjadi penurunan prevalensi gangguan emosional di Kalimantan Barat dari 8,2 persen (2007) menurun menjadi 2,5 persen (2013). Lima kabupaten/kota yang tertinggi adalah Kabupaten Sekadau (11,1%), Kabupaten Pontianak (5,2 %), Kabupaten Melawi (4,0%), Kabupaten Sanggau (3,7%) dan Kabupaten Sambas (2,3%).

Proporsi perilaku merokok penduduk umur 15-19 tahun keatas dari 34 persen (2007) terjadi peningkatan 57,4 persen (2013), berdasarkan umur pertama kali merokok tiap hari di Provinsi Kalimantan Barat. Sumbangsih kota Pontianak dengan persentase tertinggi 71,6 persen.

Untuk kesehatan lingkungan, secara kualitas fisik, pada umumnya air minum RT di Kalimantan Barat ada kecenderungan meningkat untuk RT yang menggunakan kualitas fisik dalam katagori baik dari 82,5 persen (2007) terjadi peningkatan menjadi 93,7 persen (2013). Berdasarkan kabupaten/kota, proporsi RT tertinggi dengan air minum keruh adalah di Kayong Utara (11 %), berwarna juga di Sintang (7,1%), berasa adalah di Sintang (8,1%), berbusa di Sintang (2,1%) dan berbau adalah di Sintang (3,3%)

Ringkasan hasil per topik riskesdas 2013 untuk Provinsi Kalimantan Barat disajikan pada tulisan berikut ini.

B. Ringkasan hasil

Akses pelayanan kesehatan

Akses pelayanan kesehatan yang didapatkan dari Riskesdas 2013 merupakan tingkat pengetahuan RT terhadap jenis pelayanan kesehatan terdekat yang berada di sekitar tempat tinggalnya. Jenis pelayanan kesehatan yang ditanyakan ada 8 jenis yaitu keberadaan: (1) RS pemerintah; (2) RS swasta; (3) puskesmas atau pustu; (4) praktek dokter atau klinik; (5) praktek bidan atau rumah bersalin; (6) posyandu; (7) poskesdes atau poskestren; dan (8) polindes. Selain data itu juga diketahui tentang keterjangkauan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan tersebut yang dilihat dari jenis moda transportasi, waktu tempuh, dan biaya menuju fasilitas kesehatan tersebut.

Di Kalimantan Barat 57,9 persen RT mengetahui keberadaan rumah sakit pemerintah, sedangkan rumah sakit swasta diketahui oleh 30,4 persen RT. RT yang mengetahui keberadaan rumah sakit pemerintah tertinggi di kota Singkawang (86,7 %) sedangkan terendah di kabupaten Kayong Utara (3,5%). Pengetahuan RT tentang keberadaan praktek bidan atau rumah bersalin di Kalimantan barat rata-rata 38,1 persen, dengan persentase tertinggi di kabupaten Pontianak (66,6%) dan terendah di Kabupaten Kayong Utara (7,1 %).

Proporsi pengetahuan RT di provinsi Kalimantan Barat, yang menggunakan berbagai moda transportasi sepeda motor menuju rumah sakit pemerintah berdasarkan tempat tinggal di perkotaan 80,0 persen dan perdesaan 58,4 persen. Untuk penggunaan kendaraan umum di perkotaan 4,5 persen dan perdesaan 19,6 persen. Sedangkan yang menggunakan lebih dari satu moda transportasi di perkotaan 10,4 persen sedangkan di perdesaan 13,7 persen.

Proporsi pengetahuan RT menuju puskesmas yang dapat menggunakan kendaraan umum di perkotaan 3,5 persen dan perdesaan 1,7 persen. Sedangkan yang menggunakan lebih dari satu moda transportasi di perkotaan 6,4 persen dan perdesaan 7,3 persen. RT yang menggunakan sepeda motor di perkotaan 72,6 persen dan perdesaan 79,9 persen, sedangkan yang jalan kaki di perkotaan 9,4 persen dan perdesaan 7,3 persen.

Pengetahuan tentang waktu tempuh RT menuju rumah sakit pemerintah menurut tempat tinggal dengan waktu > 60 menit, tertinggi di perdesaan (68,5 %) sementara perkotaan 10,5 persen. Dengan waktu 16-30 menit di perkotaan 31,5 persen dan perdesaan 11,5 persen. Sedangkan dengan waktu tempuh < 16 menit di perkotaan 33,8 persen dan perdesaan 4,0

persen. Sedangkan menurut kuintil indeks kepemilikan, dengan waktu tempuh 16-30 menit, tertinggi pada RT menengah atas (25,1 %) dan terendah pada RT terbawah (7,7 %). Dengan waktu tempuh > 60 menit, tertinggi pada RT terbawah (78,4 %) dan terendah pada RT teratas (26,4 %).

Biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, puskesmas atau puskesmas pembantu, praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah bersalin dengan 3 kategori yaitu ≤ Rp.10.000,-; >Rp.10.000 – Rp.50.000 dan > Rp.50.000,-. Biaya transportasi masih didominasi pada ≤ Rp.10.000,- di rumah sakit pemerintah (34,2 %), rumah sakit swasta (37,1 %), puskesmas atau puskesmas pembantu (72,8 %), dokter praktek atau klinik (69,2 %) dan praktek bidan atau rumah bersalin (82,1 %).

Farmasi dan pelayanan kesehatan tradisional

Bahasan farmasi dan pelayanan kesehatan tradisional (Yankestrad) bertujuan mengetahui proporsi RT (RT) yang menyimpan obat untuk pengobatan sendiri (swamedikasi), proporsi RT yang memiliki pengetahuan benar tentang obat generik (OG) dan sumber informasi tentang OG, serta jenis dan alasan memanfaatkan Yankestrad dalam kurun waktu satu tahun terakhir.

Sejumlah 34,4 persen dari 29.050 RT di Kalimantan Barat menyimpan obat, 87,9 persen RT menyimpan obat keras yang diperoleh tanpa resep dokter. Variasi antar kabupaten di Kalimantan Barat, proporsi tertinggi di Ketapang (94,7%) dan terendah di Kayong Utara (73,8%). Demikian halnya dengan antibiotika, sembilan puluh satu persen RT menyimpan antibiotika tanpa resep, dengan proporsi tertinggi di Ketapang (97,6%) dan terendah di Kayong Utara (78,3%).

Di Kalimantan Barat RT yang menyatakan sumber informasi OG di perkotaan terbanyak dari media elektronik (65,4 %) dan tenaga kesehatan (64,9 %). Sedangkan di perdesaan melalui media elektronik (58,0 %) dan melalui tenaga kesehatan (70,0 %).

Di Kalimantan Barat RT yang memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir. 69,6 persen tidak memanfaatkan Yankestrad dan 30,4% yg memanfaatkan. Yankestrad tanpa alat (76,9 %) dan ramuan (42,0%). Jenis Yankestrad yang dimanfaatkan oleh RT terbanyak adalah dengan keterampilan tanpa alat. Proporsi RT di Kalimantan Barat yang memanfaatkan Yankestrad tertinggi di Kota Pontianak (27,5 %) dan terendah di Kabupaten Kapuas Hulu (1,8 %). Proporsi RT yang memanfaatkan Yankestrad ramuan tertinggi di kabupaten Landak (71,0%) dan yang terendah di kabupaten Sekadau (14,3%). Proporsi RT yang memanfaatkan Yankestrad keterampilan dengan alat tertinggi di kabupaten Kota Pontianak (59,1 %) dan terendah di kabupaten Sekadau (14,3%). Alasan utama RT memanfaatkan Yankestrad terbanyak secara umum adalah untuk menjaga kesehatan/kebugaran, kecuali Yankestrad keterampilan dengan pikiran alasan pemanfaatannya berdasarkan tradisi/kepercayaan.

Kesehatan lingkungan

Air minum

Jenis sumber air untuk seluruh kebutuhan RT di propinsi Kalimantan Barat pada umumnya adalah penampungan air hujan (45,3%), Air isi ulang (14,3%), dan air sungai /danau/irigasi (8,4%). Di perkotaan, lebih banyak RT yang menggunakan air dari air ledeng/PDAM (34,0%), sedangkan di perdesaan lebih banyak yang menggunakan air sungai/danau/irigasi (37,7%).

Proporsi RT yang memiliki akses terhadap sumberair minum *improved* di Kalimantan Barat adalah sebesar 67,8 persen. Lima kabupaten/kota dengan proporsi tertinggi untuk RT yang memiliki akses terhadap air minum *improved* adalah kota Kubu Raya (93,7%), Sambas (92,9%), Kayong Utara (91,9%), Kota Pontianak (77,3%) dan Kabupaten Pontianak (73,4%). Sedangkan lima kota/kabupaten di Kalimantan Barat terendah adalah Sekadau (27,0 %), Sintang (33,7%), Melawi (42,6%), Bengkayang (49,6%) dan Ketapang (57,6%).

Berdasarkan gender anggota RT menurut gender yang biasa mengambil air di Kalimantan Barat. Pada umumnya adalah laki-laki dewasa dan perempuan dewasa (masing-masing 50,9% dan 48,2%). Apabila dibandingkan, proporsi anggota RT laki-laki dewasa mengambil air (51,2%) di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (50,8%); sedangkan untuk perempuan dewasa di perdesaan (48,2%) lebih rendah dibandingkan di perkotaan (48,4%).

Secara kualitas fisik, pada umumnya air minum RT di Kalimantan Barat (93,7%) termasuk dalam kategori baik (tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa, dan tidak berbau). Masih terdapat RT dengan kualitas air minum keruh (0,3%), berwarna (2,2%), berasa (2,9%), berbusa (0,4%), dan berbau (1,5%). Berdasarkan kabupaten/kot, proporsi RT tertinggi dengan air minum keruh adalah di Kayong Utara (11%), berwarna juga di Sintang (7,1%), berasa adalah di Sintang (8,1%), berbusa di Sintang (2,1%) dan berbau adalah di Sintang (3,3%).

Proporsi RT yang mengolah air sebelum di minum di Kalimantan Barat adalah sebesar 80,7 persen, 96,0 persennya melakukan pengolahan dengan cara dimasak. Cara pengolahan lainnya adalah dengan dijemur di bawah sinar matahari/*solar disinfection* (3,5%), menambahkan larutan tawas (0,0%), disaring dan ditambah larutan tawas (0,1%) dan disaring saja (0,4%).

Sanitasi

Proporsi RT di Kalimantan Barat menggunakan fasilitas BAB milik sendiri (69,4%), milik bersama (6,5%), dan fasilitas umum (2,3%). Lima kabupaten/kota tertinggi untuk proporsi RT menggunakan fasilitas BAB milik sendiri adalah Kota Singkawang (91,6%), Kabupaten Pontianak (89,1%), Kota Pontianak (81,8%), Kubu Raya (76,2%), dan Kapuas Hulu (74,7%). Meskipun sebagian besar RT di Kalimantan Barat memiliki fasilitas BAB, masih terdapat RT yang tidak memiliki fasilitas BAB sehingga melakukan BAB sembarangan, yaitu sebesar 21,8 persen. Lima Kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat RT yang tidak memiliki fasilitas BAB/BAB sembarangan tertinggi adalah Sekadau (46,3%), Melawi (40,3%), Kayong Utara (39,1%), Sanggau (38,3%), dan Bengkayang (32,8%).

Proporsi RT yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* menurut karakteristik, RT yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* di perkotaan (56,0%) lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (44,0%).

Di Kalimantan Barat menunjukkan proporsi RT berdasarkan penampungan air limbah dari kamar mandi, tempat cuci, maupun dapur. Pada umumnya limbah RT membuang limbahnya langsung ke got (42,4%) dan tanpa penampungan (36,4%). Hanya 7,8 persen yang menggunakan penampungan tertutup di pekarangan dengan dilengkapi SPAL, 7,7 persen menggunakan penampungan terbuka di pekarangan, dan 5,7 persen penampungannya di luar pekarangan.

Perumahan

Proporsi RT berdasarkan status penguasaan bangunan pada umumnya RT di Kalimantan Barat menempati rumah milik sendiri (90,2%). Masih terdapat RT yang menempati rumah dengan cara kontrak (1,9%) dan sewa (0,5%),

Di Kalimantan Barat proporsi RT yang termasuk ke dalam kriteria tidak padat adalah sebesar 85,7%. Lima kabupaten/kota dengan proporsi tertinggi untuk RT dengan kategori tidak padat ($\geq 8 \text{ m}^2/\text{orang}$) adalah Landak (92,3%), Kota Pontianak (91,7%), Singkawang (89,4%), Ketapang (89,1%) dan Sambas (88,2%). Lima kabupaten/kota terendah adalah Sintang (72,6%), Kayong Utara (76,6%), Melawi (78,2%), Sekadau (78,5%), Kabupaten Pontianak (80,0%), dan Bengkayang (83,3%).

Dalam penggunaan bahan bakar untuk keperluan RT, yang menggunakan bahan bakar yang aman (listrik, gas/elpiji) Menurut karakteristik, di perkotaan (95,1%) lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (64,0%). Sebaliknya, proporsi RT yang menggunakan bahan bakar tidak aman lebih tinggi di perdesaan (36,0%) dibanding di perkotaan (4,9%).

Proporsi RT dalam upaya mencegah gigitan nyamuk di Kalimantan Barat. Baik secara mekanis (kelambu, kasa nyamuk) maupun kimiawi (insektisida, obat anti nyamuk bakar,

repelen). Proporsi tertinggi RT dalam upaya pencegahan gigitan nyamuk adalah dengan menggunakan obat anti nyamuk bakar (43,0%), diikuti oleh penggunaan kelambu (39,0%), repelen (4,0 %), insektisida (5,0%), dan kasa nyamuk (9,0%). Menurut karakteristik, proporsi penggunaan obat anti nyamuk bakar di perdesaan (66,5%) lebih tinggi dibanding di perkotaan (80,2%). Demikian juga penggunaan kelambu, proporsi di perdesaan (77,9%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (33,2%). Sebaliknya, proporsi RT yang menggunakan repelen, insektisida dan kasa nyamuk di perkotaan (masing-masing 13,8%; 19,9%, dan 15,3%) lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (masing-masing 4,5%; 13,0%; dan 5,4%).

Penyakit menular

Penyakit menular yang dikumpulkan dalam Riskesdas 2013 berdasarkan media/cara penularan yaitu: 1) melalui udara (Infeksi Saluran Pernafasan Akut/ISPA, pneumonia, dan TB paru); (2) melalui makanan, air dan lainnya (hepatitis, diare); (3) melalui vektor (malaria).

Ditularkan melalui udara

Prevalensi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) di Kalimantan barat berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan keluhan penduduk adalah 11,1 persen. Lima kabupaten/kota dengan ISPA tertinggi adalah Sintang, Melawi, Kayong Utara, KapuasHulu, dan Kabupaten Pontianak dan terendah di Kota Pontianak.

Insiden dan prevalensi di Kalimantan barat tahun 2013 adalah 1,1 persen dan 2,7 persen. Lima kabupaten/kota yang mempunyai insiden dan prevalensi pneumonia tertinggi untuk semua umur adalah Kabupaten Ketapang, Kabupaten Sekadau, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Pontianak dan kabupaten Kapuas Hulu.

Prevalensi penduduk di Kalimantan Barat yang didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan tahun 2013 sebesar 0,2 persen. Lima kabupaten/kota dengan TB tertinggi adalah Ketapang, Kapuas Hulu, Sekadau, Melawi dan Sambas. Penduduk yang didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan, 21,2 persen diobati dengan obat program.

Ditularkan melalui makanan, air dan lainnya

Di Kalimantan Barat, prevalensi hepatitis tahun 2013 (0,2%), Lima kabupaten/kota dengan prevalensi tertinggi hepatitis adalah Kapuas Hulu, Sintang, Sekadau, Ketapang dan kota Pontianak.

Insiden dan *prevalensi* diare untuk seluruh kelompok umur di Kalimantan Barat adalah 2,8 persen. Lima kabupaten/kota dengan insiden maupun period prevalen diare tertinggi adalah Kabupaten Pontianak, Bengkayang, Sintang, Sekadau dan Singkawang. Insiden diare pada kelompok usia balita di Kalimantan barat adalah 3,9 persen. Lima kabupaten/kota dengan insiden maupun period prevalen diare tertinggi adalah Ketapang, Sekadau, Sintang, Bengkayang dan Sanggau.

Ditularkan vektor

Insiden Malaria penduduk di Kalimantan Barat tahun 2013 adalah 0,4 persen dan tertinggi di kabupaten Ketapang (1,2 %). Prevalensi malaria tahun 2013 adalah 0,4 persen. Lima kabupaten/kota dengan insiden dan prevalensi tertinggi adalah Ketapang, KapuasHulu, Sekadau, Kabupaten Pontianak, Bengkayang dan Sambas.

Penyakit tidak menular

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit kronis yang tidak ditularkan dari orang ke orang. Data PTM dalam Riskesdas2013 meliputi : (1) asma; (2) penyakit paru obstruksi kronis (PPOK); (3) kanker; (4) DM; (5) hipertiroid; (6) hipertensi; (7) jantung koroner; (8) gagal jantung; (9) stroke; (10) gagal ginjal kronis; (11) batu ginjal; (12) penyakit sendi/rematik. Data penyakit asma/mengi/bengek dan kanker diambil dari responden semua umur, PPOK dari umur ≥ 30 tahun, DM, hipertiroid, hipertensi/tekanan darah tinggi, penyakit

jantung koroner, penyakit gagal jantung, penyakit ginjal, penyakit sendi/rematik/encok dan stroke ditanyakan pada responden umur ≥ 15 tahun.

Data prevalensi penyakit ditentukan berdasarkan hasil wawancara berpagabung kasus penyakit yang pernah didiagnosis dokter/tenaga kesehatan atau kasus yang mempunyai riwayat gejala PTM (berdasarkan diagnosis atau gejala). Prevalensi kanker, gagal ginjal kronis, dan batu ginjal ditentukan berdasarkan informasi pernah didiagnosis dokter saja. Untuk hipertensi, selain berdasarkan hasil wawancara, prevalensi juga disampaikan berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah.

Prevalensi asma, PPOK, dan kanker di Kalimantan Barat masing-masing 3,2 persen, 3,5 persen, dan 0,8 per mil. Prevalensi asma tertinggi terdapat di Kabupaten Pontianak (6,4%), diikuti Kayong Utara (5,5%), Singkawang (5,3%), dan Sekadau (4,8%). Prevalensi PPOK tertinggi terdapat di Kabupaten Sekadau (10,0%), diikuti Melawi (5,1%), Kubu Raya (4,8%), Sambas dan Kabupaten Pontianak masing-masing 4,7 persen. Prevalensi PPOK lebih rendah dari kejadian sebenarnya, karena manifestasi klinis baru terlihat ketika fungsi paru sudah menurun. Prevalensi kanker tertinggi terdapat di Kabupaten Pontianak dan Singkawang (0,2%), diikuti Bengkayang, Ketapang, Sintang dan Melawi masing-masing 0,1 per mil.

Prevalensi diabetes dan hipertiroid di Kalimantan Barat berdasar wawancara yang terdiagnosis dokter sebesar 0,8 persen dan 0,1 persen. DM terdiagnosis dokter dan gejala sebesar 1,0 persen. Prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter tertinggi terdapat di Kabupaten Singkawang (2,7%) diikuti Kabupaten Pontianak (2,4%), Melawi (1,2%) dan Kota Pontianak (1,0%). Prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter dan gejala, tertinggi terdapat di Kabupaten Pontianak (2,9%), Sekadau (1,7%), Sanggau dan Melawi masing-masing (1,3%). Prevalensi hipertiroid tertinggi di Kayong Utara (0,4%), Melawi (0,3%), Sanggau (0,3%), dan Landak serta Kapuas Hulu masing-masing 0,2%. Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 28,3 persen, tertinggi di Kayong Utara (36,4%), diikuti Kota Pontianak (33,1%), Sambas (32,2%) dan Kubu Raya (31,4%). Prevalensi hipertensi rata-rata di Indonesia yang didapat melalui kuesioner terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 8,0 persen, yang didiagnosis tenaga kesehatan dan minum obat sebesar 8,1 persen. Jadi, ada 0,1 persen yang minum obat sendiri.

Prevalensi jantung koroner berdasar wawancara terdiagnosis dokter di Kalimantan Barat sebesar 0,3 persen, dan berdasar terdiagnosis dokter dan gejala sebesar 0,9 persen. Prevalensi jantung koroner berdasarkan terdiagnosis dokter tertinggi Kabupaten dan Kota Pontianak (0,6%) diikuti Kubu Raya (0,5%), Sanggau dan Singkawang (0,4%), Bengkayang dan Kayong Utara (masing-masing 0,3%). Sementara prevalensi jantung koroner menurut diagnosis dan gejala tertinggi di Sekadau (3,2%), diikuti Sanggau (2,9%), Kabupaten Pontianak (1,7%), dan Singkawang (0,9%).

Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis berdasarkan wawancara yang didiagnosis dokter meningkat seiring dengan bertambahnya umur, meningkat tajam pada kelompok umur ≥ 75 tahun (0,5), diikuti umur 45-44 tahun dan umur 55-64 tahun (0,3%), tertinggi pada kelompok umur ≥ 75 tahun (0,5%). Prevalensi pada laki-laki (0,2%) lebih tinggi dari perempuan (0,1%), prevalensi lebih tinggi pada masyarakat perdesaan (0,2%), tamat SD (0,3%), pekerjaan wiraswasta (0,3%), dan kuintil indeks kepemilikan menengah bawah dan atas serta teratas masing-masing 0,2 persen.

Prevalensi penyakit batu ginjal berdasarkan wawancara meningkat seiring dengan bertambahnya umur dan menurun pada umur ≥ 75 tahun, tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun (1,7%), menurun sedikit pada kelompok umur 55-64 tahun (0,6%). Prevalensi lebih tinggi pada perempuan (0,5%) dibanding laki-laki (0,4%). Prevalensi tertinggi pada masyarakat dengan pendidikan tamat SD dan masyarakat wiraswasta (masing-masing 0,6%) serta status ekonomi kuintil indeks kepemilikan menengah atas (0,6%). Prevalensi di perdesaan (0,5%) lebih tinggi dibandingkan perkotaan (0,3%).

Prevalensi penyakit sendi berdasarkan wawancara yang didiagnosis nakes meningkat seiring dengan bertambahnya umur dan menurun sedikit pada umur ≥ 75 tahun, sedangkan yang didiagnosis nakes dan gejala meningkat sesuai bertambahnya umur. Prevalensi tertinggi pada umur ≥ 75 tahun (33,9% dan 55,3%). Prevalensi yang didiagnosis nakes lebih tinggi pada perempuan (14,6%) dibanding laki-laki (12,0%) demikian juga yang didiagnosis nakes dan gejala pada perempuan (23,8%) lebih tinggi dari laki-laki (20,9%). Prevalensi lebih tinggi pada masyarakat tidak bersekolah baik yang didiagnosis nakes (23,5%) maupun diagnosis nakes dan gejala (40,7%). Prevalensi tertinggi pada pekerjaan petani/nelayan/buruh baik yang didiagnosis nakes (17,2%) maupun diagnosis nakes dan gejala (29,2%). Prevalensi penyakit sendi yang didiagnosis nakes serta didiagnosis nakes dan gejala di perdesaan (14,9% dan 24,9%) lebih tinggi daripada perkotaan (9,6% dan 16,4%). Kelompok yang didiagnosis nakes, prevalensi tertinggi pada status ekonomi dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (15,4%). Demikian juga pada kelompok yang terdiagnosis nakes dan gejala, prevalensi tertinggi pada status ekonomi dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (27,6%).

Prevalensi gagal ginjal kronis berdasarkan pernah didiagnosis dokter di Kalimantan Barat sebesar 0,2 persen dan penyakit batu ginjal sebesar 0,4 persen. Prevalensi penyakit sendi berdasarkan pernah didiagnosis nakes sebesar 13,3 persen dan berdasarkan diagnosis atau gejala 22,3 persen.

Cedera

Prevalensi cedera di Kalimantan Barat adalah 5,2 persen, prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Pontianak (12,4 persen) dan terendah di Kabupaten Bengkayang (1,7 persen). Kabupaten yang mempunyai prevalensi cedera lebih tinggi dari angka provinsi sebanyak 7 Kabupaten.

Penyebab cedera terbanyak yaitu kecelakaan sepeda motor (41,7 persen). Adapun penyebab cedera yang mempunyai angka proporsi lebih dari 0 meliputi kecelakaan karena jatuh (38,0 persen), transportasi darat lain (7,7 persen), terkena benda tajam/tumpul (7,2 persen) dan kejatuhan (3,7 persen).

Penyebab cedera transportasi sepeda motor tertinggi ditemukan di Kabupaten Ketapang (50,1 persen) dan terendah di Kabupaten Sintang (21,6 persen). Adapun untuk transportasi darat lain proporsi tertinggi terdapat di Kabupaten Sanggau (18,0 persen) dan terendah ditemukan di Kabupaten Kayong Utara (0,5 persen). Proporsi jatuh tertinggi di Kabupaten Kayong Utara (53,7 persen) dan terendah di Kabupaten Ketapang (23,7 persen). Proporsi tertinggi terkena benda tajam/tumpul terdapat di Kabupaten Sintang (21,4 persen) dan terendah di Kota Pontianak (1,1 persen). Penyebab cedera karena kejatuhan tertinggi ditemukan di Kabupaten Bengkayang (9,6 persen) dan terendah di Kabupaten Sambas (1,3 persen).

Proporsi jenis cedera di Kalimantan Barat di dominasi oleh luka lecet/memar sebesar 71,1 persen, terbanyak terdapat di Kota Pontianak 81,0 persen dan yang terendah di Kabupaten Kayong Utara yaitu 33,5 persen. Jenis cedera terbanyak ke dua adalah terkilir, rata-rata di Kalimantan Barat 25,4 persen. Ditemukan terkilir terbanyak di Kabupaten Kayong Utara sebesar 49,7 persen dan terendah di Kabupaten Melawi 13,9 persen. Luka robek menduduki urutan ketiga jenis cedera terbanyak, jenis luka ini tertinggi ditemukan di Kota Singkawang sekitar 42,8 persen jauh di atas angka Kalimantan Barat yaitu 23,2 persen dan terendah di Sanggau 14,0 persen. Jenis cedera lainnya proporsinya kecil, patah tulang 6,0 persen, lainnya 1,7 persen.

Gigi dan mulut

Di Kalimantan Barat jumlah masyarakat yang bermasalah kesehatan gigi dan mulut pada 12 bulan terakhir ada 36,8 persen dan angka yang tertinggi terdapat di kabupaten Kayong Utara yaitu sebesar 60,3% yang menyatakan bermasalah pada penyakit gigi dan mulut, tetapi hanya 39,5% yang menerima pengobatan gigi dan mulut oleh tenaga medis, dengan effective medical demand hanya 5,8%. Angka yang terendah terdapat pada

kabupaten Kapuas Hulu yaitu 18,1% yang bermasalah dengan kesehatan gigi dan mulut tetapi yang menerima pengobatan dari tenaga medis hanya 8,9%, dengan efektivitas medical demand 2,3%. Penduduk yang mendapatkan pengobatan gigi dari tenaga medis yang terbesar jika dibandingkan penduduk yang bermasalah terhadap gigi dan mulut terdapat pada kabupaten Bengkayang dengan perbandingan angka pengobatan sebesar 32,8% lebih tinggi dari persentase masalah gigi dan mulut yang dialami masyarakat kabupaten Bengkayang sebesar 28,2%.

Sebaran jenis perawatan/ pengobatan gigi dalam 12 bulan terakhir di kabupaten/ kota provinsi Kalimantan Barat adalah pengobatan 82,2%, pencabutan 26,5%, konseling perawatan kebersihan gigi 5,1%, penumpatan gigi 4,2%, pemasangan gigi palsu sebagian hanya 2,0%, dan sceling 1,0%. Untuk perawatan pemasangan gigi lepas/ tiruan full denture, perawatan pemasangan gigi tiruan cekat, perawatan pemasangan gigi tanam/ implant denture, perawatan orthodonti dan perawatan gusi/ -periodontal treatment, tidak dilakukan di seluruh kabupaten/ kota provinsi Kalimantan Barat

Disabilitas

Bahasan disabilitas bertujuan mendapatkan pemahaman seutuhnya tentang pengalaman hidup penduduk karena kondisi kesehatan termasuk penyakit atau cedera yang dialami. Setiap orang memiliki peran tertentu, seperti bekerja dan melaksanakan kegiatan/aktivitas rutin yang diperlukan. Kuesioner disabilitas dikembangkan oleh WHO untuk mendapatkan informasi sejauh mana seseorang dapat memenuhi perannya di rumah, tempat kerja, sekolah atau area sosial lain, hal yang tidak mampu dilakukan atau kesulitan melakukan aktivitas rutin (WHO, 2010). Informasi besaran masalah disabilitas dapat dimanfaatkan untuk menyusun prioritas dan mengevaluasi efektivitas dan kinerja program kesehatan.

Risikesdas 2013 menunjukkan 94,9 persen penduduk di Kalimantan Barat *disability free*. Interpretasi lain adalah penduduk Kalimantan Barat cenderung tidak menganggap kesulitan sangat ringan yang dialami dalam melakukan aktivitas rutin, Indikator disabilitas tertinggi di kabupaten Sintang (10,6%). Prevalensi disabilitas penduduk umur 15 tahun ke atas menurut status dan karakteristik di Propinsi Kalimantan Barat yang tinggal di kota masalah disabilitas hanya 6,1 % dan di perdesaan sebesar 6,6 %.

Kesehatan jiwa

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Kalimantan Barat 0,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di Sambas, Landak, Kabupaten Pontianak, Sanggau dan Sekadau (masing-masing (0,1%). . Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur ≥ 15 tahun berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20** menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Risikesdas 2013 sebesar 2,5 persen. Lima kabupaten/kota yang tertinggi adalah Kabupaten Sekadau (11,1%), Kabupaten Pontianak (5,2 %), Kabupaten Melawi (4,0%), Kabupaten Sanggau (3,7%) dan Kabupaten Sambas (2,3%).

Pengetahuan, sikap, dan perilaku

Di Kalimantan Barat rerata perilaku BAB di jamban adalah 76,0 persen. Lima kabupaten terendah adalah Sintang (37,8%), Sekadau (40,0%), Kayong Utara (46,4%), Ketapang (54,0%) dan Bengkayang (57,8%). Rerata penduduk di Provinsi Kalimantan Barat menunjukkan proporsi perilaku cuci tangan secara benar sebesar 60,3 persen dan lima proporsi kabupaten/kota terendah adalah Bengkayang (0,9%), Sintang dan Kayong Utara (1,6%), Kapuas Hulu (2,2%), Ketapang dan Melawi (3,8%) dan kota Singkawang (3,9%).

Rerata perokok di Provinsi Kalimantan Barat adalah 22,3 persen. Proporsi perokok saat ini terbanyak di Kabupaten Ketapang dengan perokok setiap hari sebesar 36,9 persen dan kadang-kadang merokok sebesar 14,4 persen. Sedangkan yang bukan perokok rerata sebesar 67,0 persen dan kota Singkawang memberikan sumbangsih terbesar yaitu 84,2 persen yang bukan perokok.

Proporsi penduduk umur 10 tahun keatas berdasarkan umur pertama kali merokok tiap hari. Usia mulai merokok ini penting diketahui untuk melihat lamanya paparan rokok pada penduduk. Persentase merokok untuk Provinsi Kalimantan Barat mulai merokok tiap hari tertinggi pada rentang umur 15-19 tahun dengan rerata 57,4 persen, sumbangsih kota Pontianak dengan persentase tertinggi 71,6 persen. Untuk kelompok umur muda 5-9 tahun, tertinggi pada kabupaten Ketapang dengan 1,0 persen dari rerata provinsi Kalimantan Barat 0,4 persen.

Secara umum jenis rokok yang paling banyak diminati untuk dihisap di provinsi Kalimantan Barat adalah jenis rokok kretek (55,0%) selanjutnya rokok putih (46,0%). Untuk rokok kretek penghisap terbesar berada pada kabupaten Ketapang dengan 86,5 persen sedangkan rokok putih lebih banyak dikonsumsi yang berada di kota Pontianak dengan 82,1 persen.

Rerata penduduk yang mempunyai kebiasaan mengunyah tembakau setiap hari di provinsi Kalimantan Barat adalah 2,9 persen. Proporsi kebiasaan mengunyah tembakau saat ini terbanyak di kabupaten Sintang dengan 8,6 persen dan 11,2 persen penduduk yang kadang-kadang mengunyah tembakau. Sedangkan yang tidak mengunyah tembakau rerata sebesar 94,0 persen dan Kota Singkawang memberikan sumbangsih terbesar yaitu 99,0 persen yang tidak pernah mengunyah tembakau.

Proporsi Aktivitas fisik aktif penduduk provinsi Kalimantan Barat memiliki rerata 67,8 persen, tiga kabupaten tertinggi pada kabupaten Bengkayang 87,3 persen, kabupaten Sambas 85,7 persen dan kabupaten Landak 79,6 persen. Sedangkan penduduk yang kurang beraktivitas secara kumulatif kurang dari 150 menit dalam seminggu, memiliki persentase 52,0 persen yang di tempati oleh kabupaten Kayong Utara dari rerata provinsi 32,2 persen.

Konsumsi buah/sayur per hari dalam seminggu menunjukkan sebagian besar penduduk mengkonsumsi 1-2 porsi dengan rerata 82,6 persen, sumbangsih terbesar 100 persen pada kabupaten Sambas, Landak, Kapuas hulu dan Kayong utara. Konsumsi lima atau lebih dari lima porsi buah/sayur terdapat pula pada kabupaten Sanggau (6,3%). Namun masih ada proporsi penduduk yang tidak mengkonsumsi buah/sayur per harinya sebanyak 16,9 persen yang berada pada kabupaten Kubu Raya.

Proporsi penduduk berdasarkan kabupaten/kota untuk konsumsi makanan/minuman manis dengan jumlah satu kali/lebih per hari, tertinggi pada kabupaten Bengkayang (82,5%) dari rerata provinsi 58,8 persen. Konsumsi 1-6 kali per minggu terdapat pada kabupaten Kayong Utara (51,7%), terendah kabupaten Bengkayang (14,3%) dari rerata provinsi 36,1 persen. Sedangkan kategori tiga kali/lebih per bulan konsumsi makanan/minuman manis memiliki rerata provinsi 5,1 persen, yang berada di atas rerata tertinggi kabupaten Sambas (9,7%) dan terendah (1,6%) terdapat pada kabupaten Kapuas Hulu.

Proporsi penduduk berdasarkan kabupaten/kota untuk konsumsi makanan berlemak dengan jumlah satu kali/lebih per hari, tertinggi pada kabupaten Bengkayang (48,2%) dan terendah kabupaten Landak (4,5%) dari rerata provinsi 25,9 persen. Konsumsi 1-6 kali per minggu tertinggi pada kabupaten Landak (70,1%), terendah kabupaten Bengkayang (40,1%) dari rerata provinsi 56,6 persen. Sedangkan kategori tiga kali/lebih per bulan konsumsi makanan berlemak memiliki rerata provinsi 17,5 persen, yang berada di atas rerata tertinggi kabupaten Sintang (41,6%) dan terendah (5,1%) terdapat pada kota Pontianak.

Proporsi penduduk berdasarkan kabupaten/kota untuk konsumsi makanan berisiko yaitu makanan dengan bumbu penyedap frekuensi satu kali/lebih per hari, tertinggi pada kabupaten Bengkayang (90,2%) dan terendah kabupaten Melawi (51,9%) dari rerata provinsi 74,7 persen. frekuensi konsumsi 1-6 kali per minggu tertinggi pada kabupaten Sanggau (29,7%), terendah kabupaten Bengkayang (4,7%) dari rerata provinsi 16,1 persen. Sedangkan frekuensi tiga /kurang tiga kali per bulan konsumsi makanan dengan bumbu penyedap memiliki rerata provinsi 9,2 persen, yang berada di atas rerata tertinggi kabupaten Melawi (23,1%) dan terendah (1,7%) terdapat pada kota Pontianak.

Proporsi penduduk berdasarkan kabupaten/kota untuk konsumsi makanan olahan dari tepung yaitu makanan mie instan dengan frekuensi satu/lebih satu kali per hari, tertinggi pada kabupaten Kapuas Hulu (57,0%) yang cukup jauh di atas rerata provinsi sebesar 14,8 persen dan terendah kabupaten Sanggau (7,0%). Frekuensi konsumsi 1-6 kali per minggu tertinggi pada kabupaten Landak (87,9%), terendah kabupaten Kapuas Hulu (40,0%) dari rerata di Kalimantan Barat sebesar 70,0 persen. Sedangkan frekuensi tiga/kurang tiga kali per bulan konsumsi mie instan memiliki rerata di Kalimantan Barat sebesar 15,2 persen, yang berada di atas rerata tertinggi Kota Singkawang (29,7%) dan terendah (3,0%) terdapat pada Kabupaten Kapuas Hulu.

Proporsi RT yang memenuhi kriteria PHBS baik menurut kabupaten/kota. Provinsi Kalimantan Barat memiliki rata-rata 21,3 persen, terdapat empat kabupaten/kota dengan angka pencapaian di atas rerata provinsi, yaitu Kota Pontianak (42,4%), Kota Singkawang (39,0%), Kabupaten Landak (26,2%) dan Kabupaten Sanggau (22,1%). Sedangkan kabupaten/kota dengan pencapaian PHBS kurang dengan rerata 78,7 persen. Sebagian besar kabupaten berada di atas rerata provinsi, tiga tertinggi adalah Kabupaten Kayong Utara (95,6%), selanjutnya Kabupaten Sekadau (93,6%) dan Kabupaten Melawi (89,4%).

Pembiayaan

Kepemilikan Jaminan Kesehatan

Di Kalimantan Barat, sebanyak 58,6 persen penduduk belum memiliki jaminan kesehatan. Askes/ ASABRI dimiliki oleh sekitar 5,5 persen penduduk, Jamsostek 1,7 persen, asuransi kesehatan swasta dan tunjangan kesehatan perusahaan masing-masing sebesar 0,6 persen. Kepemilikan jaminan didominasi oleh Jamkesmas (22,2%) dan Jamkesda (12,5%).

Kabupaten Kayong Utara adalah provinsi yang paling tinggi cakupan kepemilikan jaminan diantara provinsi lain, yaitu sekitar 8,2 persen penduduk atau hanya 1,8 persen yang tidak punya jaminan apapun dan Bengkayang yang menjadi kabupaten dengan cakupan kepemilikan jaminan kesehatan yang paling rendah dan 79,1 persen penduduknya tidak punya jaminan.

Menurut kuintil indeks kepemilikan, Jamkesmas dimiliki oleh kelompok penduduk terbawah, menengah bawah dan menengah, masing-masing sebesar 29,4 persen, 28,8 persen dan 24,3 persen. Akan tetapi Jamkesmas dimiliki juga pada penduduk menengah atas (16,1%) dan teratas (9,0%).

Mengobati sendiri

Proporsi penduduk yang mengobati sendiri sebulan terakhir di Provinsi Kalimantan Barat yaitu 14,5 persen dengan besaran biaya rata-rata Rp. 5000,00. Masyarakat di Kabupaten Sambas lebih banyak (26,8 %) yang mengobati sendiri dibanding kabupaten lainnya biaya rata-rata Rp.3.000,00. Sedangkan masyarakat di Kabupaten Kapuas Hulu paling sedikit (6,1%) rata-rata besaran biaya Rp. 15.000, yang mengobati sendiri sebulan terakhir.

Rawat jalan

Penduduk di Propinsi Kalimantan Barat lebih banyak memanfaatkan rawat jalan (5,2%) dibandingkan rawat jalan (0,9%). Pemanfaatan rawan jalan dan rawat inap tertinggi di Kabupaten Pontianak yaitu 12,6 persen dan 1,7 persen, sedangkan besarnya biaya yang dikeluarkan untuk rawat jalan tertinggi adalah di Kabupaten Sintang sebesar Rp. 100.000,00 dan rawan inap di Kabupaten Kayong Utara sebesar Rp. 8.000.000,00.

Sumber biaya untuk rawat jalan ke semua fasilitas sebagian besar penduduk di Propinsi Kalimantan Barat didominasi pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri (70,5%), kemudian berturut-turut disusul oleh pembiayaan oleh Jamkesmas/Jamkesda (19,2%), Askes/Asabri dan sumber lainnya (3,2%), pembiayaan oleh perusahaan (2,0%), Lebih dari 1 sumber (0,8%) dan Pembiayaan swasta (0,1%).

Rawat inap

Menurut karakteristik umur sumber biaya untuk rawat inap dengan pembiayaan sendiri pada kelompok umur 15 - 24 tahun. Kecenderungan pada perempuan dan bekerja sebagai lainnya masih mendominasi pembiayaan rawat inap dengan biaya sendiri. Sumber biaya untuk rawat inap di daerah perkotaan maupun dipedesaan juga cenderung dengan biaya sendiri, dengan kepemilikan teratas.

Sumber biaya untuk rawat inap sebagian besar penduduk di Propinsi Kalimantan Barat didominasi pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri (62,5%), kemudian berturut-turut disusul oleh pembiayaan oleh Jamkesmas/Jamkesda (31,7%), pembiayaan lebih dari 1 sumber (4,0%), Askes/Asabri (3,9%), Sumber lainnya (2,9%), pembiayaan oleh perusahaan (2,8%), Jamsostek (1,6%) dan Asuransi swasta (0,6%). Pemanfaatan rawan jalan dan rawat inap tertinggi di Kabupaten Pontianak yaitu 12,6 persen dan 1,7 persen. sedangkan besarnya biaya yang dikeluarkan untuk rawat jalan tertinggi di Kabupaten Sintang sebesar Rp. 100.000,00 dan rawan inap di Kabupaten Kayong Utara sebesar Rp. 8.000.000,00.

Kesehatan reproduksi

Blok Kesehatan Reproduksi yang dikumpulkan bertujuan untuk menyediakan informasi cakupan pelayanan kesehatan ibu terkait dengan indikator MDG yaitu pelayanan KB, pelayanan kesehatan selama masa hamil sampai masa nifas.

Proporsi kehamilan usia 10-54 tahun di Kalimantan Barat adalah 2,68 persen dan kehamilan pada umur sangat dini (< 15 tahun) meskipun dengan proporsi yang sangat kecil (0,10%) dan kehamilan pada umur remaja (15-19 tahun) adalah 3,20 persen.

Pola penggunaan KB yang didominasi oleh alat/cara KB modern (70,3%) dibanding cara tradisional (0,0%). Alat/cara KB modern terdiri dari kondom pria/wanita, sterilisasi pria, sterilisasi wanita, IUD/AKDR/spiral, pil, suntikan, dan diafragma serta susuk/implant. Sedangkan alat/cara KB tradisional meliputi metode menyusui alami, pantang berkala/kalender dan senggama terputus dan lainnya. Kabupaten/kota dengan proporsi penggunaan KB modern tertinggi di Kabupaten Landak (80,1%) dan terendah di Kabupaten Pontianak (62,2%).

Proporsi penggunaan KB terendah 60,6 persen (kota Singkawang) dan tertinggi 80,1 persen (Landak). Sebaliknya proporsi WUS kawin yang tidak pernah menggunakan KB di Kalimantan Barat sebesar 10,5 persen. Kabupaten/kota yang tertinggi di Kabupaten Bengkayang (17,4%) dan terendah di Kabupaten Landak (5,1 %).

Semakin muda umur ibu cenderung melakukan ANC dibandingkan ibu umur lebih tua. Semakin tinggi pendidikan ibu semakin tinggi persentase yang melakukan ANC dibandingkan dengan pendidikan ibu yang lebih rendah, yaitu 99,1 persen ibu berpendidikan tertinggi dibandingkan 63,7 persen untuk ibu berpendidikan terendah (tidak sekolah). sebagian besar ibu hamil adalah praktek bidan (35,7 %), Puskesmas/Pustu sebesar 22,3 persen dan pemanfaatan Posyandu sebesar 14,4 persen.

Konsumsi zat besi dan variasi jumlah asupan zat besi selama hamil di Kalimantan Barat. Konsumsi zat besi yang dilaporkan oleh ibu selama kehamilannya pada kelompok umur < 20 tahun adalah 81,0 persen, kelompok umur 20-34 tahun adalah 80,6 persen dan kelompok umur \geq 35 tahun adalah 79,3 persen dari kehamilan yang mengkonsumsi zat besi minimal 90 hari selama kehamilannya pada kelompok umur < 20 tahun adalah 17,6 persen, kelompok umur 20-34 tahun adalah 21,5 persen dan kelompok umur \geq 35 tahun adalah 20,1 persen.

Hasil analisis menunjukkan bahwa yang menunjukkan Buku KIA, hanya 47,0 persen, tidak menunjukkan 37,8 persen dan tidak punya 15,1 persen. Variasi kepemilikan buku KIA dan bisa menunjukkan menurut kelompok umur < 20 tahun adalah 44,9 persen, kelompok umur 20-34 tahun adalah 47,8 persen dan kelompok umur \geq 35 tahun adalah 45,0 persen.

Penggunaan dukun sebagai tenaga penolong persalinan adalah kelahiran dari ibu yang mempunyai pendidikan rendah (tidak sekolah) sebesar 52,1 persen, buruh/petani/helayan sebesar 41,8 persen, tinggal di pedesaan sebesar 31,6 persen dan indeks kepemilikan

terendah sebesar 50.8 persen. Semakin tinggi pendidikan semakin sedikit persalinan menggunakan dukun

Secara umum pada kelompok umur <20 tahun periode waktu kontak melahirkan lengkap sebesar 20,1 persen, kelompok umur 20-34 tahun periode waktu kontak melahirkan lengkap sebesar 17,0 persen dan kelompok umur \geq 35 tahun periode waktu kontak melahirkan lengkap sebesar 15,8 persen, Persentase cakupan pelayanan ibu nifas periode waktu kontak melahirkan lengkap pendidikan tamat D1-D3/PT sebesar 22,2 persen. Periode waktu kontak melahirkan lengkap di perkotaan 15,0 persen sedangkan di perdesaan lebih tinggi yaitu sebesar 17,9 persen. Indeks kuintil tertinggi periode waktu kontak melahirkan lengkap sebesar 19,4 persen.

Secara umum pada kelompok umur <20 tahun mendapat pelayanan KB pasca Salin sebesar 58,2 persen, kelompok umur 20-34 tahun mendapat pelayanan KB pasca Salin sebesar 63,8 persen dan kelompok umur \geq 35 tahun mendapat pelayanan KB pasca Salin sebesar 58,9 persen. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi mendapatkan pelayanan KB pasca salin pada kelompok Tamat Perguruan Tinggi sebanyak 70,9 persen. Berdasarkan tempat tinggal di perkotaan dan di perdesaan berbeda sedikit. (63,4 % dan 62,0 %). Kuintil indeks kepemilikan teratas 66,2 persen.

Kesehatan anak

Persentase BBLR tahun 2013 di Provinsi Kalimantan Barat sebesar 14,4 persen. Persentase BBLR tertinggi terdapat di Kabupaten Sekadau (22,9%) dan terendah di Kabupaten Kubu Raya (9,3%). Persentase panjang badan lahir <48 cm sebesar 23,2 persen dan 48-52 cm sebesar 72,8 persen. Persentase bayi lahir pendek di provinsi Kalimantan Barat (panjang badan lahir <48 cm) tertinggi di Kabupaten Kapuas Hulu (47,5%) dan terendah di Kota Pontianak (12,3%). Persentase balita yang memiliki riwayat lahir pendek dan BBLR sebesar 5,1 persen, tertinggi di Kabupaten Sekadau (13,3%) dan terendah di Kabupaten Sambas (0,5%).

Persentase balita yang memiliki riwayat lahir pendek dan BBLR pada perempuan (5,8%) lebih tinggi daripada laki-laki (4,3%). Cakupan tiap jenis imunisasi yaitu HB-0, BCG, polio empat kali (polio 4), DPT-HB kombo tiga kali (DPT-HB 3), dan campak di Provinsi Kalimantan Barat. Berdasarkan jenis imunisasi persentase tertinggi di Kalimantan Barat adalah BCG (81,2%) dan terendah adalah HB-O (62,3%). Kabupaten Kubu Raya mempunyai cakupan imunisasi terendah untuk jenis imunisasi, meliputi BCG (53,9%), DPT-HB 3 (43,1%), Polio 4 (48,8%), dan campak (52,9%) sedangkan cakupan imunisasi HB-O terendah di Kabupaten Sekadau (23,5%). Kabupaten Landak mempunyai cakupan imunisasi tertinggi untuk jenis imunisasi dasar HB-0 (98,1%), BCG (97,0%), DPT-HB 3 (95,0%), Polio 4 (95,0%) dan campak (95,0%). Cakupan imunisasi dasar lengkap bervariasi di kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, yaitu tertinggi di Kabupaten Landak (93,1%) dan terendah di Kabupaten Sekadau (18,0%). Terdapat 18,4 persen anak umur 12-23 bulan yang tidak pernah mendapatkan imunisasi dengan persentase tertinggi di Kabupaten Kubu Raya (40,3%) dan terendah di Kabupaten Kapuas Hulu (7,8%). Data kunjungan neonatus yang meliputi kunjungan pada saat bayi saat berumur 6-48 jam (KN1), 3-7 hari (KN2), dan 8-28 hari (KN3). Kunjungan neonatus tertinggi di Provinsi Kalimantan Barat pada bayi umur 6-48 jam (62,0%) dan terendah pada bayi umur 8-28 hari (23,1%). Sedangkan kunjungan KN lengkap sebesar 19,50 persen dan tidak KN sebesar 34,0 persen. Menurut jenis pekerjaan, balita yang tidak pernah melakukan kunjungan neonatus tertinggi pada jenis pekerjaan petani/nelayan/buruh (42,6%) dan terendah pada kelompok pekerjaan pegawai (22,8%).

Persentase cara perawatan tali pusar pada anak umur 0-59 bulan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, pada anak umur 0-59 bulan dengan tidak diberi apa-apa sebesar 16,8 persen, diberi betadine/alkohol sebesar 60,7 persen, diberi obat tabur sebesar 2,8 persen dan di beri ramuan/obat tradisional 19,7 persen. Persentase cara perawatan tali pusar pada anak umur 0-59 bulan dengan tidak diberi apa-apa tertinggi di Kabupaten Melawi (30,4%) dan terendah di Kabupaten Ketapang (3,3%). Sedangkan persentase cara

perawatan tali pusar pada anak umur 0-59 bulan dengan diberi betadine/alkohol tertinggi di Kabupaten Landak (85,1%) dan terendah di Kabupaten Sambas(26,4%).Di Kalimantan Barat,persentase proses mulai menyusui kurang dari satu jam (IMD) setelah bayi lahir adalah 29,6 persen, dengan persentase tertinggi di Kabupaten Bengkayang (61,9%) dan terendah di Kota Singkawang (9,8%). .

Cakupan pemberian vitamin A di Provinsi Kalimantan Barat menurut Riskesdas 2013 adalah 67,3 persen. Persentase anak umur 6-59 bulan yang menerima kapsul vitamin A selama enam bulan terakhir tertinggi di Kabupaten Landak (97,0%) dan terendah di Kabupaten Kubu Raya (44,0%).Frekuensi penimbangan anak umur 6-59 bulan selama enam bulan terakhir sebanyak ≥ 4 kali tertinggi di Kabupaten Landak (89,3%) dan terendah di Kabupaten Sintang (8,5%). Persentase pernah disunat pada anak perempuan umur 0-11 tahun sebesar 55,2 persen, dengan umur waktu disunat tertinggi ketika umur 1-5 bulan (26,9%), dan ada juga yang disunat ketika umur 6-11 bulan (2,5%), 1-4 tahun (12,7%), dan 5-11 tahun (0,6%). Persentase sunat tertinggi di Provinsi Kalimantan Barat adalah Kabupaten Sambas (83,9%) dan terendah di Kabupaten Landak (5,1%).

Status gizi

Diantara 14 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, 7 kabupaten/kota memiliki prevalensi gizi buruk-kurang di atas angka prevalensi provinsi yaitu berkisar antara 10,3 persen sampai dengan 16,2 persen. Urutan ke 8 kabupaten/kota tersebut dari yang tertinggi sampai terendah adalah (1) Kabupaten Sanggau; (2) Kabupaten Pontianak,; (3) Kabupaten Ketapang; (4) Kabupaten Bengkayang, (5) Kota Singkawang; (6) Kabupaten Melawi, (7) Kota Pontianak (8) Kabupaten landak.

Terdapat 6 kabupaten/kota yang memiliki prevalensi pendekdiatas provinsi Kalimantan Barat dengan urutan dari prevalensi tertinggi (25,9%) sampai terendah (16,6%), yaitu:(1) Kabupaten Sanggau, (2) Kabupaten Sekadau, (3) Kabupaten Kapuas Hulu, (4) Kabupaten Ketapang, (5) Kabupaten Pontianak, dan (6) Kabupaten Landak.

Prevalensi sangat kurus di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2013 masih cukup tinggi yaitu 8,3 persen.Terdapat 9kabupaten/kota dimana prevalensi kurus diatas angkaprovinci Kalimantan Barat, dengan urutan dari prevalensi tertinggi (12,9%) sampai terendah (8,4%), adalah: (1) Kota Pontianak, (2) Kabupaten Bengkayang, (3) Kabupaten Melawi, (4) Kabupaten Pontianak, (5) Kota Singkawang, (6) Kabupaten Sintang, (7) Kabupaten Sekadau, (8) Kabupaten Kayong Utara, dan (9) Kabupaten Kapuas Hulu. prevalensi gemuk di provinsi Kalimantan Barat adalah 12,5 persen. Terdapat 4kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat yang memiliki masalah anak gemuk di atas angka provinsi dengan urutan prevalensi tertinggi (20,5%) sampai terendah (15,2%),yaitu: (1) Kabupaten Sambas, (2) Kabupaten Kubu Raya, (3) Kota pontianak, dan (4) Kabupaten Melawi.

Di Propinsi Kalimantan Barat, prevalensi gizi buruk sebesar 10,3 persen , gizi kurang sebesar 16,2 persen dan prevalensi sangat pendek (22,5%)lebih tinggi dari pada prevalensi pendek (16,1%), sangat kurus sebesar 10,4 persen, kurus sebesar 8,3 persen dan gemuk sebesar 12,5 persen. Prevalensi pendek terendah terdapat di Kabupaten Sintang (12,5%) dan tertinggi di Kabupaten Sanggau (28,0 %). Prevalensi kurus paling rendah terdapat di Kabupaten Sintang (4,2%) dan paling tinggi di Kabupaten Sanggau (10,4%). Sebanyak 7 Kabupaten/kota memiliki prevalensi kurus diatas prevalensi provinsi Kalimantan Barat, yaitu Kabupaten Sanggau, Kota Singkawang, Kabupaten Kapuas Hulu, Kabupaten Sekadau, Kabupaten Landak, Kabupaten Pontianak dan Kabupaten Kubu Raya. Di Provinsi Kalimantan Barat, prevalensi gemuk pada anak umur 5-12 tahun sebesar 12,5 persen, sedangkan prevalensi sangat gemuk sebesar 9,0 persen. Prevalensi gemuk terendah ada di Kabupaten Sekadau (6,4%) dan tertinggi di Kabupaten Sintang (18,7%). Sebanyak 6 Kabupaten/Kota memiliki prevalensi gemuk diatas prevalensi provinsi Kalimantan Barat, yaitu kabupaten Sintang, Kota Pontianak, Kabupaten Bengkayang, Kabupaten Kubu Raya, Kabupaten Kapuas Hulu dan Kabupaten Sambas.

Prevalensi pendek pada remaja di provinsi Kalimantan Barat sebesar 25,3 persen dan prevalensi sangat pendek sebesar 20,7 persen. Prevalensi pendek terendah di ada di Kabupaten Sambas (19,5 %) dan tertinggi di Kabupaten Sanggau (31,9%). Sebanyak 8 Kabupaten/Kota dengan prevalensi pendek diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Sanggau, Kabupaten Landak, Kabupaten Kubu Raya, Kabupaten Pontianak, Kabupaten Melawi, Kabupaten Bengkayang, Kabupaten Kayong Utara dan Kota Singkawang. Sebanyak 6 Kabupaten/Kota dengan prevalensi gemuk diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Ketapang, Kabupaten Kayong Utara, Kabupaten Bengkayang, Kabupaten Pontianak, Kabupaten Kubu Raya dan Kabupaten Sambas. Kabupaten dengan prevalensi gemuk terendah adalah di Sekadau (3,3%) dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Ketapang (19,3%). status gizi remaja umur 16–18 tahun di provinsi Kalimantan Barat. Prevalensi pendek untuk remaja umur 16-18 tahun adalah 28,6 persen, sedangkan prevalensi sangat pendek sebesar 9,9 persen. Sebanyak 5 Kabupaten/Kota dengan prevalensi pendek diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Sekadau, Kabupaten Landak, Kabupaten Sambas, Kabupaten Kubu Raya dan Kota Pontianak. Kabupaten dengan prevalensi pendek terendah adalah Bengkayang (21,2%) dan prevalensi pendek tertinggi di Kabupaten Sekadau (41,3%). Prevalensi kurus dan sangat kurus pada remaja umur 16-18 tahun adalah 6,7 persen dan 0,9 persen. Sebanyak 8 Kabupaten/Kota dengan prevalensi kurus diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Kabupaten Sanggau, Kabupaten pontianak, Kabupaten Sekadau, Kota Singkawang, Kabupaten Kapuas Hulu, Kabupaten Kayong Utara, Kabupaten Sintang dan Kabupaten Sambas. Kabupaten dengan prevalensi kurus terendah adalah Kubu Raya (2,5%) dan prevalensi kurus tertinggi di Kabupaten Sanggau (15,9%).

Prevalensi gemuk dan sangat gemuk pada remaja umur 16–18 tahun di provinsi Kalimantan Barat sebesar 3,8 persen dan 1,0 persen. Kabupaten dengan prevalensi gemuk tertinggi adalah Landak (8,1%) dan prevalensi gemuk terendah adalah Kabupaten Sintang (1,3%). Tiga Kabupaten/Kota dengan prevalensi gemuk diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Landak, Kota Pontianak dan Kabupaten Bengkayang.

Prevalensi penduduk umur dewasa kurus, gizi lebih dan obesitas menurut IMT/U di masing masing Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat. Prevalensi penduduk dewasa kurus 9,9 persen, berat badan lebih 9,7 persen dan obesitas 10,4 persen. Prevalensi penduduk kurus terendah terdapat di Kota Pontianak (5,4%) dan prevalensi kurus tertinggi di Kabupaten Sekadau (17,2%). Delapan Kabupaten/Kota dengan prevalensi penduduk dewasa kurus diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Sekadau, Kabupaten Kayong Utara, Kabupaten Kapuas Hulu, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Landak, Kabupaten Melawi, Kabupaten Sambas dan Kabupaten Pontianak. Prevalensi penduduk obesitas terendah ada di Kabupaten Bengkayang (7,2%) dan prevalensi obesitas tertinggi di Kota Singkawang (13,5%). Delapan Kabupaten/Kota dengan prevalensi penduduk obesitas diatas prevalensi provinsi, yaitu Kota Singkawang, Kabupaten Melawi, Kabupaten Pontianak, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Kubu Raya, Kabupaten Ketapang, Kabupaten Kayong Utara dan Kota Pontianak. kecenderungan prevalensi obesitas penduduk laki-laki dewasa (> 18 tahun) di masing-masing Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat. Prevalensi penduduk laki-laki dewasa obesitas pada tahun 2013 sebanyak 6,8 persen. Prevalensi obesitas terendah ada di Kabupaten Sekadau (4,3%) dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Melawi (9,5%). Terdapat 7 Kabupaten/Kota dengan prevalensi obesitas diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Melawi, Kabupaten Kayong Utara, Kota Singkawang, Kabupaten Kubu Raya, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Pontianak dan Kabupaten Ketapang. Prevalensi obesitas sentral di provinsi Kalimantan Barat adalah 19,4 persen. Prevalensi obesitas sentral terendah ada di Kabupaten Landak (14,0%) dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Pontianak (27,2%). Sebanyak 8 Kabupaten/Kota memiliki prevalensi obesitas sentral di atas angka prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Pontianak, Kota Singkawang, Kabupaten Melawi, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Kubu Raya, Kota Pontianak, Kabupaten Kapuas Hulu dan Kota Singkawang.

prevalensi risiko KEK wanita usia subur (WUS) di provinsi Kalimantan Barat, yaitu sebesar 19,8 persen. Prevalensi KEK wanita usia subur terendah terdapat di Kota Pontianak (9,4%) dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Sekadau (32,6%). Tujuh Kabupaten/Kota provinsi

prevalensi risiko KEK wanita usia subur diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Sekadau, Kabupaten Sambas, Kabupaten Kapuas Hulu, Kabupaten Bengkayang, Kabupaten Melawi, Kabupaten Sanggau, dan Kabupaten Sintang. prevalensi wanita hamil berisiko tinggi di provinsi Kalimantan Barat, yaitu sebesar 38,4 persen. Prevalensi wanita hamil berisiko tinggi terendah terdapat di Kabupaten Kapuas Hulu (2,5%) dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Pontianak (48,6%). Delapan Kabupaten/Kota dengan prevalensi diatas provinsi, yaitu Kabupaten Pontianak, Kabupaten Ketapang, Kabupaten Sambas, Kabupaten Kayong Utara, Kota Pontianak, Kabupaten Bengkayang, Kabupaten Sanggau dan Kabupaten Sintang.

Kesehatan indera

Prevalensi kebutaan pada responden umur ≥ 6 tahun di Provinsi Kalimantan Barat, yaitu sebesar 0,3 persen. Prevalensi kebutaan penduduk umur 6 tahun keatas tertinggi ditemukan di Kabupaten Sambas (0,9%) diikuti Ketapang (0,5%), Sekadau (0,5%), Kayong Utara (0,5%), Bengkayang (0,4%) dan Kapuas Hulu (0,4%). Prevalensi *severelow vision* penduduk umur 6 tahun keatas menurut Kabupaten/Kota di provinsi Kalimantan Barat sebesar 1,6 persen. Prevalensi *severe low vision* tertinggi terdapat di Kabupaten Melawi (3,4%), diikuti Kota Pontianak (2,9%), Kabupaten Ketapang dan Landak (masing-masing 2,5%). Kabupaten dengan prevalensi *severe low vision* terendah adalah Kayong Utara (0,4%) diikuti oleh Kota Singkawang (0,7%) dan Kabupaten Sekadau (0,8%). Prevalensi kebutaan penduduk umur 6 tahun keatas di provinsi Kalimantan Barat adalah 0,3 persen. Prevalensi kebutaan tertinggi ditemukan di Kabupaten Sambas (0,9%) dan terendah ditemukan di Kota Pontianak, Kabupaten Kubu Raya, Kabupaten Sintang dan Kabupaten Landak (masing-masing 0,1%). prevalensi pterygium di provinsi Kalimantan Barat adalah sebesar 6,0 persen dengan prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Sekadau (12,7%), diikuti Kabupaten Sambas (12,0%) dan Kota Singkawang (9,2%). Kabupaten yang mempunyai prevalensi pterygium terendah adalah Kabupaten Ketapang sebesar 2,0 persen, diikuti oleh Sintang 3,1 persen dan Kota Pontianak 3,2 persen. Prevalensi kekeruhan kornea di provinsi Kalimantan Barat adalah 4,0 persen dengan prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Sambas (8,4%), diikuti Kapuas Hulu (5,6%), Sekadau dan Kayong Utara (masing-masing 5,5%). Prevalensi kekeruhan kornea terendah dilaporkan di Kota Singkawang (1,0%) diikuti Kabupaten Sintang (1,5%) dan Landak (2,3%).

Prevalensi katarak di provinsi Kalimantan Barat 6,0 persen. Prevalensi katarak tertinggi ditemukan di Kabupaten Sambas (5,0%) diikuti Kayong Utara dan Pontianak (masing-masing 3,6%). Prevalensi katarak terendah ditemukan di Kabupaten Ketapang (0,9%) diikuti Kota Pontianak (0,7%). Prevalensi gangguan pendengaran di provinsi Kalimantan Barat sebesar 2,3 persen. Prevalensi gangguan pendengaran tertinggi menurut karakteristik ditemukan pada kelompok umur 75 tahun ke atas (35,7%), disusul oleh kelompok umur 65-74 tahun (20,3%). Angka prevalensi terkecil berada pada kelompok umur 5-14 tahun (0,5%). Prevalensi tertinggi ketulian terdapat pada kelompok umur 75 tahun ke atas (2,5%), begitu pula dengan prevalensi terkecil terdapat pada kelompok umur 5-14 tahun, 23-34 tahun, 35-44 tahun dan 45-54 tahun (masing-masing 0,0%). Prevalensi responden dengan gangguan pendengaran pada perempuan cenderung sedikit lebih tinggi daripada laki-laki (2,6%:2,0%), begitu juga prevalensi ketulian prevalensi perempuan 0,1% dan laki-laki 0,0%.

Di Provinsi Kalimantan Barat, prevalensi gangguan pendengaran tertinggi terdapat di Kabupaten Kayong Utara (4,5%), dan terendah di Kabupaten Kapuas Hulu dan Kota Singkawang (masing-masing 1,3%). Terdapat enam kabupaten/kota dengan prevalensi gangguan pendengaran yang lebih tinggi dari rata-rata Provinsi Kalimantan Barat (2,3%), yaitu Kabupaten Kayong Utara, Kabupaten Melawi, Kabupaten Sintang, Kota Pontianak, Kabupaten Sambas dan Kabupaten Sekadau. Kelompok umur 75 tahun ke atas yang mempunyai prevalensi tertinggi dalam hal keberadaan serumen (27,1%), sedangkan prevalensi tertinggi sekret dalam liang telinga, dan abses/fistel retroaurikular ditemukan pada kelompok umur 65-74 tahun berkisar 3,1 persen dan 0,9 persen. Berdasarkan data Kabupaten/Kota di provinsi Kalimantan barat, prevalensi penduduk dengan serumen tertinggi terdapat di Kabupaten Ketapang (42,4%) dan terendah di Kota Singkawang (0,0%).

Biomedis

Secara Umum menunjukkan persentase RT yang mengkonsumsi garam beriodium cukup berdasarkan hasil test cepat di Kalimantan Barat sebesar 91,2 persen.. Lima kabupaten/kota di Propinsi Kalimantan Barat, yang mengonsumsi garam dengan kandungan cukup iodium, tertinggi di Kabupaten Melawi (99,8%), Kabupaten Kayong Utara (99,8%), Kabupaten Landak (97,5 %), Kabupaten Sambas (96,0%), Kota Pontianak (94,9%). Lima Kabupaten/kota yang RT kurang mengkonsumsi garam beriodium terbanyak di Kabupaten Sanggau (16,6 %) Kabupaten Pontianak (15,8 %), Kabupaten Ketapang (12,5 %), Kabupaten Sekadau (10,0%), dan Kabupaten Bengkayang (9,8%). Lima Kabupaten/kota RT yang tidak mengkonsumsi garam beriodium terbanyak di Kabupaten Ketapang (6,2 %), Kabupaten Sintang (2,6%), Kabupaten Kubu Raya (2,2%), Kabupaten .Pontianak (1,6%) dan Kabupaten Sekadau (1,1 %)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	iii
SAMBUTAN KEPALA BADAN LITBANG KESEHATAN RI	IV
RINGKASAN EKSEKUTIF	v
DAFTAR ISI	xxii
DAFTAR TABEL	xxv
DAFTAR GAMBAR	xxxii
DAFTAR SINGKATAN	xxxvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Ruang Lingkup Riskesdas 2013	2
1.3 Pertanyaan Penelitian	2
1.4 Tujuan Riskesdas 2013	2
1.5 Kerangka Pikir	3
1.6 Alur Pikir Riskesdas 2013	4
1.7 Pengorganisasian Riskesdas 2013	6
1.8 Manfaat Riskesdas 2013	7
1.9 Persetujuan Etik Riskesdas 2013	8
BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS	8
2.1 Metode Sampling	8
2.2 Populasi dan Sampel	10
2.3 Penjaminan mutu data Riskesdas 2013	13
2.4 Variabel	20
2.5 Alat pengumpul data dan cara pengumpulan data	21
2.6 Manajemen data	22
2.7 Keterbatasan data	24
2.8 Pengolahan dan analisis data	24
2.9 Estimasi kesalahan sampling (sampling error)	24
2.10 Pengembangan kuintil indeks kepemilikan	25
2.11 Profil Status Kesehatan di Kalimantan Barat	30
BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN	37
3.1 Akses dan Pelayanan Kesehatan	37
3.1.1 Keberadaan pelayanan kesehatan	37
3.1.2 Keterjangkauan fasilitas kesehatan	39
3.2 Farmasi dan Pelayanan Kesehatan Tradisional	42
3.2.1 Obat dan Obat Tradisional (OT) di RT	42
3.2.2 Pengetahuan RT tentang Obat Generik (OG)	46

3.2.3	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional (Yankestrad)	49
3.3	Kesehatan Lingkungan	51
3.3.1	Air minum	51
3.3.2	Sanitasi	56
3.3.3	Perumahan	59
3.4	Penyakit Menular	64
3.4.1	Penyakit yang ditularkan melalui Udara	64
3.4.2	Penyakit yang ditularkan melalui Makanan, Air dan lainnya	70
3.4.3	Penyakit yang ditularkan oleh Vektor (Malaria)	75
3.5	Penyakit Tidak Menular	80
3.5.1	Asma	82
3.5.2	Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)	82
3.5.3	Kanker	82
3.5.4	Diabetes Melitus	85
3.5.5	Penyakit hipertiroid	85
3.5.6	Hipertensi/Tekanan darah tinggi	85
3.5.7	Penyakit Jantung	88
3.5.8	Stroke	88
3.5.9	Penyakit ginjal	91
3.5.10	Penyakit Sendi/Rematik/Encok	91
3.6	Cedera	94
3.6.1	Prevalensi cedera dan penyebabnya	95
3.6.2	Jenis cedera	98
3.6.3	Tempat terjadinya cedera	100
3.7	Kesehatan Gigi dan Mulut	102
3.7.1	<i>Effective Medical Demand</i> (EMD)	104
3.7.2	Perilaku menyikat gigi penduduk umur ≥ 10 tahun	106
3.7.3	Indeks DMF-T dan Komponen D-T, M-T, F-T	111
3.8	Status Disabilitas	112
3.9	Kesehatan Jiwa	115
3.9.1	Gangguan Jiwa Berat	116
3.9.2	Gangguan Mental Emosional	117
3.10	Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	119
3.10.1	Perilaku Higienis	119
3.10.2	Penggunaan Tembakau	121
3.10.3	Perilaku aktivitas fisik	125
3.10.4	Perilaku konsumsi sayur dan buah	129
3.10.5	Pola konsumsi makanan berisiko	129

3.10.6	Konsumsi makanan olahan dari tepung	131
3.10.7	Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)	132
3.11	Pembiayaan Kesehatan	135
3.11.1	Kepemilikan Jaminan Kesehatan	136
3.11.2	Mengobati Sendiri	138
3.11.3	Rawat Jalan	140
3.11.4	Rawat Inap	142
3.11.5	Sumber Pembiayaan	143
3.12	Kesehatan Reproduksi	148
3.12.1	Kehamilan	149
3.12.2	Pelayanan program Keluarga Berencana (KB)	150
3.12.3	Pelayanan kesehatan masa kehamilan, persalinan dan nifas	155
3.13	Kesehatan Anak	167
3.13.1	Berat dan panjang badan lahir	167
3.13.2	Kecacatan	173
3.13.3	Status Imunisasi	174
3.13.4	Kunjungan neonatus	178
3.13.5	Perawatan tali pusar	186
3.13.6	Pola pemberian ASI	186
3.13.7	Cakupan vitamin A	187
3.13.8	Pemantauan pertumbuhan	189
3.13.9	Sunat Perempuan	191
3.14	Status Gizi	192
3.14.1	Status gizi anak balita	193
3.14.2	Status gizi anak umur 5-18 tahun	198
3.14.3	Status gizi dewasa	206
3.15	Kesehatan Indera	211
3.15.1	Kesehatan mata	211
3.15.2	Kesehatan telinga	221
3.16	Pemeriksaan biomedis	224
3.16.1	Status Iodium	224
DAFTAR PUSTAKA		227
LAMPIRAN		231

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Nama Tabel	Hal
Tabel 2.2.1.	Distribusi sampel kesehatan masyarakat yang dapat dikunjungi menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	11
Tabel 2.2.2	Distribusi RT dan anggota RT sampel kesehatan masyarakat yang dapat dikunjungi (respon rate) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	11
Tabel 2.2.3	Jumlah sampel untuk penilaian status iodium penduduk, Indonesia 2013	12
Tabel 2.3.1	Validasi variabel RT	18
Tabel 2.3.2	Validasi variabel individu	19
Tabel 2.3.3	Validasi proses pengukuran dan pemeriksaan	20
Tabel 2.10.1	Variabel kepemilikan data Riskesdas 2013	27
Tabel 2.10.2	Gambaran kuintil indeks kepemilikan menurut provinsi, Indonesia 2013	28
Tabel 2.10.3	Gambaran status ekonomi berdasarkan tempat tinggal, Indonesia 2013	28
Tabel 2.10.4	Presentase RT penerima pelayanan rasis berdasarkan kuintil indek kepemilikan indonesia 2013	29
Tabel 2.10.5	Presentase RT mendapat beras miskin (Raskin) berdasarkan kuintil indek kepemilikan Riskesdas 2013	29
Tabel.2.11.1	Distribusi penyebaran dan kepadatan penduduk di Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2011	30
Tabel 3.2.1	Proporsi RT yang menyimpan obat, dan rerata jumlah obat yang disimpan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	43
Tabel 3.2.2	Proporsi RT berdasarkan jenis obat dan OT yang disimpan menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	44
Tabel 3.2.3	Persentase RT yang menyimpan obat keras dan antibiotika tanpa resep menurut kabupaten/ kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	46
Tabel 3.2.4	Proporsi RT berdasarkan sumber mendapatkan obat dan OT yang disimpan menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	45
Tabel 3.2.5	Proporsi RT berdasarkan sumber mendapatkan obat dan OT yang disimpan menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	46
Tabel 3.2.6	Proporsi RT yang mengetahui dan berpengetahuan benar tentang obat generik (OG) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	47
Tabel 3.2.7	Proporsi RT yang mengetahui dan berpengetahuan benar tentang obat generik (OG) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	47
Tabel 3.2.8	Proporsi RT berdasarkan sumber Informasi tentang obat generik (OG) menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	48
Tabel 3.2.9	Proporsi RT berdasarkan status obat dan OT yang disimpan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	48

Tabel 3.2.10	Proporsi RT yang pernah memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir dan jenis Yankestrad yang dimanfaatkan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	50
Tabel 3.2.11	Proporsi RT yang pernah memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir dan jenis Yankestrad yang dimanfaatkan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	50
Tabel 3.2.12	Proporsi RT berdasarkan alasan utama terbanyak memanfaatkan Yankestrad di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	51
Tabel 3.4.1	<i>Period prevalence</i> ISPA, pneumonia, insiden pneumonia, dan <i>Period prevalence</i> pneumonia menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	65
Tabel 3.4.2	<i>Period prevalence</i> ISPA dan pneumonia menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	67
Tabel 3.4.3	Cakupan diagnosis dan pengobatan dengan obat program dan gejala tuberkulosis menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	68
Tabel 3.4.4	Cakupan diagnosis dan pengobatan dengan obat program dan gejala tuberkulosis menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	69
Tabel 3.4.5	Prevalensi hepatitis, insiden diare dan <i>period prevalence</i> diare balita, menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	72
Tabel 3.4.6	Prevalensi hepatitis, insiden diare, serta <i>period prevalence</i> diare menurut karakteristik responden, Riskesdas 2013	74
Tabel 3.4.7	Proporsi penderita hepatitis A, B, C, dan hepatitis lain menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	75
Tabel 3.4.8	Penggunaan Oralit dan Zinc pada diare balita menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	76
Tabel 3.4.9	Insiden dan prevalensi malaria menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	77
Tabel 3.4.10	Insiden dan prevalensi malaria menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	78
Tabel 3.4.11	Proporsi penderita malaria yang diobati dengan pengobatan sesuai program dan penderita malaria yang mengobati sendiri menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	79
Tabel 3.5.1	Prevalensi penyakit asma, PPOK dan kanker menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	83
Tabel 3.5.2	Prevalensi penyakit asma, PPOK dan kanker menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	84
Tabel 3.5.3	Prevalensi diabetes, hipertiroid pada umur ≥ 15 tahun dan hipertensi pada umur ≥ 18 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	86
Tabel 3.5.4	Prevalensi diabetes, hipertiroid, hipertensi menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	87
Tabel 3.5.5	Prevalensi penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan stroke pada umur ≥ 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	89
Tabel 3.5.6	Prevalensi penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan stroke pada umur ≥ 15 tahun menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	90
Tabel 3.5.7	Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis, batu ginjal, dan sendi pada umur ≥ 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	92
Tabel 3.5.8	Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis, batu ginjal, dan sendi pada umur ≥ 15 tahun menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	93

Tabel 3.6.1	Prevalensi cedera dan penyebabnya menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	96
Tabel 3.6.2	Prevalensi cedera dan penyebabnya menurut karakteristik reponden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	97
Tabel 3.6.3	Proporsi jenis cedera menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	98
Tabel 3.6.4	Proporsi jenis cedera menurut karakteristik reponden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	99
Tabel 3.6.5	Proporsi tempat terjadinya cedera menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	101
Tabel 3.6.6	Proporsi tempat terjadinya cedera menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	102
Tabel 3.7.1	Prevalensi penduduk yang bermasalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir sesuai <i>effective medical demand</i> menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	103
Tabel 3.7.2	Proporsi penduduk bermasalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	104
Tabel 3.7.3	Proporsi penduduk berobat gigi sesuai jenis tenaga kesehatan (nakes) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	106
Tabel 3.7.4	Persentase penduduk umur ≥ 10 tahun menyikat gigi setiap hari dan berperilaku benar menyikat gigi menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	108
Tabel 3.7.5	Persentase Penduduk ≥ 10 tahun yang menyikat gigi setiap hari dan berperilaku benar menyikat gigi menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	109
Tabel 3.7.6	Komponen <i>D</i> , <i>M</i> , <i>F</i> dan Index <i>DMF -T</i> menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	111
Tabel 3.8.1	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas Menurut Status dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	113
Tabel 3.8.2	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas Menurut Status dan karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	113
Tabel 3.8.3	Indikator disabilitas menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	114
Tabel 3.9.1	Prevalensi gangguan jiwa berat menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	116
Tabel 3.9.2.	Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur ≥ 15 tahun berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20*</i>) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	117
Tabel 3.10.1	Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun yang berperilaku benar dalam buang air besar dan cuci tangan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	119
Tabel 3.10.2	Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun menurut kebiasaan merokok dan kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	121
Tabel 3.10.3	Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun menurut kebiasaan merokok dan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	122
Tabel 3.10.4	Rerata jumlah batang rokok (kretek,putih dan liting)tiap/haridan setiap minggu dihisap penduduk umur 10 tahun ke atas menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	123
Tabel 3.10.5	Rerata jumlah batang cerutu tiap hari dan terkadang dalam seminggu yang dihisap penduduk umur ≥ 10 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat,Riskesdas 2013	123

Tabel 3.10.6	Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun yang mempunyai kebiasaan mengunyah tembakau menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	124
Tabel 3.10.7	Proporsi penduduk ≥ 10 tahun sesuai jenis aktifitas fisik menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	126
Tabel 3.10.8	Proporsi aktivitas duduk (sedentari) penduduk umur ≥ 10 tahun ke atas menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	127
Tabel 3.10.9	Proporsi aktivitas duduk (sedentari) penduduk umur ≥ 10 tahun ke atas menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	128
Tabel 3.10.10	Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan/minuman manis menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	130
Tabel 3.10.11	Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun dengan perilaku konsumsi makanan olahan dari tepung menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	130
Tabel 3.11.1	Proporsi penduduk menurut kepemilikan jaminan kesehatan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	137
Tabel 3.11.2	Proporsi penduduk menurut kepemilikan jaminan kesehatan dan kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	137
Tabel 3.11.3	Proporsi penduduk yang mengobati sendiri sebulan terakhir dan besaran biayanya menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	139
Tabel 3.11.4	Proporsi pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap beserta biaya yang dikeluarkan (Rp) berdasarkan karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	141
Tabel 3.11.5	Proporsi pemanfaatan rawat inap beserta biaya yang dikeluarkan (Rp) berdasarkan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	143
Tabel 3.11.6	Proporsi penduduk menurut sumber biaya untuk rawat jalan berdasarkan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	145
Tabel 3.11.7	Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat inap menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	147
Tabel 3.12.1	Indikator utama, unit analisis dan jumlah sampel yang digunakan Blok Kesehatan Reproduksi, Riskesdas 2013	149
Tabel 3.12.2	Proporsi WUS kawin yang menggunakan alat/cara KB modern berdasarkan pengelompokan jenis kandungan hormonal, jangka waktu efektivitas KB menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	152
Tabel 3.12.3	Proporsi pelayanan kesehatan ibu hamil dan indikator cakupan ANC pada semua kelahiran yang dilaporkan 1 Januari 2009 sd wawancara menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	156
Tabel 3.12.4	Proporsi konsumsi zat besi selama hamil dari riwayat kelahiran yang dilaporkan 1 periode Januari 2009 sd wawancara menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	159
Tabel 3.12.5	Distribusi persentase kelahiran pada periode 1 Januari 2010 sd wawancara menurut penolong persalinan kualifikasi tertinggi dan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	162

Tabel 3.12.6	Distribusi Persentase Kelahiran pada Periode 1 Januari 2010 sd Wawancara Menurut Tempat Bersalin dan Karakteristik Responden, Riskesdas 2013	164
Tabel 3.12.7	Persentase kelahiran pada Periode 1 Januari 2010 sd wawancara menurut pelayanan kesehatan ibu nifas dan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	165
Tabel 3.13.1	Jumlah sampel dan indikator kesehatan anak, Indonesia 2013	167
Tabel 3.13.2	Persentase berat badan lahir anak usia 0-59 bulan menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	169
Tabel 3.13.3	Persentase panjang badan lahir anak usia 0-59 bulan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	170
Tabel 3.13.4	Persentase panjang badan lahir anak usia 0-59 bulan menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	171
Tabel 3.13.5	Persentase imunisasi dasar pada anak umur 12-59 bulan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	176
Tabel 3.13.6	Persentase imunisasi dasar pada anak umur 12-59 bulan menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	177
Tabel 3.13.7	Persentase imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-59 bulan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	179
Tabel 3.13.8	Persentase alasan tidak pernah imunisasi pada anak umur 12-59bulan menurut karakteristik, Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013 *)	180
Tabel 3.13.9	Persentase kunjungan neonatal pada anak anak umur 0-59 bulanmenurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	183
Tabel 3.13.10	Persentase kunjungan neonatal lengkap (KN1, KN2, KN3) pada anak anak umur 0-59 bulan menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	183
Tabel 3.13.11	Persentase cara perawatan tali pusar pada anak usia 0-59 bulan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	186
Tabel 3.13.12	Persentase proses mulai menyusu pada anak usia 0-23 bulan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	188
Tabel 3.14.1	Prevalensi status Gizi (TB/U) Usia 5 – 12 Tahun Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	199
Tabel 3.15.1	Proporsi ketersediaan koreksi refraksi serta prevalensi severe low vision dan kebutaan pada penduduk umur ≥ 6 tahun tanpa/dengan koreksi optimal menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	216
Tabel 3.15.2	Proporsi ketersediaan koreksi refraksi serta prevalensi severe low vision dan kebutaan pada penduduk umur ≥ 6 tahun tanpa/dengan koreksi optimal menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	217
Tabel 3.15.3	Prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea pada penduduk semua umur menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	219
Tabel 3.15.4	Prevalensi katarak dan tiga alasan utama belum menjalani operasi katarak pada penduduk semua umur menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	220
Tabel 3.15.5	Prevalensi gangguan pendengaran dan ketulian penduduk umur ≥ 5 tahun sesuai tes konversasi menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	222

Tabel 3.15.6	Prevalensi morbiditas telinga lainnya pada penduduk umur ≥ 2 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	224
Tabel 3.16.1	Presentase Kandungan Iodium Garam RT Hasil Tes Cepat dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	226

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Nama Gambar	Hal
Gambar 1.1	Kerangka pikir riskesdas 2013 dikembangkan dari Gabungan Sistem Kesehatan WHO dengan Konsep model BLUM	3
Gambar 1.2	Alur Pikir Riskesdas 2013	5
Gambar 2.1	Sampling air, garam, dan urin untuk penilaian status iodium, Riskesdas 2013	12
Gambar 3.1.1.	Proporsi RT yang mengetahui keberadaan rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	38
Gambar 3.1.2.	Proporsi RT yang mengetahui keberadaan bidan praketek atau rumah bersalin menurut provinsi, Indonesia 2013	38
Gambar 3.1.3.	Proporsi RT yang mengetahui keberadaan posyandu menurut Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2012	39
Gambar 3.1.4.	Proposi moda transportasi ke rumah sakit pemerintah berdasarkan karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	39
Gambar 3.1.5.	Proporsi moda transportasi ke Puskesmas berdasarkan karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	40
Gambar 3.1.6.	Waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan terdekat menurut pengetahuan RT, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	40
Gambar 3.1.7.	Waktu tempuh menuju rumah sakit pemerintah berdasarkan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	41
Gambar 3.1.8.	Biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan terdekat di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	41
Gambar 3.1.9.	Biaya transportasi menuju UKBM terdekat di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	42
Gambar 3.2.1	Proporsi RT yang menyimpan obat dan jenis obat yang disimpan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	43
Gambar 3.2.2	Proporsi RT yang memanfaatkan Yankstrad dalam 1 tahun terakhir dan jenis Yankestrad yang dimanfaatkan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	49
Gambar 3.3.1	Proporsi RT yang memiliki akses terhadap sumber air minum <i>improved</i> menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	52
Gambar 3.3.2	Proporsi RT berdasarkan anggota RT yang biasa mengambil air di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	53
Gambar 3.3.3	Proporsi RT berdasarkan anggota RT yang biasa mengambil air menurut karakteristik reponden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	53
Gambar 3.3.4.	Proporsi RT berdasarkan kualitas fisik air minum menurut karakteristik reponden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	54
Gambar 3.3.5.	Proporsi RT yang melakukan pengolahan air sebelum diminum menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	55
Gambar 3.3.6.	Proporsi RT yang melakukan pengolahan air sebelum diminum menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	55

Gambar 3.3.7.	Proporsi RT berdasarkan tempat pembuangan akhir tinja menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	56
Gambar 3.3.8	Proporsi RT yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitas improved menurut karakteristik reponden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	57
Gambar 3.3.9	Proporsi RT berdasarkan penampungan air limbah di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	57
Gambar 3.3.10	Proporsi RT menurut pengelolaan sampah di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	58
Gambar 3.3.11.	Proporsi RT berdasarkan pengelolaan sampah dengan dibakar menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	58
Gambar 3.3.12	Proporsi RT berdasarkan status penguasaan bangunan tempat tinggal di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesda 2013	59
Gambar 3.3.13	Proporsi RT berdasarkan kepadatan hunian menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	60
Gambar 3.3.14	Proporsi RT berdasarkan keberadaan plafon/langit-langit, dinding terbuat dari tembok dan lantai bukan tanah di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	60
Gambar 3.3.15.	Proporsi RT berdasarkan ketersediaan ruang tidur, ruang keluarga dan ruang dapur dengan kebersihan, keberadaan jendela, ventilasi, dan pencahayaan alami di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	61
Gambar 3.3.16	Proporsi RT berdasarkan jenis sumber penerangan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	61
Gambar 3.3.17	Proporsi RT berdasarkan jenis sumber penerangan non listrik menurut provinsi, Indonesia 2013	62
Gambar 3.3.18	Proporsi RT berdasarkan jenis bahan bakar/energi di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	62
Gambar 3.3.19	Proporsi RT berdasarkan perilaku mencegah gigitan nyamuk di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	63
Gambar 3.3.20	Proporsi RT yang menggunakan atau menyimpan pestisida/insektisida/pupuk kimia di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	63
Gambar 3..4.1	Prevalensi ISPA, menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	65
Gambar 3.4.2	Prevalensi pneumonia menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	66
Gambar 3.4.3	Insiden pneumonia menurut kelompok umur di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	66
Gambar 3.4.4	Prevalensi TB paru menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas2013	70
Gambar 3.4.5	Prevalensi Hepatitis menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas2013	71
Gambar 3.4.6	Prevalensi Diare menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas2013	71
Gambar 3.4.7	Insiden Malaria menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	74
Gambar 3.5.1	Jumlah sampel yang digunakan untuk analisis penyakit tidak menular (PTM)	80

Gambar 3.6.1	Kecenderungan prevalensi cedera dan penyebabnya di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	97
Gambar 3.7.1	Proporsi penduduk semua umur yang bermasalah gigi dan mulut serta mendapat perawatan, dan EMD di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	103
Gambar 3.7.2	Proporsi penduduk bermasalah gigi dan mulut, menerima perawatan dari tenaga medis dan EMD di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	105
Gambar 3.9.1	Prevalensi gangguan mental emosional berdasarkan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	118
Gambar 3.10.1	Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun berperilaku cuci tangan dengan benar menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	120
Gambar 3.10.2	Kecenderungan proporsi penduduk Umur ≥ 10 tahun berperilaku BAB dengan benar menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	120
Gambar 3.10.3	Proporsi Perokok umur ≥ 15 tahun berdasarkan hasil survei GATS tahun 2011 dan Riskesdas 2013	124
Gambar 3.10.4	Proporsi penduduk umur ≥ 15 tahun mengunyah tembakau menurut jenis kelamin di Provinsi Kalimantan Barat, berdasarkan Riskesdas 2013	125
Gambar 3.10.5	Proporsi penduduk ≥ 10 tahun kurang makan sayur dan buah menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	127
Gambar 3.10.6	Proporsi penduduk ≥ 10 tahun yang mengonsumsi makanan berisiko di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	129
Gambar 3.10.7	Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun menurut frekuensi makanan bersumber tepung terigu ≥ 1 kali/hari di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	130
Gambar 3.10.9	Proporsi RT yang memenuhi kriteria perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baik menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	131
Gambar 3.10.10.	Proporsi RT memenuhi kriteria perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baik menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	134
Gambar 3.10.11	Proporsi RT yang memenuhi kriteria perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baik menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	134
Gambar 3.10.12	Proporsi RT memenuhi kriteria perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baik menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	135
Gambar 3.11.1	Proporsi penduduk yang mengobati sendiri sebulan terakhir dan besaran biayanya menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	139
Gambar 3.11.2	Proporsi pemanfaatan rawat jalan beserta biaya yang dikeluarkan (Rp) berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	140
Gambar 3.11.3	Proporsi pemanfaatan rawat inap beserta biaya yang dikeluarkan (Rp) berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	142
Gambar 3.11.4	Proporsi pemanfaatan rawat inap beserta biaya yang dikeluarkan (Rp) berdasarkan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	144
Gambar 3.11.5	Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat jalan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	146

Gambar 3.11.6	Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat inap di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	150
Gambar 3.12.1	Proporsi penduduk yang sedang hamil berdasarkan laporan RT menurut kelompok umur, Riskesdas 2013.	150
Gambar 3.12.2	Proporsi penggunaan alat/cara KB saat ini oleh WUS kawin di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	151
Gambar 3.12.3	Proporsi penggunaan alat/cara KB saat ini oleh WUS kawin dan kelompok umur di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	151
Gambar 3.12.4	Proporsi tenaga kesehatan yang dipilih WUS kawin untuk mendapat pelayanan KB di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	154
Gambar 3.12.5	Proporsi penggunaan fasilitas kesehatan untuk mendapat pelayanan KB yang dipilih WUS kawin di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	154
Gambar 3.12.6	Proporsi tenaga kesehatan yang memberi pelayanan ANC di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	158
Gambar 3.12.7	Proporsi fasilitas kesehatan untuk pelayanan ANC di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	158
Gambar 3.12.8	Proporsi kepemilikan buku KIA dan Isian 5 Komponen P4K berdasarkan hasil observasi lembar Amanat Persalinan dari Buku KIA yang dapat menunjukkan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	160
Gambar 3.12.9	Proporsi persalinan sesar dari kelahiran periode 1 Januari 2010 sampai saat wawancaramenurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	161
Gambar 3.12.10	Distribusi Persentase Kelahiran pada Periode 1 Januari 2010 sd Wawancara Menurut Pelayanan KB Pasca Salin dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	166
Gambar 3.13.1	Proporsi berat badan lahir rendah (BBLR) pada balita di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013*)	168
Gambar 3.13.2	Persentase anak dengan berat badan <2500 gram dan panjang badan lahir <48 cm menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	172
Gambar 3.13.3	Persentase anak dengan berat badan <2500 gram dan panjang badan lahir <48 cm menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	172
Gambar 3.13.4	Kecenderungan persentase kecacatan pada anak 24-59 bulan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	174
Gambar 3.13.5	Kecenderungan imunisasi dasarlengkap pada anak umur 12-59 bulan, di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	175
Gambar 3.13.6	Persentase Keluhan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) pada anak usia 12-59 bulan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	181
Gambar 3.13.7	Kecenderungan kunjungan neonatus lengkap di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	181
Gambar 3.13.8	Kecenderungan KN1 menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	182
Gambar 3.13.9	Kecenderungan kunjungan neonatus lengkap menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	184
Gambar 3.13.10	Kecenderungan proses mulai menyusu pada anak umur 0-23 bulan, Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	187
Gambar 3.13.11	Pemberian ASI saja 24 jam terakhir menurut umur bayi 0-6 bulan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	188

Gambar 3.13.12	Kecenderungan cakupan pemberian kapsul vitamin A pada anak 6-59 bulan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	189
Gambar 3.13.13	Kecenderungan frekuensi pemantauan pertumbuhan anak umur 6-59 bulan dalam 6 bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	190
Gambar 3.13.14	Kecenderungan frekuensi pemantauan pertumbuhan balita ≥ 4 kali dalam 6 bulan terakhir menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	190
Gambar 3.13.15	Persentase anak perempuan umur 0-11 tahun yang pernah disunat dan umur ketika disunat di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	191
Gambar 3.13.16	Persentase anak perempuan umur 0 - 11 tahun yang pernah disunat menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	192
Gambar 3.14.1	Kecenderungan prevalensi status gizi BB/U $<-2SD$ menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	195
Gambar 3.14.2	Kecenderungan prevalensi status gizi TB/U $<-2 SD$ menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	196
Gambar 3.14.3	Kecenderungan prevalensi status gizi BB/TB $<-2 SD$ menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	197
Gambar 3.14.4	Kecenderungan prevalensi gizi kurang, pendek, kurus, dan gemuk pada balita di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	197
Gambar 3.14.5	Prevalensi pendek anak umur 5 – 12 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	200
Gambar 3.14.6	Prevalensi kurus (IMT/U) anak umur 5 – 12 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	201
Gambar 3.14.7	Prevalensi gemuk & sangat gemuk anak umur 5 – 12 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	201
Gambar 3.14.8	Prevalensi pendek remaja umur 13 – 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	202
Gambar 3.14.9	Prevalensi kurus (IMT/U) remaja umur 13 – 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	203
Gambar 3.14.10	Prevalensi status gizi gemuk dan sangat gemuk (IMT/U) remaja umur 13 – 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	204
Gambar 3.14.11	Prevalensi pendek (TB/U) remaja umur 16 – 18 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	205
Gambar 3.14.12	Prevalensi kurus (IMT/U) remaja umur 16 – 18 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	205
Gambar 3.14.13	Prevalensi status gizi kurus, BB lebih, Obesitas penduduk dewasa (>18 tahun) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	206
Gambar 3.14.14	Kecenderungan prevalensi obesitas (IMT >25) pada laki-laki umur > 18 tahun di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	207
Gambar 3.14.15	Kecenderungan prevalensi obesitas (IMT >25) pada perempuan umur > 18 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	207
Gambar 3.14.16	Prevalensi risiko KEK wanita hamil umur 15-49 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	208
Gambar 3.14.17	Prevalensi risiko KEK wanita usia subur (WUS) 15 – 49 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	209
Gambar 3.14.18	Prevalensi wanita usia subur risiko kurang energi kronis (KEK), Menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	210

Gambar 3.14.19	Prevalensi wanita hamil berisiko tinggi (tinggi badan < 150 cm) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	210
Gambar 3.15.1	Prevalensi kebutaan pada responden umur ≥ 6 tahun tanpa/dengan koreksi optimal menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013.	212
Gambar 3.15.2	Prevalensi pemakaian kaca mata/lensa kontak, <i>severe low vision</i> , dan kebutaan menurut kelompok umur di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	213
Gambar 3.15.3	Prevalensi pemakaian kaca mata/lensa kontak, <i>severe low vision</i> , dan kebutaan menurut pendidikan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	214
Gambar 3.15.4	Prevalensi pemakaian kaca mata/lensa kontak, <i>severe low vision</i> , dan kebutaan menurut kuintil indeks kepemilikan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	214
Gambar 3.15.5	Prevalensi pemakaian kaca mata/lensa kontak, <i>severe low vision</i> , dan kebutaan menurut tempat tinggal di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	215
Gambar 3.15.6	Prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	218
Gambar 3.15.7	Proporsi tiga alasan utama penderita katarak belum menjalani operasi menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	220
Gambar 3.15.8	Prevalensi gangguan pendengaran penduduk umur ≥ 5 tahun sesuai tes konversasi menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	223
Gambar 3.15.9	Prevalensi ketulian penduduk umur ≥ 5 tahun sesuai tes konversasi menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013	223
Gambar 3.16.1	Persentase RT yang mengonsumsi garam beriodium berdasarkan hasil tes cepat di kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, 2013	225

DAFTAR SINGKATAN

5T	5 jenis komponen ANC meliputi 1) timbang berat badan dan ukur tinggi badan; 2) ukur tekanan darah/tensi; 3) pemberian table tambah darah; 4) pemberian imunisasi tetanus toksoid dan 5) ukur tinggi fundus.
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
AKABA	Angka Kematian Balita
AKB	Angka Kematian Bayi
AKDR	Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKG	Angka Kecukupan Gizi
AKI	Angka Kematian Ibu
AKI	Angka Kematian Ibu
ALH	Anak Lahir Hidup
AMH	Anak Masih Hidup
ANC	Ante Natal Care
ART	Anggota RT
BAB	Buang Air Besar
Balitbangkes	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
BB/TB	Berat Badan menurut Tinggi Badan
BB/U	Berat Badan menurut Umur
BP	Balai Pengobatan
BPS	Badan Pusat Statistik
BS	Blok Sensus
BTA	Basil Tahan Asam
CO	Carbon Monoksida
D	Diagnosis
DAM	Depot Air Minum
Data Kosong	Tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel yang diambil tidak mewakili untuk pertanyaan tersebut)
DIY	Daerah Istimewa Yogyakarta
DKBM	Daftar Komposisi Bahan Makanan
DPT	Diphtery Pertusis Tetanus
DPT-HB	Diphtery Pertusis Tetanus-Hepatitis B
DST	Drug susceptibility test
EQAS	External Quality Assurance Scheme
Faskes	Fasilitas Kesehatan
FDC	Fixed Dose Combination
G	Gejala
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IMD	Inisiasi Menyusui Dini
IMT	Indeks Massa Tubuh
IMT/U	Indeks Massa Tubuh menurut Umur
ISTC	International standard for TB Care
JMP	Joint Monitoring Program
K1	Kunjungan pertama kali.
K4	Kunjungan 4 kali dengan kriteria minimal sekali pada trimester

pertama, minimal sekali pada trimester kedua dan minimal dua kali pada trimester ketiga.

KB	Keluarga Berencana
KEPK	Komisi Etik Penelitian Kesehatan
KF	Kunjungan Nifas
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KMS	Kartu Menuju Sehat
KMS Bumil	Kartu Menuju Sehat Ibu Hamil
KN1	Kunjungan Neonatus 1
KN2	Kunjungan Neonatus 2
KN3	Kunjungan Neonatus 3
LQAS	Lot Quality Sampling Assesment
M.tb	Mycobacterium tuberculosis
MDG	Millenium Development Goals
MDGs	Millenium Development Goals
MDR	Multi Drug Ressistant
Nakes	Tenaga Kesahatan
NTB	Nusa Tenggara Barat
NTT	Nusa Tenggara Timur
OAT	Obat Anti Tuberculosis
ODHA	Orang dengan HIV/AIDS
P2PL	Pencegahan Penyakit dan Pengendalian Lingkungan
PAH	Penampungan Air Hujan
PAM	Perusahaan Air Minum
PBB	Perserikatan Bangsa-Bangsa
PDBK	Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan
Penasun	Pengguna Narkoba Suntik
PJT	Penanggung Jawab Teknis
PNS	Pegawai Negeri Sipil
Polindes	Pos Bersalin Desa
Polri	Polisi Republik Indonesia
PONED	Pelayanan Obstetrik Neonatus Emergency Dasar
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
PPI	Program Pengembangan Imunisasi
PPM	Puskesmas Pelaksana Mandiri
PPOK	Penyakit Paru Obstruktif Kronik
PPS	Petugas Pengumpul Spesimen
PRM	Puskesmas Rujukan Mikroskopik
PUGS	Pedoman Umum Gizi Seimbang
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	Puskesmas Pembantu
PWS KIA	Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak
RS	Rumah Sakit
RSB	Rumah Sakit Bersalin
RT	RT
SP	Sensus Penduduk

SPAL	Sarana Pembuangan Air Limbah
Subdit	Sub Direktorat
TB	Tuberkulosis
TB/U	Tinggi Badan menurut Umur
TNI	Tentara Nasional Indonesia
Trimester	Tiga bulanan
TT	Tetanus toksoid
TT	Tidak Tahu
UCI	Universal Child Imunitation
UKP	Umur Perkawinan Pertama
VCT	Voluntary HIV Counseling and Testing
WHO	World Health Organization
WUS	Wanita Usia Subur
WNPG	Wydia Karya Pangan dan Gizi
XDR	Extensively Drug Ressistant
ZN	Ziehl Neelsen

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Visi rencana pembangunan jangka panjang nasional 2005-2025 adalah Indonesia yang maju, adil, dan makmur. Visi tersebut direalisasikan pada delapan misi pembangunan. Misi pembangunan kesehatan 2010-2014 adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani; melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan; menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya kesehatan; dan menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik. Sistem kesehatan nasional pada tahun 2012 memasukkan penelitian dan pengembangan dalam salah satu sub sistem dari tujuh sub sistem yang adaⁱ.

Untuk mencapai visi dan misi di atas, maka salah satu strategi Kementerian Kesehatan RI adalah "Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau, bermutu dan berkeadilan serta berbasis bukti dengan mengutamakan pada upaya promotif dan preventif". Untuk itu diperlukan data kesehatan berskala nasional berbasis fasilitas maupun komunitas yang dikumpulkan secara berkesinambungan dan dapat dipercayaⁱⁱ.

Dalam upaya menyediakan data kesehatan yang berkesinambungan maka Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Litbangkes) Kementerian Kesehatan RI melaksanakan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Riskesdas merupakan Riset Kesehatan berbasis komunitas yang dirancang dapat berskala nasional, propinsi dan kabupaten/kota. Riskesdas dilaksanakan secara berkala dengan tujuan untuk melakukan evaluasi pencapaian program kesehatan sekaligus sebagai bahan untuk perencanaan kesehatan.

Pada tahun 2007, Riskesdas pertama telah dilakukan, meliputi indikator kesehatan utama, yaitu status kesehatan (penyebab kematian, angka kesakitan, angka kecelakaan, angka disabilitas, dan status gizi), kesehatan lingkungan, konsumsi gizi RT, pengetahuan-sikap-perilaku kesehatan (Flu Burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, minum alkohol, aktivitas fisik, perilaku konsumsi makanan) dan berbagai aspek mengenai pelayanan kesehatan (akses, cakupan, mutu layanan, pembiayaan kesehatan), termasuk sampel darah anggota RT (kecuali bayi) pada subsampel daerah perkotaanⁱⁱⁱ.

Hasil Riskesdas 2007 telah banyak dimanfaatkan oleh para pengambil keputusan dan penyelenggara program kesehatan baik di pusat maupun daerah. Selain telah digunakan sebagai bahan penyusunan RPJMN 2010-2014, data Riskesdas juga telah digunakan sebagai dasar penyusunan Indeks Pembangunan Kesehatan (IPKM)^{iv} yang berguna untuk membuat peringkat kabupaten/kota berdasarkan hasil pembangunan kesehatan serta sebagai dasar Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK)^v.

Pada tahun 2013 dilakukan kembali Riskesdas yang serupa dengan tahun 2007 yaitu dengan keterwakilan sampel hingga tingkat Kabupaten/Kota. Untuk pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut mewakili tingkat provinsi dan sampel biomedis mewakili tingkat nasional.

Tahapan persiapan Riskesdas 2013 telah dilakukan selama satu tahun pada 2012, diawali dengan meninjau kembali indikator kesehatan yang dikumpulkan pada Riskesdas 2007 untuk meningkatkan kualitas data. Selanjutnya beberapa indikator ditambahkan seperti Pemukiman dan Ekonomi, Farmasi dan pelayanan kesehatan tradisional, Kesehatan Mental ditambah informasi mengenai gangguan jiwa berat dan pasung, Kesehatan Reproduksi, Frekuensi Konsumsi Makanan Olahan yang Bersumber dari Tepung Terigu, Kesehatan Indera

Pendengaran, Pemeriksaan Iodium dalam Air dan Pemeriksaan Iodium Urin pada Wanita Usia Subur (WUS). Indikator status ekonomi dikembangkan dari komposit variabel aset yang termasuk dalam blok Pemukiman dan Ekonomi. Untuk merespon polemik mengenai sunat perempuan, pada Riskesdas 2013 ditambahkan informasi sunat perempuan. Sebaliknya ada satu indikator Riskesdas 2007 yang tidak dikumpulkan konsumsi gizi RT dengan alasan akan dilakukan survei tersendiri. Demikian pula ada beberapa variabel yang tidak dikumpulkan antara lain ketanggapan pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang HIV/AIDS, kebiasaan minum minuman beralkohol, pengetahuan tentang flu burung, dan kebisingan di sekitar RT.

1.2. Ruang Lingkup Riskesdas 2013

Seperti telah diuraikan sebelumnya, fokus Riskesdas 2013 ini adalah untuk mengumpulkan data berbasis masyarakat yang dapat digunakan untuk mengevaluasi perubahan status kesehatan di tingkat Kabupaten/kota, Provinsi dan Nasional termasuk IPKM dan indikator MDGs kesehatan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian Riskesdas 2013 yaitu:

- 1) Bagaimanakah pencapaian status kesehatan masyarakat di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten tahun 2013?
- 2) Apakah telah terjadi perubahan masalah kesehatan spesifik di setiap provinsi, dan kabupaten/kota?
- 3) Apa dan bagaimana faktor-faktor yang melatarbelakangi status kesehatan masyarakat di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota?
- 4) Faktor apa yang menyebabkan terjadinya perubahan masalah kesehatan?
- 5) Bagaimana korelasi antar faktor terhadap status kesehatan?

Laporan ini baru dapat menjawab pertanyaan penelitian 1 dan 2 sedangkan pertanyaan penelitian 3,4 dan 5 akan dilaporkan tahun 2014 dalam bentuk analisis lanjut.

1.4 Tujuan Riskesdas 2013

Tujuan Umum:

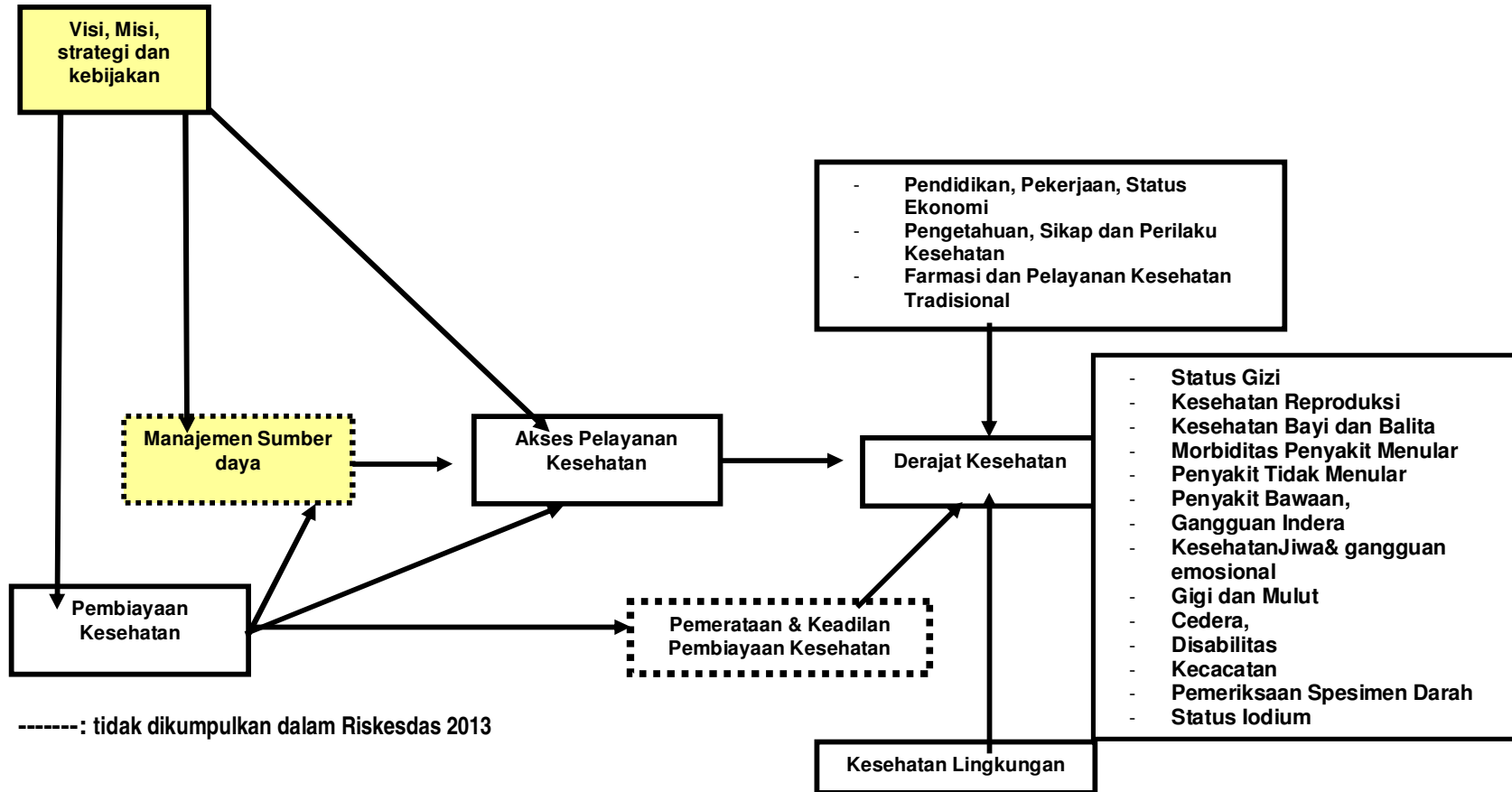
Menyediakan informasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan di berbagai tingkat administrasi.

Tujuan Khusus:

- 1) Menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan termasuk alokasi sumber daya di berbagai tingkat administrasi.
- 2) Menyediakan peta status dan masalah kesehatan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota pada tahun 2013.
- 3) Menyediakan informasi perubahan status kesehatan masyarakat yang terjadi dari 2007 ke 2013.
- 4) Menilai kembali disparitas wilayah kabupaten kota menggunakan IPKM.
- 5) Mengkaji korelasi antar faktor yang menyebabkan perubahan status kesehatan..

1.5 Kerangka Pikir

FUNGSI SISTEM KESEHATAN

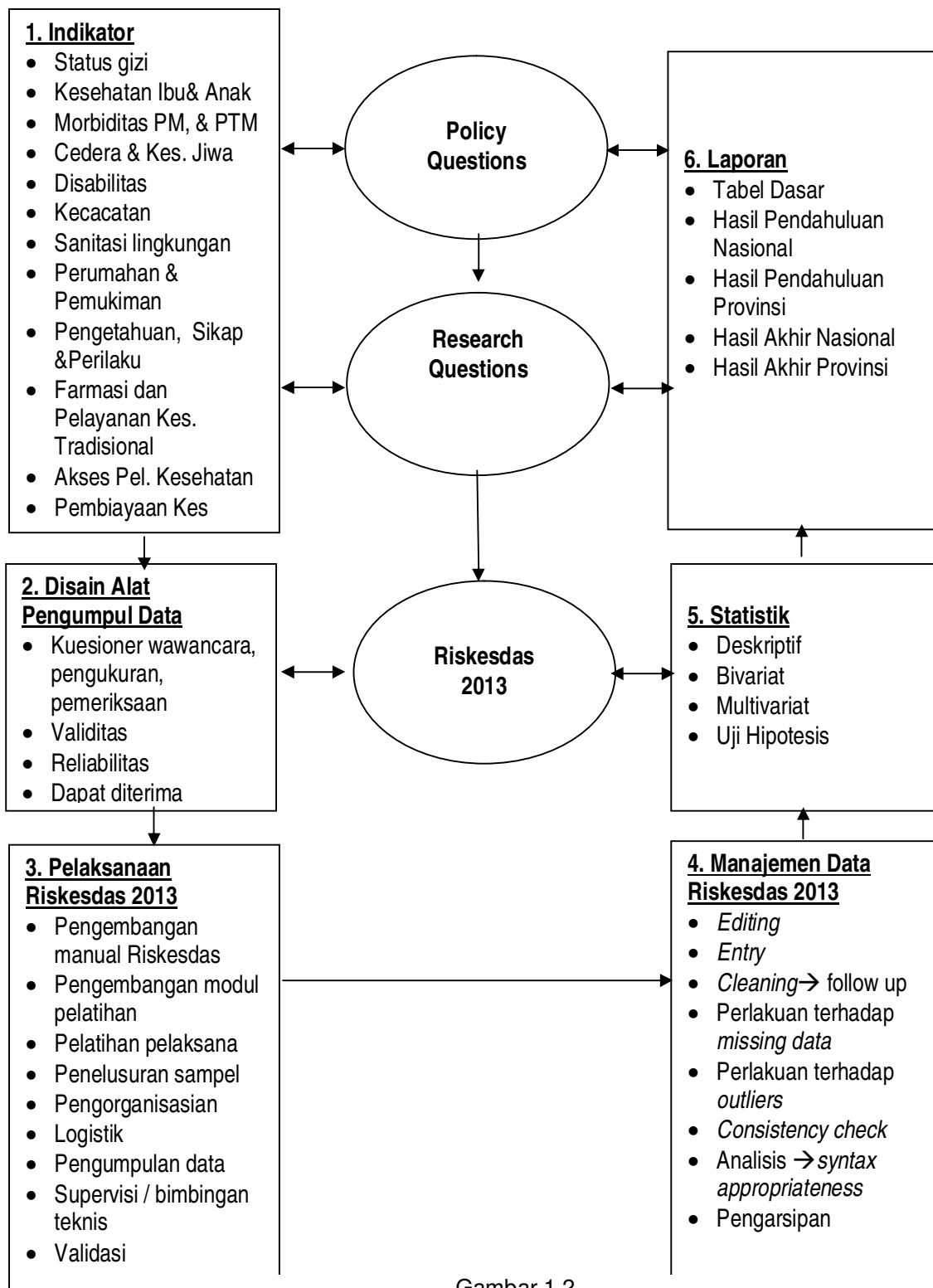


Gambar 1.1
Kerangka pikir Riskesdas 2013 dikembangkan dari Gabungan Sistem Kesehatan WHO dengan konsep model BLUM

1.6 Alur Pikir Riskesdas 2013

Alur pikir (Gambar 1.2) ini secara skematis menggambarkan enam tahapan penting dalam Riskesdas 2007 dan 2013. Keenam tahapan ini terkait erat dengan ide dasar Riskesdas untuk menyediakan data kesehatan yang sah, akurat dan dapat dibandingkan serta dapat menghasilkan estimasi yang dapat mewakili RT dan individu sampai ke tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional. Siklus yang dimulai dari Tahapan 1 hingga Tahapan 6 menggambarkan sebuah pemikiran yang sistematis dan berlangsung secara berkesinambungan. Dengan demikian, hasil Riskesdas 2013 bukan saja harus mampu menjawab pertanyaan kebijakan, namun dapat memberikan arah bagi pengembangan kebijakan berikutnya.

Untuk menjamin kelayakan dan ketepatangunaan dalam penyediaan data kesehatan yang sah, akurat dan dapat dibandingkan, maka pada setiap tahapan Riskesdas 2013 dilakukan upaya penjaminan mutu yang ketat. Substansi pertanyaan, pengukuran dan pemeriksaan Riskesdas 2013 mencakup data kesehatan yang mengadaptasi sebagian pertanyaan *World Health Survey*^{vi} tahun 2002 yang dikembangkan oleh *World Health Organization* dan diacu oleh 70 negara di dunia.



Gambar 1.2
Alur Pikir Riskesdas 2013

1.7 Pengorganisasian Riskesdas 2013

Dasar hukum persiapan Riskesdas 2013 adalah Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 113/MENKES/SK/III/2012 tentang Tim Riset Kesehatan Nasional Berbasis Komunitas Tahun 2012-2014. Organisasi persiapan pelaksanaan Riskesdas 2013 dikukuhkan dengan Surat Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan No. HK.02.04/I.4/15/2013, tanggal 2 Januari 2013 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013.

Organisasi pengumpulan data Riskesdas 2013 adalah sebagai berikut:

1. Di tingkat pusat dibentuk Tim Penasehat, Tim Pengarah, Tim Pakar, Tim Teknis, Tim Manajemen dan Tim Pelaksana Pusat :
 - Tim Penasehat terdiri dari Menkes dan Kepala BPS dan Pejabat eselon I Kementerian Kesehatan.
 - Tim Pengarah terdiri dari Kabadan, Pejabat eselon I dan sektor terkait.
 - Tim Pakar terdiri dari para ahli di bidangnya masing-masing.
 - Tim Teknis terdiri dari Pejabat eselon II, Peneliti di lingkungan Badan Litbangkes
 - Tim Manajemen terdiri dari Pejabat eselon II, eselon III dan staf Badan Litbangkes
 - Tim Pelaksana Pusat membentuk Koordinator Wilayah (korwil), setiap korwil yang akan mengkoordinir beberapa provinsi.
2. Di tingkat provinsi dibentuk Tim Pelaksana Riskesdas Provinsi:
 - Tim Pelaksana di tingkat provinsi diketuai oleh Kadinkes Provinsi, Kasubdin Bina Program, Peneliti Badan Litbangkes, dan Kasie Litbang/ Kasie Puldata Dinkes Provinsi.
3. Di tingkat kabupaten/kota dibentuk Tim Pelaksana Riskesdas Kabupaten/Kota :
 - Tim Pelaksana di tingkat kabupaten/ kota diketuai oleh Kadinkes Kabupaten, Kasubdin Bina Program tingkat kabupaten, Peneliti Badan Litbangkes, Politeknik Kesehatan (Poltekkes), dan Kasie Litbangda Dinkes Kab/Kota.

Di tingkat kabupaten/ kota dibentuk tim pengumpul dan manajemen data. Setiap tim pengumpul data mencakup 6 BS (150RT). Tiap tim pengumpul data terdiri dari 5 orang yang diketuai oleh seorang ketua tim (Katim). Kualifikasi tim pengumpul dan manajemen data termasuk Katim, minimal mempunyai pendidikan D3 Kesehatan.

Tenaga pengumpul dan manajemen data direkrut dari Poltekkes, STIKES, Universitas (Fakultas Kedokteran, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Fakultas Keperawatan, Fakultas Kedokteran Gigi), dll. Di beberapa daerah yang kekurangan tenaga pengumpul dan manajemen data digunakan staf dinas kesehatan kabupaten/ kota dengan persetujuan kepala bidang masing-masing untuk dibebaskan dari tugas rutin.

1.8 Manfaat Riskesdas 2013

Manfaat Penelitian

1. Untuk kabupaten/kota:
 - a. Mampu menyusun perencanaan program lebih akurat sesuai perkembangan masalah kesehatan dalam enam tahun terakhir.
 - b. Mempunyai bahan advokasi yang berbasis bukti.
 - c. Mampu merencanakan dan melaksanakan survei kesehatan lanjutan di wilayahnya.
2. Untuk provinsi dan pusat:
 - a. Mampu memetakan perubahan masalah kesehatan dan menajamkan prioritas pembangunan kesehatan antar wilayah.
 - b. Mempunyai bahan advokasi yang berbasis bukti.
 - c. Mampu merencanakan penelitian lanjutan sesuai dengan permasalahan kesehatan.
3. Untuk Peneliti
 - a. Sebagai sumber data untuk analisis lebih lanjut.
 - b. Sebagai sumber data untuk pengembangan indeks kesehatan.
4. Untuk Institusi Pendidikan
 - a. Sebagai sumber data untuk bahan penulisan tugas akhir.
 - b. Sebagai sumber data untuk analisis lebih lanjut dikaitkan dengan sumber data lainnya.

1.9 Persetujuan Etik Riskesdas 2013

Pelaksanaan Riskesdas tahun 2013, telah memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK), Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI dengan nomor LB.02.01/5.2/KE.006/2013. Persetujuan etik, naskah penjelasan serta formulir *Informed Consent* (Persetujuan Setelah Penjelasan) dapat dilihat pada Lampiran.

BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS

2.1. Metode Sampling

Riskesdas adalah sebuah survei dengan desain *cross sectional*. Riskesdas 2013 dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Indonesia, yang terwakili oleh penduduk di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Mempertimbangkan parameter yang dikumpulkan pada Riskesdas 2013, untuk memudahkan perbedaan, maka Riskesdas dibagi menjadi 3 Modul, yaitu Modul Kabupaten, Modul Provinsi, dan Modul Nasional.

- 1) Modul Kabupaten dirancang untuk penyajian data kabupaten/kota yang tujuannya untuk mengembangkan IPKM
- 2) Modul Provinsi dirancang untuk penyajian data provinsi, merupakan subsample dari modul Kabupaten
- 3) Modul Nasional dirancang untuk penyajian data tingkat nasional khususnya untuk kepentingan sampel biomedis, yang merupakan subsample dari modul Provinsi.

2.1.1 Kerangka Sampel

Kerangka sampel yang digunakan terdiri dari dua jenis, yaitu kerangka sampel untuk penarikan sampel tahap pertama dan kerangka sampel untuk penarikan sampel tahap kedua.

- Kerangka sampel pemilihan tahap pertama adalah daftar primary sampling unit (PSU) dalam master sampel. Jumlah PSU dalam master sampel adalah 30.000 yang dipilih secara *probability proportional to size* (PPS) dengan jumlah RT hasil sensus penduduk (SP) 2010. PSU adalah gabungan dari beberapa BS yang merupakan wilayah kerja tim pencacahan SP2010. PSU juga dilengkapi informasi jumlah dan daftar nama kepala RT, alamat, tingkat pendidikan kepala RT berdasarkan klasifikasi wilayah *urban/rural*.
- Kerangka sampel pemilihan tahap kedua adalah seluruh bangunan sensus yang didalamnya terdapat RT biasa tidak termasuk *institutional household* (panti asuhan, barak polisi/militer, penjara, dsb) hasil pencacahan lengkap SP2010 (SP2010-C1). Bangunan sensus terpilih dan RT di dalam bangunan sensus terpilih terlebih dahulu dilakukan pemutakhiran. Pemutakhiran dilakukan oleh enumerator Riskesdas 2013 sebelum mulai melakukan wawancara.

2.1.2 Desain Sampel

1) Estimasi Kabupaten/Kota

Metode sampling yang digunakan yaitu penarikan sampel tiga tahap berstrata. Tahapan dari metode ini diuraikan sebagai berikut:

- Tahap pertama, memilih sejumlah PSU dari PSU terpilih secara sistematis pada setiap kabupaten/kota sesuai alokasi domain.
- Tahap kedua, dari PSU terpilih, dipilih 2 BS secara PPS dengan jumlah RT Sensus Penduduk 2010 – Rekap Jumlah RT hasil listing (SP2010-RBL1) pada setiap kabupaten/kota sesuai alokasi domain. Selanjutnya dipilih secara acak satu blok untuk Riskesdas dan satu blok sensus untuk Susenas.

- Tahap ketiga, dari setiap BS Riskesdas dipilih sejumlah bangunan sensus ($m=25$) secara sistematis berdasarkan data bangunan sensus hasil SP2010-C1.
- Tahap keempat, dari setiap bangunan sensus terpilih terlebih dahulu dilakukan pengecekan keberadaan di lapangan. Selanjutnya memilih 1 (satu) RT sebagai sampel secara acak. RT di dalam bangunan sensus terlebih dahulu dimutakhirkan.

2) Estimasi Provinsi

Metode sampling yang digunakan yaitu penarikan sampel dua tahap berstrata dan merupakan subsampel dari estimasi kabupaten/kota. Tahapan dari metode ini diuraikan sebagai berikut:

- Tahap pertama, memilih sejumlah BS secara sistematis dari BS terpilih estimasi kabupaten/kota sesuai alokasi domain kabupaten/kota.
- Tahap kedua, dari setiap BS terpilih dipilih sejumlah bangunan sensus ($m=25$) secara sistematis berdasarkan data bangunan sensus hasil SP2010-C1.
- Tahap ketiga, dari setiap bangunan sensus terpilih terlebih dahulu dilakukan pengecekan keberadaan di lapangan. Selanjutnya memilih 1 (satu) RT sebagai sampel secara acak. RT di dalam bangunan sensus terlebih dahulu dimutakhirkan.

3) Estimasi Nasional

Metode sampling yang digunakan yaitu penarikan sampel dua tahap berstrata dan subsampel dari estimasi provinsi. Tahapan dari metode ini diuraikan sebagai berikut:

- Tahap pertama, memilih 250 kabupaten/kota secara *probability proportional to size with replacement* (PPS WR). Metode ini memanfaatkan informasi jumlah RT per kabupaten/kota hasil SP2010 sebagai ukuran (*size*) yang dijadikan sebagai dasar peluang dalam pemilihan sampel. Dari hasil penarikan sampel, jumlah realisasi sampel yang efektif (*effective sample size*) sebanyak 177 kabupaten/kota.
- Tahap kedua, dari setiap kabupaten/kota terpilih, dilakukan pemilihan BS secara *systematic sampling* dari daftar BS sampel Riskesdas Modul MDG's. Dengan demikian, BS terpilih Modul Biomedis merupakan subsampel dari BS yang digunakan dalam Modul Provinsi sejumlah 1000 BS. RT yang menjadi sampel dalam Riskesdas Modul Biomedis adalah sebanyak 25 RT yang terpilih pada Modul Provinsi di BS sampel Modul Biomedis.

4) Kepentingan sampel untuk Validasi Riskesdas 2013

Untuk kepentingan menjaga mutu sampel yang dikumpulkan Riskesdas, dilakukan validasi oleh tiga perguruan tinggi: Universitas Indonesia, Universitas Hasanuddin, dan Universitas Airlangga. Penarikan sampel dilakukan dari subsampel nasional sejumlah 150 BS yang tersebar di 33 provinsi.

Jumlah Sampel Blok Sensus dan RT

Seperti yang sudah diuraikan sebelumnya, jumlah sampel BS dan RT ditujukan untuk beberapa domain estimasi sebagai berikut:

- Estimasi kabupaten/kota: merupakan minimum sampel untuk estimasi kabupaten dengan total sampel RT 300.000 ruta (dari 12.000 BS). Sampel BS dialokasikan menurut daerah perkotaan dan perdesaan.
- Estimasi provinsi : merupakan minimum sampel untuk estimasi provinsi dengan total sampel RT 75.000 ruta (3.000 BS). Sampel blok sensus dialokasikan menurut daerah perkotaan dan perdesaan.
- Estimasi nasional : merupakan minimum sampel untuk estimasi nasional dengan total sampel RT 25.000 ruta (1.000 BS). Sampel blok sensus dialokasikan menurut daerah perkotaan dan perdesaan.

- Sampel Validasi: merupakan minimum sampel dari subsample nasional (150 BS), yang dialokasikan menurut perkotaan dan perdesaan.

2.2 Populasi dan Sampel

Populasi dalam Riskesdas2013 adalah seluruh RT biasa yang mewakili 33 provinsi. Sampel RT dalam Riskesdas2013 dipilih berdasarkan *listing* Sensus Penduduk (SP) 2010. Proses pemilihan RT ditentukan oleh BPS yang memberikan daftar bangunan sensus terpilih yang berasal dari BS terpilih yang tahapannya seperti yang sudah diuraikan sebelumnya. Berikut ini adalah uraian singkat proses penarikan sampel RT dimaksud.

Proses Pemilihan RT sampel

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, BPS memilih BS untuk Riskesdas 2013 berdasarkan *sampling frame* SP 2010. Daftar 12.000 BS berikut dengan 300.000 daftar Bangunan Sensus (bangsen) yang telah dilengkapi dengan nama-nama kepala RT saat SP2010 dilakukan. Nama-nama kepala RT tersebut dilakukan pemuktakhiran oleh enumerator sebelum melakukan pencacahan. Beberapa catatan pada proses pemilihan dan pemuktakhiran RT dari BS dan bangsen terpilih adalah sebagai berikut:

- 1) Kasus blok sensus yang sudah tidak ditemukan/hilang karena bencana (banjir, longsor, gempa bumi), seperti di Mentawai, beberapa kabupaten di Kalimantan
- 2) Kasus blok sensus yang merupakan daerah konflik dan sangat sulit untuk dijangkau seperti Papua
- 3) Kasus bangunan sensus yang tidak ditemukan, karena berubah fungsi, bukan RT biasa

Untuk kasus-kasus seperti diatas dilaporkan ke BPS sehingga dilakukan pemilihan ulang BS berikut dengan bangsennya.

Jumlah sampel yang terkumpul (*Response rates*)

Jumlah sampel yang terkumpul dalam Riskesdas 2013, dari 12.000 BS terpilih untuk sampel Riskesdas 2013, berhasil ditemukan dan dikunjungi 11.986 BS (99,9%) yang tersebar di 33 Provinsi, 497 kabupaten/kota. 14 BS dengan rincian 12 BS di Papua, 1 BS di Papua Barat, dan 1 BS di DKI Jakarta tidak berhasil dikunjungi dengan alasan sulit dijangkau, dan penolakan warga setempat.

Adapun jumlah RTnya adalah 294.959 dari 300.000 RT yang ditargetkan (98,3%) dengan jumlah anggota RT (ART) 1.027.763 orang. Berdasarkan SP2010, dengan rata-rata jumlah ART per RT adalah 3.8 orang, maka response rate untuk ART adalah 93 persen. Dari 294.959 RT, ada sejumlah 77.830 ART yang tidak bisa dikumpulkan informasinya, karena tidak ada di tempat pada kurun waktu pengumpulan data Riskesdas 2013. Jumlah sampel tersebut, termasuk untuk estimasi kabupaten/kota, provinsi, dan nasional (biomedis) tergantung BS masing-masing.

Jumlah sampel yang terkumpul untuk Provinsi Kalimantan Barat, seluruh blok sensus berhasil dikunjungi (324 BS) yang tersebar di 14 kabupaten/kota . Adapun jumlah RTnya adalah 8.000 dari 8.100 RT yang ditargetkan (98,8%) dengan jumlah anggota RT (ART) 29.050 orang. Tabel 2.2.1 adalah distribusi sampel kesehatan masyarakat yang dapat dikunjungi menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat.

Tabel 2.2.1
Distribusi sampel kesehatan masyarakat yang dapat dikunjungi
menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Blok Sensus Target			Sampel Kesehatan Masyarakat yang dikunjungi		
	Kesehatan Masyarakat	Dikunjungi	Respon Rate (%)	Blok Sensus	RT	Anggota RT
Sambas	26	26	100	26	650	2309
Bengkayang	21	21	100	21	525	2169
Landak	22	22	100	22	550	2044
Pontianak	22	22	100	22	550	2427
Sanggau	26	26	100	26	650	2293
Ketapang	26	26	100	26	650	2099
Sintang	26	26	100	26	650	2824
Kapuas Hulu	21	21	100	21	525	1825
Sekadau	21	21	100	21	525	1964
Melawi	21	21	100	21	525	1815
Kayong Utara	18	18	100	18	450	1712
Kubu Raya	26	26	100	26	650	2553
Pontianak	27	27	100	27	675	2530
Singkawang	21	21	100	21	525	2106
Provinsi Kalimantan Barat	324	324	100	324	8100	30670

Tabel 2.2.2
Distribusi RT dan Anggota RT sampel kesehatan masyarakat yang dapat dikunjungi (response rate) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Jumlah Blok Sensus Dikunjungi	Jumlah RT			Anggota RT		
		Target	Dikunjungi	Respon rate (%)	Jumlah yang terdata	Diwawancara	Response Rate (%)
Sambas	26	650	648	99,69	2309	2020	87,48
Bengkayang	21	525	525	100,00	2169	2075	95,67
Landak	22	550	545	99,09	2044	2032	99,41
Pontianak	22	550	550	100,00	2427	2195	90,44
Sanggau	26	650	628	96,62	2293	2058	89,75
Ketapang	26	650	623	95,85	2099	2013	95,90
Sintang	26	650	650	100,00	2824	2820	99,86
Kapuas Hulu	21	525	525	100,00	1825	1765	96,71
Sekadau	21	525	510	97,14	1964	1707	86,91
Melawi	21	525	518	98,67	1815	1723	94,93
Kayong Utara	18	450	436	96,89	1712	1619	94,57
Kubu Raya	26	650	647	99,54	2553	2473	96,87
Pontianak	27	675	670	99,26	2530	2525	99,80
Singkawang	21	525	525	100,00	2106	2025	96,15
Provinsi Kalimantan Barat	324	8100	8000	98,77	30670	29050	94,72

Sampel Biomedis

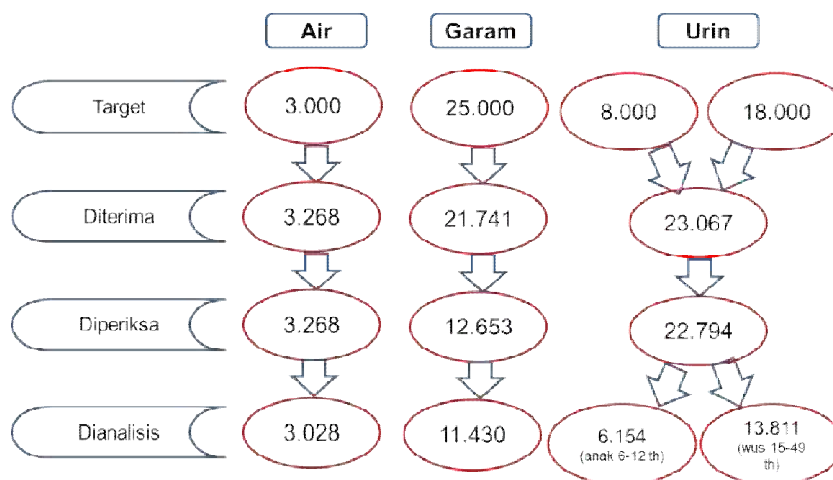
Sampel untuk pengukuran biomedis merupakan sub-sampel dari 3000 BS yang mewakili provinsi atau sejumlah 1000 BS. Pada BS yang terpilih untuk biomedis, RTnya dan anggota RTnya selain dikumpulkan variabel kesehatan masyarakat juga dilakukan pengambilan specimen darah dan urin. Specimen darah dikumpulkan pada sampel umur ≥ 1 tahun untuk pemeriksaan malaria, anemia, diabetes mellitus, kolesterol, dan kreatinin. Urin dikhususkan untuk menilai status iodium pada sampel anak usia 6-12 tahun, dan wanita usia subur (WUS) 15-49 tahun termasuk hamil dan menyusui. Selain pengambilan urin, dilakukan juga pengambilan garam dan air untuk pemeriksaan iodium RT.

Untuk laporan hasil pemeriksaan sampel biomedis secara lengkap hanya ditampilkan pada Laporan nasional Riskesdas 2013 Indonesia, sementara untuk Laporan Riskesdas 2013 Provinsi hanya ditampilkan hasil tes cepat garam menurut kabupaten/kota dan karakteristik responden. Jumlah RT (RT) yang diambil sampel garamnya di Riskesdas 2013 sebanyak 294.959 RT (Tabel 2.2.3).

Tabel 2.2.3
Jumlah sampel untuk penilaian status iodium penduduk di Indonesia, Riskesdas 2013

Sampel		Responden	
Garam	Tes cepat	Semua RT sampel (294.959 RT)	Kabupaten/Kota

Rincian rekrutmen sampel garam untuk status iodium pada level kabupaten/kota dapat dilihat pada gambar 2.1.



Gambar 2.1
Sampling Air, garam, dan urin untuk penilaian status iodium di Indonesia, Riskesdas 2013

2.3. Penjaminan mutu data Riskesdas 2013

Data berbasis bukti yang diperoleh dari Riskesdas 2013 harus terjaga kualitasnya. Beberapa upaya penjaminan mutu data Riskesdas 2013 adalah melakukan uji coba instrumen dan validasi. Uji coba dilakukan oleh peneliti Badan Litbangkes, akademisi, dan organisasi profesi. Validasi dilakukan oleh tim universitas (Universitas Indonesia, Universitas Airlangga, dan Universitas Hasanuddin).

2.3.1. Uji coba

Uji coba bertujuan untuk menilai keabsahan instrumen antara lain mendapatkan kuesioner yang sesuai dengan tujuan dalam Riskesdas, menentukan kelayakan dari peralatan yang akan digunakan serta manajemen pengumpulan data. Uji coba yang dilakukan antara lain :

- Uji coba kuesioner yang digunakan dalam pengumpulan data kesehatan masyarakat agar mendapatkan pemahaman substansi dalam kuesioner serta alur dari pertanyaan dalam masing-masing blok, untuk menghindari kesalahpahaman pengisian dan menyeleksi isi dari kuesioner
- Uji coba pengumpulan spesimen darah, urin dan garam,
- Uji coba peralatan yang digunakan untuk pengumpulan data kesehatan masyarakat maupun biomedis dengan melihat fisibilitas dan validitas alat.
- Uji coba proses *data entry*
- Manajemen dan pengorganisasian lapangan, termasuk administrasi dan logistik.

Uji coba lengkap Riskesdas dilakukan sebanyak dua kali. Uji coba pertama dilakukan di Sumatera Utara. Untuk menggambarkan situasi perkotaan dan perdesaan/daerah sulit diambil lokasi di Kota Pematang Siantar dan Kabupaten Nias Selatan. Di setiap lokasi uji coba pengumpulan data dilakukan di dua blok sensus (BS). Untuk Kabupaten Nias Selatan, BS yang terpilih adalah Desa Pasar Pulau Tello dan Desa Bawinofoso, sedangkan di Kota Pematang Siantar dipilih blok sensus di Kelurahan Bantan dan Simarito. Pengumpulan data dilakukan oleh enumerator yang direkrut oleh Dinas Kesehatan setempat. Enumerator yang terpilih merupakan pegawai Dinas Kesehatan/honorar di Puskesmas setempat. Pengumpulan data di empat BS tersebut dikerjakan oleh empat tim. Setiap tim terdiri dari lima orang. Khusus untuk di Kota Pematang Siantar dilakukan pula pengumpulan data biomedis.

Sebelum dilakukannya pengumpulan data di lapangan, enumerator dilatih terlebih dahulu oleh tim teknis Riskesdas. Pelatihan dilaksanakan selama tujuh hari di Medan. Selama pelatihan enumerator diberikan pemahaman mengenai kuesioner yang akan mereka tanyakan kepada responden dan juga cara pengukuran serta pengambilan sampel biomedis. Setelah pelatihan, enumerator langsung turun lapangan untuk melaksanakan pengumpulan data di BS yang telah ditentukan.

RT yang dikunjungi di setiap BS berjumlah 25. Pada RT tersebut dilakukan wawancara, observasi, pengukuran, dan pemeriksaan. Kuesioner uji coba Riskesdas 2013 terdiri dari 12 blok pertanyaan sebagai berikut:

Blok I. Pengenalan tempat

Blok II. Keterangan RT

Blok III. Keterangan pengumpul data

Blok IV. Keterangan anggota RT

Blok V. Akses dan pelayanan kesehatan

Blok VI. Farmasi dan pelayanan kesehatan tradisional

Blok VII. Gangguan jiwa berat dalam keluarga

Blok VIII. Kebijakan program dan pemberdayaan masyarakat

Blok IX. Kesehatan lingkungan dan sanitasi pangan

Blok X. Pengeluaran RT

Blok XI. Keterangan wawancara individu

Blok XII. Keterangan individu

- a. Penyakit menular
- b. Penyakit tidak menular
- c. Genetik dan riwayat keluarga
- d. Cedera
- e. Kesehatan indera
- f. Gigi dan mulut
- g. Ketidakmampuan/disabilitas
- h. Kesehatan jiwa
- i. Pengetahuan, sikap dan perilaku
- j. Pembiayaan kesehatan
- k. Kesehatan ibu
- l. Kesehatan anak dan imunisasi
- m. Pengukuran dan pemeriksaan
- n. Pemeriksaan mata
- o. Pemeriksaan THT
- p. Pemeriksaan status gigi permanen
- q. Pengambilan spesimen darah dan sampel urin.
- r. EKG
- s. Spirometer
- t. Konsumsi makanan.

Uji coba yang dilakukan didapat gambaran waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pengumpulan data di satu BS adalah delapan hari. Selama pengumpulan data ditemui banyak kendala, antara lain waktu wawancara terlalu lama yang disebabkan banyaknya pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner. Beberapa pertanyaan, antara lain konsumsi makanan individu, ketanggapan pelayanan kesehatan serta kebijakan program dan pemberdayaan masyarakat sulit dipahami, baik oleh enumerator maupun oleh responden. Beberapa pemeriksaan, seperti pemeriksaan EKG, spirometri dan pH air sulit dilakukan di lapangan karena keterbatasan jumlah alat dan SDM.

Uji coba laboratorium yang juga dilakukan adalah pengumpulan sampel urin. Secara teori urin yang akan digunakan untuk pemeriksaan iodium adalah urin sewaktu, namun untuk pemeriksaan natrium sampel urin yang dikumpulkan sehari penuh. Kondisi ini tentu tidak mungkin dilakukan di lapangan, sehingga dilakukan uji coba analisis sampel urin sewaktu dan sampel urin 24 jam. Hasil analisis kadar natrium dalam urin pada sampel terbatas menunjukkan tidak ada perbedaan ($p > 0,05$), sehingga diputuskan sampel urin untuk pemeriksaan iodium maupun natrium adalah urin sewaktu.

Setelah dilakukan evaluasi hasil ujicoba disepakati untuk dilakukan pengurangan pertanyaan dari instrumen Riskesdas. Berdasarkan ujicoba pertama ditentukan variabel yang akan digunakan pada Riskesdas 2013 menjadi sebagai berikut:

Blok I. Pengenalan tempat

Blok II. Keterangan RT

Blok III. Keterangan pengumpul data

Blok IV. Keterangan anggota RT

- Blok V. Akses dan pelayanan kesehatan
- Blok VI. Farmasi dan pelayanan kesehatan tradisional
- Blok VII. Gangguan jiwa berat dalam keluarga
- Blok VIII. Kesehatan lingkungan
- Blok IX. Pemukiman dan ekonomi.
- Blok X. Keterangan wawancara individu
- Blok XI. Keterangan individu

- a. Penyakit menular
- b. Penyakit tidak menular
- c. Cedera
- d. Gigi dan mulut
- e. Ketidakmampuan/disabilitas
- f. Kesehatan jiwa
- g. Pengetahuan, sikap dan perilaku
- h. Pembiayaan kesehatan
- i. Kesehatan reproduksi
- j. Kesehatan anak dan imunisasi
- k. Pengukuran dan pemeriksaan
- l. Pemeriksaan mata
- m. Pemeriksaan telinga
- n. Pemeriksaan status gigi permanen
- o. Pengambilan spesimen darah dan sampel urin.

Selain itu dari hasil uji coba kuesioner disepakati kuesioner dengan muatan pertanyaan yang sudah diseleksi. Proses pembuatan kuesioner didiskusikan dengan para pakar terkait semua topik Riskesdas 2013.

Instrumen yang digunakan dalam pengukuran dan pemeriksaan dalam uji coba Riskesdas 2013 tersebut adalah sebagai berikut:

1. Timbangan badan
2. Alat ukur tinggi badan
3. Alat ukur lingkar perut dan lingkar lengan atas
4. Tensimeter IA2
5. Lup, senter, *pinhole*, tali ukur 6 meter, *snellen chart*
6. Spekulum
7. Kaca mulut, antiseptik, tisu, sarung tangan, masker
8. Spirometer
9. Timbangan makanan
10. Alat pH-meter
11. Peralatan pemeriksaan dan pengiriman spesimen biomedis (darah, urin, air dan garam)
12. Laptop untuk mengentri (uji coba *paperless data entry*).

Peralatan yang diuji coba terutama adalah alat untuk pengukuran antropometri yaitu pengukur tinggi badan dan penimbang berat badan, serta tensimeter untuk mengukur tekanan darah. Berdasarkan pengalaman Riskesdas terdahulu, membawa peralatan pengukur tinggi badan berbahan dasar *fiber glass* menjadi beban yang cukup berat bagi enumerator, sehingga diputuskan peralatan pengukur tinggi badan berbahan dasar aluminium.

Penimbangan berat badan menggunakan timbangan digital dengan ketepatan 0,1 kg. Pada tahapan uji coba ini dilakukan seleksi beberapa merek timbangan (Fesco, Camry dan AND). Pemilihan merek timbangan didasarkan pada akurasi dan presisi, kekuatan timbangan, bobot

timbangan, dan pertimbangan harga. Setelah melalui berbagai tahapan uji coba, maka diputuskan menggunakan timbangan digital merek Fesco.

Untuk menentukan alat yang digunakan dalam mengukur tekanan darah dilakukan uji coba pada alat tensimeter, yaitu tensimeter digital merek Omron tipe IA2 dan tensimeter air raksa merek Nova. Uji alat ini bertujuan untuk mendapatkan faktor koreksi dari alat yang digunakan terhadap alat standar baku. Uji coba alat lainnya adalah spirometer untuk melengkapi diagnosis Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) pada responden umur 30 tahun keatas.

Berdasarkan uji coba tersebut diputuskan bahwa instrumen yang digunakan pada Riskesdas 2013 adalah sebagai berikut:

1. Timbangan badan merek Fesco
2. Alat ukur tinggi badan yang dibuat dari alumunium
3. Alat ukur lingkar perut dan lingkar lengan atas
4. Tensimeter merek Omron tipe IA2
5. Lup, lampu senter, *pinhole*, tali ukur 6 meter, *tumbling E*
6. Spekulum telinga
7. Kaca mulut, antiseptik, tisu, sarung tangan, masker
8. Peralatan pemeriksaan dan pengiriman spesimen biomedis (darah, urin, air dan garam)

Pada uji coba ini, entri data dilakukan di lapangan. Rekam data dilakukan dengan dua cara yaitu secara *paperless* (tanpa menggunakan kuesioner, data langsung di entri dengan *software* yang sudah disiapkan oleh tim mandat) dan secara manual menggunakan kuesioner, data diedit dan dientri setelah wawancara.

Hasil pengamatan menunjukkan bahwa cara *paperless* sulit diaplikasikan di lapangan karena beberapa kendala, seperti keterampilan enumerator yang bervariasi, membutuhkan waktu pengumpulan data lebih lama, dan masalah teknis komputerisasi. Disimpulkan pengumpulan data Riskesdas 2013 dilakukan secara manual menggunakan kuesioner, selanjutnya data diedit dan dientri di lapangan.

Pengumpulan data dan pemeriksaan biomedis dilakukan di laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan laboratorium swasta di Pematang Siantar. Disimpulkan beberapa pemeriksaan biomedis dilakukan di laboratorium lapangan yang dapat berupa laboratorium Puskesmas, rumah sakit atau di fasilitas lain yang memungkinkan.

Instrumen yang telah diperbaiki harus diujicobakan kembali untuk finalisasi instrumen yang digunakan. Uji coba kedua diselenggarakan di Cisarua, Jawa Barat, dengan tahapan pelatihan enumerator sesuai hasil uji coba pertama. Terdapat dua tim enumerator yang mengumpulkan data di dua BS. Enumerator adalah alumni Poltekkes Jawa Barat yang direkrut oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Ujicoba kedua lebih menekankan pada manajemen Riskesdas, mulai dari proses persiapan di lapangan sampai dengan data entri dan pengiriman data *online*, pengambilan, serta pengiriman spesimen darah dan urin. Diperhitungkan pula lama waktu pengiriman spesimen dari laboratorium lapangan ke laboratorium Badan Litbangkes dan kemungkinan kerusakan spesimen yang diterima akibat kondisi lapangan terkait.

Dari hasil uji coba kedua, diputuskan instrumen, alat ukur yang akan digunakan, mekanisme pengumpulan data dan spesimen, pengisian formulir biomedis, serta finalisasi pedoman pengisian kuesioner dan pedoman manajemen pengumpulan data Riskesdas secara lengkap.

2.3.2 Validasi

Validasi Riskesdas 2013 adalah kunjungan ulang subsampel Riskesdas 2013 yang dilakukan sebagai salah satu bagian dari *quality assurance* untuk menjamin kualitas data Riskesdas 2013. Pelaksanaan validasi Riskesdas 2013 dilakukan oleh tim independen, gabungan dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Universitas Airlangga, dan Universitas Hasanuddin.

- I. Metodologi
Validasi dilakukan mulai dari pra-survei yaitu validasi yang dilakukan dengan disain kualitatif dan observasi partisipatif pada pelaksanaan penyiapan petugas di tingkat Pusat dan Provinsi. Kemudian validasi pasca survei yang mengikuti disain Riskesdas 2013, yaitu *cross sectional survey*.
- II. Populasi dalam validasi adalah seluruh RT di Indonesia, yang terpilih untuk validasi Riskesdas 2013 di 150 BS (subsampel dari 1000 BS sampel nasional Riskesdas 2013). Pemilihan sampel dilakukan secara PPS memperhatikan besarnya BS di setiap provinsi serta perkotaan dan perdesaan. Dari setiap BS terpilih diambil secara acak 10 dari 25 RT yang sudah dikunjungi enumerator Riskesdas 2013.
- III. Komponen validasi dan variabelnya
Komponen Riskesdas 2013 yang divalidasi adalah keseluruhan proses yang dilakukan Riskesdas mulai dari pra survei, selama survei sampai dengan pasca survei (validasi proses dan validasi isi/substansi). Variabel yang dipilih untuk validasi Riskesdas 2013 adalah variabel dalam kuesioner RT dan kuesioner individu yang menjawab tujuan Riskesdas dan yang relatif stabil dalam kurun waktu 1-2 minggu setelah kunjungan enumerator Riskesdas 2013. Sebanyak 50 persen variabel RT dan 30 persen variabel individu digunakan dalam survei validasi untuk menilai reliabilitas variabel tersebut. Variabel biomedik dan variabel pengukuran, seperti antropometri, pemeriksaan tajam penglihatan dan tajam pendengaran, hanya dilakukan validasi proses. Jadi validasi proses menilai apakah benar responden diambil datanya, apakah benar responden diukur, dan apakah benar proses pengambilan data sesuai pedoman.
- IV. Manajemen data
Pengambilan data dilakukan oleh tim validator dari FKM UI, UNAIR, dan UNHAS dengan memperhatikan jarak dan besarnya BS terhadap lokasi instansi validator. Data yang sudah dikumpulkan diinput Pusat *Data Base* setiap universitas dengan menggunakan *web based program* dibawah koordinasi FKM UNAIR.
- V. Pengolahan dan analisis data
Analisis validasi proses
 - a. Untuk validasi proses pelaksanaan analisis dilakukan secara sederhana yaitu analisis persen, dengan penilaian adalah sbb: 90 persen keatas disebut sangat valid; 80-90 persen disebut valid; 60-80 persen disebut kurang valid; <60 persen dinyatakan mempunyai masalah validitas.
 - b. Analisis validasi isi
Ada dua analisis yang digunakan, yaitu:
 - i. Koefisien kesepakatan (*agreement coefficient*) dengan statistik Kappa. $\text{Alpha} < 0,05$ menunjukkan variabel itu reliabilitasnya baik.
 - ii. Dihitung juga seberapa jauh persen kesesuaian antara hasil pengukuran studi validasi dengan hasil pengukuran Riskesdas 2013. Penilaian reliabilitasnya adalah sbb: 90 persen keatas adalah sangat baik, 80-90 persen dinilai baik, 60-80 persen dinilai kurang, dan <60 persen dinilai mempunyai masalah reliabilitas.

VI. Kesimpulan validasi

Hasil validasi pra-survei untuk pelaksanaan penyiapan petugas pusat, dan provinsi secara umum dikatakan bahwa Riskesdas 2013 dapat memenuhi tujuan yang diharapkan untuk menyiapkan peserta mampu melaksanakan tugasnya sebagai fasilitator/ supervisor penanggung jawab pada kegiatan training enumerator. Sebagian besar peserta mampu menguasai materi yang terdapat pada kurikulum penyiapan petugas pusat dan provinsi. Ada catatan kecil untuk laboratorium, dimana kemampuan praktik di kelas dan lapangan belum memuaskan dikarenakan tidak semua peserta diminta untuk dapat mendemonstrasikan ulang seluruh keterampilan praktik.

VII. Manajemen/pengorganisasian penyiapan petugas pusat dan provinsi secara umum juga berlangsung dengan baik dilihat dari sisi pelayanan maupun fasilitas yang menunjang pelaksanaan pelatihan yang berjalan lancar, dengan catatan perlu perbaikan penyiapan materi maupun evaluasi.

VIII. Hasil validasi proses dan isi Riskesdas 2013 yang dilaksanakan setelah pengumpulan data selesai oleh tim enumerator Riskesdas. Pertama, tim validator mengecek bagaimana kualitas wawancara Riskesdas 2013 dilakukan yang meliputi 1) kesesuaian waktu wawancara, 2) masalah dengan responden, 3) proses pengumpulan data, 4) sikap dan perilaku petugas pengumpul data dan 5) persepsi responden terhadap kemampuan petugas untuk melakukan wawancara. Kelima aspek ini mendapat nilai baik (80,9%). Hasil validasi terhadap variabel RT seperti tercantum pada tabel 2.3.2.1 :

Tabel 2.3.1.
Validasi variabel RT

Kelompok Variabel	Validasi		Kesimpulan	Keterangan
	Proses	Isi		
I.Pengenalan Tempat		NA		Untuk pengumpulan data
II.Keterangan RT	74.4	*	Kurang reliabel	
III.Keterangan Pengumpul Data		NA		Untuk pengumpulan data
IV.Keterangan Anggota RT	77.5	83.1	valid dan reliabel	
V.Akses dan Pelayanan Kesehatan	79.0	73.2	valid tetapi kurang reliabel	
VI.Farmasi dan Pelayanan Kesehatan Tradisional				
VI.B Pengetahuan ttg Obat Generik	70.3	66.2	Kurang valid dan kurang reliabel	Beberapa variabel bermasalah reliabilitasnya
VIII.Kesehatan Lingkungan	60.0	78.2	Kurang valid	Beberapa variabel bermasalah validitas dan reliabilitasnya
IX.Pemukiman dan Ekonomi	75.0		Kurang valid	

Kelompok variabel pengenalan tempat dipakai untuk mengenali sampel untuk di validasi. Kelompok II, yaitu keterangan RT mempunyai validasi proses yang kurang baik, dan mempunyai masalah reliabilitasnya¹. Artinya perlu ada perbaikan dalam hal menyusun kuesionernya. Di pihak lain, kelompok variabel keterangan anggota RT cukup baik, sehingga bisa dipakai untuk memperbaiki kelompok variabel keterangan RT. Kelompok variabel sisanya, yaitu kelompok V sampai IX dari hasil validasi, kurang valid dan reliabel. beberapa variabel yang masuk dalam kelompok pengetahuan tentang obat generik dan kesehatan lingkungan mempunyai masalah reliabilitas, sehingga menyebabkan angka rata2nya tidak mencapai 80 persen.

Ketiga, validasi kelompok variabel individu dapat dilihat pada tabel 2.3.2.2 Variabel kepemilikan jaminan kesehatan, alat dan cara KB, riwayat kehamilan persalinan dan masa nifas reliabilitasnya sangat baik, yaitu diatas 90 persen. Kelompok variabel penyakit menular, penyakit tidak menular, cedera, kesehatan jiwa dan kesehatan bayi dan anak mempunyai tingkat reliabilitas yang baik. Kelompok variabel sisanya reliabilitas kurang baik.

Tabel 2.3.2
Validasi variabel individu

Kelompok Variabel	Validasi isi	Kesimpulan	Keterangan
X.Keterangan Wawancara	NA		Digunakan untuk pengumpulan data
XI. Keterangan Wawancara Individu	NA		Digunakan untuk pengumpulan data
A.Penyakit Menular	87.6	Baik reliabilitasnya	
B.Penyakit Tidak Menular	88.8	Baik reliabilitasnya	Ada masalah reliabilitas pengukuran asma, kanker
C.Cedera	87.9	Baik reliabilitasnya	
D.Gigi dan Mulut	68.4	Kurang reliabel	
E.Disabilitas	72.7	Kurang reliabel	
F.Kesehatan Jiwa	83.3	Baik reliabilitasnya	
G.Pengetahuan,Sikap dan Perilaku	68.5	Kurang reliabel	Ada masalah reliabilitas pengukuran perilaku higienis dan penggunaan tembakau
H.Pembiayaan Kesehatan			
Ha.Kepemilikan Jaminan Kesehatan	94.1	Sangat reliabel	
I.Kesehatan Reproduksi			
Ia.Alat/Cara KB	94.3	Sangat reliabel	
Ic.Riwayat Kehamilan Persalinan dan Masa Nifas	94.8	Sangat reliabel	Beberapa variabel bermasalah reliabilitasnya
J.Kesehatan Anak			
Ja.Kesehatan Bayi dan Anak Balita	85.4	Baik reliabilitasnya	
Jb.ASI dan MP-ASI	70.0	Kurang reliabel	Beberapa variabel bermasalah reliabilitasnya

¹Variabel dimaksud bermasalah reliabilitas adalah tentang jumlah anggota RT, jumlah balita dan jumlah anggota RT yang diwawancara.

Catatan yang perlu dikemukakan, ada beberapa variabel yang secara rinci mempunyai masalah reliabilitasnya, yaitu asma, kanker, cedera, perilaku higienis, penggunaan tembakau, dan pemeriksaan kehamilan.

Keempat, validasi variabel pengukuran dan pemeriksaan dijelaskan pada tabel 2.3.2.3. Secara umum validasi proses pengukuran dan pemeriksaan ini berkisar dari kurang valid sampai sangat valid, dengan beberapa catatan. Catatan pertama pengukuran berat badan anak yang bisa berdiri validasi prosesnya sangat baik, namun menurun (nyaris 80%) ketika mengukur berat badan anak yang harus ditimbang dengan ibunya, ditemui pelaksanaan yang tidak sesuai SOP. Catatan kedua, mirip dengan yang pertama, ketika mengukur tinggi badan anak balita, validasi prosesnya sangat baik, nilai menurun menjadi kurang valid ketika mengukur panjang badan anak, karena ditemui beberapa penyimpangan SOP. Catatan ketiga, ditemui beberapa penyimpangan SOP dalam mengukur LILA, tekanan darah dan pemeriksaan THT. Terakhir, validasi proses kesiapan lab hasilnya sangat baik.

Tabel 2.3.3
Validasi proses pengukuran dan pemeriksaan

Kelompok variabel	Validasi Proses	Kesimpulan	Keterangan
K. Pengukuran dan Pemeriksaan			
Berat Badan Anak	98,9	Sangat valid	
Berat badan Baduta	79,8	Valid	Ada penyimpangan SOP
Tinggi Badan Anak	98,1	Sangat valid	
Panjang Badan Anak	72,,7	Kurang valid	Ada penyimpangan SOP
Lila	78,8	Valid	Ada penyimpangan SOP
Lingkar Perut	79,5	Valid	
Tekanan Darah	89,8	Valid	Ada penyimpangan SOP
L. Pemeriksaan Mata	81,7	Valid	
M. Pemeriksaan THT	74,2	Kurang valid	Ada penyimpangan SOP
N. Pemeriksaan Status Gigi Permanen			
O. Pengambilan Spesimen darah dan Urin			
Darah Vena	96,9	Sangat valid	
Darah Kapiler	91,6	Sangat valid	
Urin	83,9	Sangat valid	
LL: Kesiapan Pemeriksaan Laboratorium	94,7	Sangat baik	

2.4. Variabel

Pada pelaksanaan Riskesdas2013 terdapat kurang lebih 1060 variabel yang dikelompokkan menjadi 2 (dua) jenis kuesioner (lihat file terlampir), dengan rincian variabel pokok sebagai berikut:

- 1) Kuesioner RT (RKD13.RT) yang terdiri dari kurang lebih 160 variabel:
 - a. Blok I tentang pengenalan tempat;
 - b. Blok II tentang keterangan RT;
 - c. Blok III tentang keterangan pengumpul data;
 - d. Blok IV tentang anggota RT;
 - e. Blok V tentang akses dan pelayanan kesehatan;
 - f. Blok VI tentang farmasi dan pelayanan kesehatan tradisional;
 - g. Blok VII tentang gangguan jiwa berat dalam keluarga;
 - h. Blok VIII tentang kesehatan lingkungan;
 - i. Blok IX tentang pemukiman dan ekonomi.
- 2) Kuesioner individu (RKD13.IND), yang terdiri dari 900 variabel meliputi:
 - a. Blok X tentang keterangan wawancara individu/identifikasi individu
 - b. Blok XI tentang identifikasi responden yang dikelompokkan menjadi
 - i. Blok XI-A tentang penyakit menular: ISPA, diare/mencret, pneumonia/radang paru, malaria, tuberkulosis/TB paru, dan hepatitis/sakit liver/sakit kuning;
 - ii. Blok XI-B tentang penyakit tidak menular: asma dan PPOK, kanker, diabetes melitus, hipertiroid, hipertensi, penyakit jantung koroner, penyakit gagal jantung, penyakit ginjal, penyakit sendi/rematik/encok, dan *stroke*;
 - iii. Blok XI-C tentang cedera;

- iv. Blok XI-D tentang gigi dan mulut;
- v. Blok XI-E tentang disabilitas;
- vi. Blok XI-F tentang kesehatan jiwa;
- vii. Blok XI-G tentang pengetahuan, sikap dan perilaku: perilaku higienis, penggunaan tembakau, aktivitas fisik, perilaku konsumsi buah dan sayur, perilaku makanan berisiko, perilaku makanan olahan dari tepung terigu;
- viii. Blok XI-H tentang pembiayaan kesehatan: kepemilikan jaminan kesehatan, rawat jalan, dan rawat inap
- ix. Blok XI-I tentang kesehatan reproduksi: alat/cara KB, riwayat kehamilan seumur hidup, serta riwayat kehamilan persalinan, dan masa nifas;
- x. Blok XI-J tentang kesehatan anak: kesehatan bayi dan anak balita, ASI dan MP-ASI, serta sunat perempuan;
- xi. Blok XI-K tentang pengukuran berat dan tinggi/panjang badan, lingkaran lengan atas (LILA), lingkaran perut, tekanan darah, dan
- xii. Blok XI-L tentang pemeriksaan mata;
- xiii. Blok XI-M tentang pemeriksaan telinga;
- xiv. Blok XI-N tentang pemeriksaan status gigi permanen;
- xv. Blok XI-O tentang pengambilan spesimen darah dan urin, garam, air (status iodine)

2.5. Alat pengumpulan data dan cara pengumpulan data

Pengumpulan data Riskesdas2013 menggunakan instrumen sebagai berikut:

- 1) Pengumpulan data RT dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD13.RT dan Pedoman Pengisian Kuesioner
 - a. Responden untuk Kuesioner RKD13.RT adalah Kepala Keluarga atau Ibu RT atau ART yang dapat memberikan informasi.
 - b. Dalam Kuesioner RKD13.RT terdapat keterangan tentang apakah seluruh anggota RT diwawancarai langsung, didampingi, diwakili, atau sama sekali tidak diwawancarai.
- 2) Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD13.IND dan Pedoman Pengisian Kuesioner.
 - a. Responden untuk Kuesioner RKD13.IND adalah setiap anggota RT.
 - b. Khusus untuk anggota RT yang berusia kurang dari 15 tahun, dalam kondisi sakit maka wawancara dilakukan terhadap anggota RT yang menjadi pendampingnya.
- 3) Untuk data tinggi badan diukur dengan alat ukur tinggi badan "**Multifungsi**" dengan kapasitas ukur dua meter dan ketelitian 0,1 cm. Untuk data berat badan diukur dengan timbangan berat badan digital merek "Fesco", yang dikalibrasi setiap hari. Pengukuran lingkaran perut dan LILA menggunakan satu alat *medline*, alat ukur yang didesain untuk mengukur lingkaran lengan dan lingkaran perut. Seluruh pengukuran antropometri dilakukan dengan menggunakan pedoman pengukuran.
- 4) Untuk pengukuran tensi digunakan tensimeter digital merek Omron tipe IA1, yang diharuskan untuk mengganti batu baterai setiap satu BS selesai dilakukan pengukuran. Pengukuran tensimeter dilakukan dengan menggunakan pedoman pengukuran tensi.

- 5) Untuk pemeriksaan mata peralatan yang digunakan mencakup kartu *tumbling E*, *pinhole*, kaca pembesar, lampu senter, dan kartu peraga serta pedoman pemeriksaan.
- 6) Untuk pemeriksaan telinga peralatan yang digunakan spekulum telinga dan pedoman pemeriksaan.
- 7) Untuk pemeriksaan gigi digunakan satu set peralatan yang terdiri dari kaca mulut, sarung tangan, lampu senter, masker, dan dentogram berikut dengan pedoman pemeriksaan.
- 8) Untuk pengambilan data biomedis, peralatan satu set laboratorium lapangan mencakup formulir (BM01 sampai BM05), perlengkapan penanganan limbah, serta alat untuk pengambilan urin, spesimen darah, tes cepat iodium, pengambilan sampel air, dan sampel garam, serta pedoman pengumpulan spesimen biomedis.

2.6. Manajemen data

Proses manajemen data Riskesdas2013 terdiri dari dua tahap, tahap pertama dilakukan di kabupaten/kota yang terdiri dari kegiatan: pengumpulan data, *receiving-batching* (penerimaan-pembukuan), *editing* (kontrol kualitas data), *data entry*, dan pengiriman data elektronik. Tahap kedua dilakukan di satuan kerja Badan Litbangkes pusat yang terdiri dari kegiatan: penerimaan dan penggabungan data seluruh kabupaten/kota, *cleaning data*, penggabungan data provinsi, penggabungan data nasional, *cleaning data* nasional, imputasi, pembobotan, dan penyimpanan data elektronik. Seluruh kegiatan tersebut membutuhkan waktu kurang lebih lima bulan. Tim Manajemen Data yang dipusatkan di Jakarta mengkoordinir manajemen data Riskesdas2013 secara keseluruhan. Laporan kemajuan pengumpulan data dan manajemen data dapat dikomunikasikan dan dilihat di *website* Badan Litbangkes. Urutan kegiatan manajemen data secara rinci sebagai berikut.

2.6.1 Receiving batching

Proses *receiving-batching* adalah pencatatan penerimaan kuesioner. Pencatatan dilakukan pada *electronic file* yang berisi tentang identitas wilayah yang telah diwawancarai, jumlah RT dan ART yang diwawancarai dan jumlah yang telah dientri. Manfaat dari proses ini untuk menilai konsistensi jumlah data responden yang diwawancarai, dientri, dikirim, dan diterima oleh tim manajemen data, dan juga untuk memantau sampel yang belum diwawancarai. Hal ini untuk menghindari adanya data yang hilang karena proses-proses input atau pengiriman elektronik.

2.6.2 Editing data

Dalam pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas2013, *editing* merupakan salah satu mata rantai yang secara potensial dapat menjadi kontrol kualitas data. *Editing* mulai dilakukan oleh ketua tim dilanjutkan oleh supervisor atau PJT Kabupaten/Kota semenjak enumerator selesai melakukan wawancara dengan responden. PJT Kabupaten/Kota harus memahami makna dan alur pertanyaan.

PJT Kabupaten/Kota melakukan editing kuesioner meliputi pemeriksaan kembali kelengkapan jawaban, termasuk konsistensi alur jawaban, untuk setiap responden pada setiap Blok Sensus. Kelengkapan jawaban dan konsistensi alur jawaban, antara lain seperti :

- Semua pertanyaan terisi sesuai dengan kelompok kriteria yang ditentukan, contoh pertanyaan kesehatan reproduksi hanya diperuntukkan bagi perempuan berumur 10-54 tahun.
- Blok pemeriksaan dan pengukuran sudah terisi.
- Kelengkapan formulir biomedis (BM01 sd BM05), termasuk stiker nomor laboratorium, sebelum dilakukan entri data.

2.6.3 Entri data

Program entri data Riskesdas2013 dikembangkan oleh tim manajemen data Riskesdas Badan Litbangkes menggunakan *software* CPro 4.1 dengan *operating system windows 7* yang memiliki fasilitas *autorun*. Program entri tersebut mencakup kuesioner RT, individu, dan hasil pemeriksaan biomedis (formulir spesimen darah, urin, garam, dan air, termasuk *sticker* nomor laboratorium). Entri data kuesioner kesmas dilakukan oleh tim pengumpul data di lokasi pengumpulan data, sedangkan data hasil pemeriksaan spesimen darah dan urin dilakukan oleh tim biomedis di Jakarta dan Balai GAKI – Magelang.

Pertanyaan pada kuesioner Riskesdas2013 ditujukan untuk responden dengan berbagai kelompok umur yang berbeda, sehingga kuesioner disusun dengan beberapa lompatan pertanyaan (*skip questions*) yang secara teknis memerlukan ketelitian untuk menjaga konsistensi data dari satu blok pertanyaan ke blok pertanyaan berikutnya. Oleh karena itu maka dibuat program entri yang diperkuat dengan batasan-batasan entri secara komputerisasi. Hasil entri data ini menjadi salah satu bagian penting dalam proses manajemen data, khususnya yang berkaitan dengan *cleaning* data.

2.6.4 Penggabungan data

File data yang telah dikirim oleh PJT Kabupaten/Kota, digabung oleh tim manajemen data pusat. Langkah selanjutnya dilakukan penggabungan data dan *cleaning* sementara agar dapat segera memberi umpan balik pada tim pewawancara untuk memperbaiki data, dilanjutkan dengan penggabungan data elektronik secara nasional. Hasil penggabungan data dari hampir 12000 BS terdiri dari file RT, file daftar ART, file Individu, dan file biomedis. Satu tim manajemen data pusat menangani data satu atau dua provinsi.

2.6.5 Cleaning data

Tahapan *cleaning* dalam manajemen data merupakan proses yang penting untuk menunjang kualitas data. Tim manajemen data di pusat sudah melakukan *cleaning* awal pada data elektronik setiap provinsi pada saat menerima data elektronik dari PJT Kabupaten/Kota. Apabila ada data yang perlu dikonfirmasi ke tim pengumpul data di kabupaten, maka tim manajemen data pusat akan berkoordinasi dengan PJT Kabupaten untuk entri ulang dan mengirimkan kembali yang sudah diperbaiki melalui email.

Cleaning sementara hanya dilakukan pada variabel-variabel tertentu yang dianggap sangat berisiko untuk salah. Setelah penggabungan keseluruhan provinsi, dilakukan *cleaning* variabel secara keseluruhan. Hanya data yang sudah dinyatakan *clean* yang dianalisis lebih lanjut.

Tim Manajemen Data menyediakan pedoman khusus untuk melakukan *cleaning* data Riskesdas. Perlakuan terhadap *missing values*, *no responses*, *outliers* amat menentukan akurasi dan presisi dari analisis yang dihasilkan Riskesdas2013.

2.6.6 Imputasi data

Imputasi adalah proses untuk penanganan data *missing* dan *outlier*. Tim Manajemen Data melakukan imputasi data elektronik secara nasional. Pada data Riskesdas2013 imputasi dilakukan untuk data kontinyu yang *outlier*, sedangkan jika responden tidak bersedia menjawab maka diberikan kode sebagai data *missing*.

2.7. Keterbatasan data

Keterbatasan data Riskesdas 2013 berkaitan dengan keterbatasan metoda dan keterbatasan manajemen operasional.

2.7.1 Keterbatasan metoda

Beberapa indikator tidak dapat disajikan sampai tingkat kabupaten/kota karena masalah besar sampel yang mewakili untuk pertanyaan tertentu. Batasan jumlah sampel untuk masing-masing indikator yang masih dapat diterima adalah jika n sampel >30 . Misalnya untuk penentuan status gizi pada balita, jika jumlah sampel balita di suatu kabupaten/kota kurang dari 30, maka walaupun hasil analisis disajikan, akan diberi tanda (*) agar pembaca berhati-hati dalam menginterpretasikan hasil tersebut.

2.7.2 Keterbatasan manajemen operasional

Beberapa keterbatasan yang disebabkan faktor manajemen antara lain:

- 1) Blok sensus tidak terjangkau, karena ketidakterediaan alat transportasi menuju lokasi tersebut atau karena kondisi alam yang tidak memungkinkan, seperti gelombang besar yang membahayakan. Riskesdas tidak berhasil mengumpulkan 14BS yang terpilih.
- 2) Sejumlah RT yang menjadi sampel ternyata tidak seluruhnya dapat ditemukan oleh tim enumerator. RT yang berhasil dikunjungi Riskesdas2013 adalah sebanyak 98,3 persen yang tersebar di seluruh kabupaten/kota. (Tabel 2.1)
- 3) Sejumlah ART dari RT terpilih tidak seluruhnya bisa diwawancarai oleh tim enumerator. Pada saat pengumpulan data dilakukan sebagian ART tidak berada di tempat. Jumlah ART yang berhasil dikumpulkan adalah 93,0 persen. (Tabel 2.1)

2.8. Pengolahan dan analisis data

Hasil pengolahan dan analisis data dipresentasikan pada Bab III. Pada laporan ini seluruh analisis dilakukan berdasarkan jumlah sampel RT maupun ART setelah *missing values* dan *outlier* dikeluarkan serta dilakukan pembobotan sesuai dengan jumlah masing-masing sampel. Analisis data dengan menggunakan perangkat lunak statistik SPSS17.0®.

2.9. Estimasi kesalahan sampling (*sampling error*)

Data yang dikumpulkan dari survei tidak bisa terlepas dari kesalahan (*error*), demikian halnya dengan Riskesdas 2013. Ada dua jenis tipe kesalahan yang bisa terjadi yaitu *sampling error* dan *nonsampling error*. Kesalahan tersebut mungkin terjadi karena kesalahan cakupan, kesalahan karena ketidaklengkapan jawaban, kesalahan penentuan responden, maupun kesalahan pengukuran. Survei yang baik survei dengan kesalahan seminimal mungkin. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat kesalahan data survei, sangat diperlukan evaluasi statistik terhadap data

survei. Nilai kesalahan sampling biasanya diukur dari besar kecilnya nilai relatif *standard error* suatu karakteristik yang dirumuskan sebagai berikut

$$rse(\hat{Y}) = \frac{se(\hat{Y})}{\hat{Y}} \times 100\%$$

dengan $se(\hat{Y}) = \sqrt{v(\hat{Y})}$ adalah estimasi *standard error* dari estimasi. Estimasi varians dilakukan mengikuti desain sampling Riskesdas 2013 yang bersifat multistage dimana dasar perhitungan nilai varians ditentukan berdasarkan pertimbangan *strata*, *primary sampling unit* dan *weight* atau

menggunakan rumus
$$v(\hat{Y}) = \frac{n}{n-1} \sum_{i=1}^n (z_{yi} - \bar{z}_y)^2$$
 dimana
$$z_{yi} = \sum_{j=1}^{25} w_{ij} y_{ij}$$
 dan
$$\bar{z}_y = \sum_{j=1}^{25} w_{ij} y_{ij}$$
 sedangkan w_{ij} adalah nilai penimbang untuk RT terpilih ke- j di blok sensus terpilih ke- i .

Perhitungan nilai estimasi untuk seluruh variabel, *standard error*, dan *relative standard error* menggunakan software program stata versi 8.

Penilaian kesalahan sampling (*sampling error*) Riskesdas 2013 dihitung hanya untuk beberapa variabel penting, yang mewakili seluruh komponen pokok yang dikumpulkan Riskesdas 2013. Hasil penilaiannya dapat dilihat pada lampiran "Estimasi Kesalahan sampel Riskesdas 2013" menurut karakteristik kelompok umur, dan estimasi 33 provinsi.

2.10. Pengembangan kuintil indeks kepemilikan

Riskesdas 2013 tidak mengumpulkan pengeluaran RT untuk prediksi status ekonomi yang digunakan sebagai salah satu karakteristik untuk kepentingan analisis, tetapi digunakan pendekatan perhitungan indeks kepemilikan.

2.10.1. Penentuan kuintil indeks kepemilikan

Status sosial ekonomi merupakan salah satu variabel *proxy* yang sering digunakan untuk mengukur tingkat kesejahteraan suatu RT. Terdapat tiga cara untuk mengukur status sosio-ekonomi, yaitu melalui data penghasilan perbulan, atau pengeluaran perbulan atau berdasarkan kepemilikan barang tahan lama. Ketiga *proxy* pengukuran status ekonomi tersebut mempunyai kelebihan dan kelemahan.

Pengukuran status ekonomi berdasarkan data penghasilan perbulan mudah ditanyakan, namun mempunyai akurasi yang sulit dipercaya, mengingat tidak semua responden bersedia menjawab dengan jujur jumlah penghasilan perbulan mereka. Di beberapa negara berkembang, sebagian besar penduduk berkerja pada sektor informal, sehingga sulit untuk mendapatkan informasi jumlah penghasilan pasti perbulannya.

Mengukur status ekonomi berdasarkan data pengeluaran perbulan mempunyai akurasi yang cukup baik diantara ketiga cara pengukuran, namun untuk dapat memperoleh informasi pengeluaran tersebut diperlukan data rinci tentang berbagai jenis pengeluaran RT secara detail yang seringkali membingungkan responden dan *time consumed*.

Pada beberapa tahun terakhir, pengukuran status ekonomi banyak menggunakan data kepemilikan barang tahan lama, seperti rumah, mobil, motor, sepeda, kulkas dan lain sebagainya. Kelebihan pengukuran berdasarkan kepemilikan barang tahan lama ini lebih mudah ditanyakan dan diobservasi, namun memerlukan perhitungan yang lebih kompleks untuk

menyusun satu indeks kepemilikan yang merupakan komposit dari beberapa variabel terkait kepemilikan RT yang bersangkutan.

Principal Component Analysis(PCA) merupakan salah satu teknik statistik yang menyatukan beberapa variabel menjadi indikator tunggal, seperti yang dilaporkan Ariawan (2006). Indikator tersebut berisi skor, bobot atau indeks untuk mengukur status ekonomi RT yang selanjutnya disebut indeks kepemilikan.

Simulasi model penyusunan indeks dilakukan dengan cara mengidentifikasi variabel yang menunjukkan kepemilikan. Adapun hasil identifikasi variabel kepemilikan data Riskesdas 2013 dapat dilihat pada Tabel 2.8. Simulasi model penyusunan indeks kepemilikan untuk Riskesdas 2013 menggunakan variabel kepemilikan Susenas 2010 yang diperbandingkan dengan pengukuran status ekonomi berdasarkan pengeluaran per bulan pada survei yang sama.

Dari 21 variabel pada terdapat 17 variabel yang dimiliki kedua survei (Susenas dan Riskesdas 2013) untuk analisis PCA dengan menggunakan korelasi *polychoric*. Dari matriks yang terbentuk hanya variabel yang memiliki nilai korelasi diatas 0,3 yang digunakan sebagai prediksi status ekonomi. Penapisan variabel dilakukan dengan mengeliminasi satu persatu variabel secara bertahap yang memiliki korelasi dengan variabel lain dibawah 0,3 sampai didapat seluruh variabel dengan nilai korelasi diatas 0,3 dan besarnya *proportion explained* diatas 0,5.

Dari 17 variabel tersebut diperoleh sembilan variabel yang memiliki korelasi diatas 0,3 dengan *proportion explained* 0,57, yang berarti komposit sembilan variabel tersebut dapat menjelaskan 57 persen status ekonomi RT. Tahap selanjutnya adalah membagi semua sampel RT menjadi lima kelompok sesuai indeks kepemilikan. Hasil pengelompokan RT tersebut diuji tabulasi silang dengan pengelompokan RT berdasarkan pengeluaran per bulan untuk melihat apakah RT kuintil terbawah pada status ekonomi berdasarkan indeks kepemilikan juga termasuk kuintil terbawah berdasarkan pengeluaran. Metoda yang sama juga dilakukan terhadap kuintil lainnya. Dari ke lima kuintil tersebut hanya kuintil terbawah dan teratas yang mempunyai ketepatan cukup baik. Artinya indeks kepemilikan mempunyai sensitivitas yang baik pada RT dengan status ekonomi terendah dan tertinggi.

Model yang dibentuk dari 9 variabel tersebut diterapkan kedalam variabel yang ada pada data Riskesdas 2013, ditambah dengan 4 variabel kepemilikan pada Riskesdas 2013 yang tidak terdapat pada data Susenas 2010, kemudian dilakukan penapisan variabel dengan cara yang sama, pada akhirnya diperoleh 12 variabel yang mempunyai korelasi diatas 0,3 dan *Proportion explained* 53,6 persen. Variabel pembentuk indeks adalah: 1) sumber air utama untuk minum, 2) bahan bakar memasak, 3) kepemilikan fasilitas buang air besar, 4) jenis kloset, 5) tempat pembuangan akhir tinja, 6) sumber penerangan, 7) sepeda motor, 8) TV, 9) pemanas air, 10) tabung gas 12 kg, 11) lemari es, dan 12) mobil. Tahapan selanjutnya indeks yang sudah terbentuk dikelompokkan kedalam 5 kuintil: terbawah, menengah bawah, menengah, menengah atas, dan teratas.

Tabel 2.10.1
Variabel kepemilikan data Riskesdas 2013

	Variabel Kepemilikan Data Riskesdas 2013	Variabel
1	Status kepemilikan rumah	B9R1
2	Jenis atap terluas	B9R6
3	Jenis dinding terluas	B9R5
4	Jenis lantai terluas	B9R4
5	Luas lantai	B9R2
6	Jenis sumber air utama untuk minum	B8R2
7	Kepemilikan fasilitas tempat BAB	B9R8a
8	Jenis kloset	B9R8b
9	Tempat pembuangan akhir tinja	B9R8c
10	Sumber penerangan	B9R7
11	Jenis bahan bakar/energi untuk memasak	B8R12
12	Kepemilikan sepeda	B9R9a
13	Kepemilikan sepeda motor	B9R9b
14	Kepemilikan perahu	B9R9c
15	TV/TV kabel	B9R9d
16	AC	B9R9e
17	Pemanas air	B9R9f
18	Kepemilikan tabung gas 12 kg atau lebih	B9R9g
19	Kepemilikan lemari es/kulkas	B9R9h
20	Kepemilikan perahu motor	B9R9i
21	Mobil	B9R9j

2.10.2 Gambaran status ekonomi penduduk Indonesia

Status ekonomi berdasarkan indeks kepemilikan memberi gambaran bahwa semakin tinggi kuintil RT, semakin banyak barang tahan lama yang dimiliki. Dalam tabel 2.10.2, terlihat bahwa secara nasional status ekonomi berdasarkan indeks kepemilikan pada kuintil terbawah terdapat 15,6 persen RT di Indonesia, pada kuintil menengah bawah terdapat 19,3 persen, pada kuintil menengah terdapat 21,7 persen, pada kuintil menengah atas terdapat 23,7 persen dan pada kuintil teratas terdapat 19,7 persen.

Pada tabel 2.10.2 nampak hampir seluruh provinsi mempunyai sebaran kuintil terbawah hingga teratas yang tidak jauh berbeda, kecuali di Bangka Belitung, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Bali, dan Kalimantan Timur, yaitu kuintil terbawah jauh lebih kecil dari kuintil teratas. Tujuh provinsi lain, yaitu NTB, NTT, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, dan Papua memiliki persentase sebaran kuintil terbawah jauh lebih besar daripada kuintil teratas. Papua merupakan provinsi dengan persentase kuintil terbawah terbesar (63,3%), sedangkan DKI Jakarta merupakan provinsi dengan persentase kuintil terbawah terkecil (0,5%). Untuk kuintil teratas, Bangka Belitung merupakan provinsi dengan persentase kuintil teratas terbesar (50,6%), persentase terkecil provinsi NTT (2,3%).

Tabel 2.10.2
Gambaran kuintil indeks kepemilikan menurut provinsi, Indonesia 2013

Provinsi	Kuintil indeks kepemilikan (%)				
	Terbawah	Menengah bawah	Menengah	Menengah atas	Teratas
Aceh	17,9	18,8	14,9	17,0	31,4
Sumatera Utara	13,9	13,8	18,5	28,7	25,2
Sumatera Barat	20,4	20,2	20,1	17,1	22,1
Riau	13,4	17,5	15,9	20,3	33,0
Jambi	12,8	17,7	19,5	20,5	29,4
Sumatera Selatan	16,3	19,9	19,2	24,0	20,5
Bengkulu	16,3	17,6	20,3	19,4	26,4
Lampung	13,9	22,8	25,1	18,8	19,4
Bangka Belitung	9,3	11,4	11,4	17,4	50,6
Kepulauan Riau	4,8	11,9	17,7	34,8	30,8
DKI Jakarta	0,5	5,2	16,5	43,9	33,9
Jawa Barat	10,4	20,0	24,4	28,0	17,3
Jawa Tengah	12,9	23,4	28,3	21,3	14,3
DI Jogjakarta	5,7	19,3	29,7	20,6	24,7
Jawa Timur	17,1	22,1	23,9	22,9	14,0
Banten	10,7	11,5	17,6	31,5	28,6
Bali	9,0	14,2	19,4	24,9	32,6
Nusa Tenggara Barat	30,7	28,9	20,2	12,9	7,2
Nusa Tenggara Timur	55,6	24,2	10,3	7,1	2,3
Kalimantan Barat	24,7	19,2	23,3	16,5	16,3
Kalimantan Tengah	26,2	22,8	15,8	16,0	19,1
Kalimantan Selatan	17,3	20,7	19,8	19,2	23,0
Kalimantan Timur	6,3	11,7	15,3	27,6	39,1
Sulawesi Utara	14,3	23,1	21,5	22,0	19,2
Sulawesi Tengah	29,3	24,7	17,3	15,3	13,3
Sulawesi Selatan	17,3	16,8	17,2	21,8	26,9
Sulawesi Tenggara	24,6	22,8	21,6	17,8	13,1
Gorontalo	30,2	22,3	17,5	17,2	12,7
Sulawesi Barat	41,7	23,3	14,1	11,3	9,6
Maluku	32,8	25,0	18,9	17,8	5,6
Maluku Utara	31,4	28,0	18,6	15,3	6,7
Papua Barat	27,3	22,6	18,4	19,6	12,1
Papua	63,3	11,3	7,8	7,8	9,9
Indonesia	15,6	19,3	21,7	23,7	19,7

Gambaran status ekonomi berdasarkan tempat tinggal dapat dilihat pada Tabel 2.10.3 Pada tabel tersebut terlihat bahwa proporsi terbesar RT yang tinggal di perkotaan adalah kuintil teratas.

Tabel 2.10.3
Gambaran status ekonomi berdasarkan tempat tinggal, Indonesia 2013

Tempat tinggal	Kuintil indeks kepemilikan (%)				
	Terbawah	Menengah bawah	Menengah	Menengah atas	Teratas
Perkotaan	4,4	11,6	22,1	32,1	29,7
Perdesaan	26,9	27,1	21,3	15,2	9,5
Indonesia	15,6	19,3	21,7	23,7	19,7

Sebagai langkah untuk menilai ketepatan indeks yang terbentuk, maka dilakukan tabulasi silang dengan variabel yang menunjukkan tingkatan sosial ekonomi. Variabel yang digunakan merupakan program pemerintah dikhususkan bagi tingkatan ekonomi tertentu, yaitu pelayanan kesehatan gratis dan program beras miskin. Pemerintah memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin di seluruh Indonesia melalui berbagai program diantaranya Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), Program Keluarga Harapan (PKH) dan Kartu Sehat. Selain itu, masyarakat miskin yang tidak tercantum dalam database Jamkesmas, Jamkesda, PKH dan Kartu Sehat juga mendapatkan pelayanan kesehatan gratis dengan menggunakan surat keterangan tidak mampu (SKTM). Tabel 2.10.4, menunjukkan secara nasional, semakin rendah tingkat kekayaan RT semakin banyak yang mendapatkan pelayanan kesehatan gratis. Secara keseluruhan, hasil Riskesdas tidak membedakan wilayah-wilayah yang menerapkan kebijakan pelayanan gratis bagi seluruh tingkatan sosial ekonomi masyarakat di wilayahnya.

Tabel 2.10.4
Persentase RT penerima pelayanan gratis berdasarkan kuintil indeks kepemilikan, Indonesia 2013

Kuintil Indeks Kepemilikan	Pelayanan Gratis (%)	
	Ya	Tidak
Terbawah	37,1	62,9
Menengah Bawah	32,3	67,7
Menengah	26,7	73,3
Menengah Atas	20,1	80,0
Teratas	14,3	85,7

Program Beras Untuk Keluarga Miskin (Raskin) merupakan subsidi pangan yang diperuntukkan bagi keluarga miskin sebagai upaya dari pemerintah untuk meningkatkan ketahanan pangan dan memberikan perlindungan pada keluarga miskin. Tujuan program beras miskin adalah untuk mengurangi beban pengeluaran RT Sasaran (RTS) melalui pemenuhan sebagian kebutuhan pangan pokok dalam bentuk beras dan mencegah penurunan konsumsi energi dan protein. Selain itu raskin bertujuan untuk meningkatkan / membuka akses pangan keluarga melalui penjualan beras kepada keluarga penerima manfaat dengan jumlah yang telah ditentukan. Persentase RT mendapatkan beras miskin (Raskin) berdasarkan kuintil dapat dilihat pada tabel 2.10.5. Secara nasional, tampak semakin rendah tingkat kekayaan RT semakin banyak RT penerima beras miskin.

Tabel 2.10.5
Persentase RTmendapat beras miskin (Raskin) berdasarkan kuintil indeks kepemilikan, Riskesdas 2013

Kuintil indeks kepemilikan	RT yang mendapat Raskin (%)	
	Ya	Tidak
Terbawah	80,3	19,7
Menengah Bawah	75,5	24,5
Menengah	62,9	37,1
Menengah Atas	41,9	58,1
Teratas	19,5	80,5

2.11. Profil Kesehatan Daerah Provinsi Kalimantan Barat

2.11.1. Geografi

Provinsi Kalimantan Barat terletak di bagian barat pulau Kalimantan atau di antara garis 2° 08' LU serta 3° 02' LS serta diantara 108° 30' BT dan 114° 10' BT pada peta bumi. Berdasarkan letak geografis yang spesifik ini, maka daerah Kalimantan Barat tepat dilalui oleh garis Khatulistiwa (garis lintang 0°) tepatnya di atas Kota Pontianak. Karena letak ini pula, maka Kalimantan Barat adalah salah satu daerah tropik dengan suhu udara cukup tinggi serta diiringi kelembaban yang tinggi.

Sebagian besar wilayah Provinsi Kalimantan Barat adalah merupakan daratan berdataran rendah dengan luas sekitar 146.807 km² atau 7,53 persen dari luas Indonesia atau 1,13 kali luas pulau Jawa. Dilihat dari besar wilayahnya, maka Kalimantan Barat termasuk provinsi terbesar keempat setelah pertama Provinsi Papua (319.036 km²), kedua Kalimantan Timur (204.534 km²) dan ketiga Kalimantan Tengah (153.564 km²). Luas wilayah menurut Kabupaten/kota, yang terluas adalah Kabupaten Ketapang (31.240,74 km² atau 21,28 persen) kemudian diikuti Kapuas Hulu (29.842 km² atau 20,33 persen), dan Kabupaten Sintang (21.635 km² atau 14,74 persen), sedangkan sisanya tersebar pada 11 (sebelas) kabupaten/kota lainnya.

2.11.2. Kependudukan

Tabel 2.11.1
Distribusi penyebaran dan kepadatan penduduk di Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2011

No	Kabupaten/kota	Luas wilayah (Km ²)	Jumlah penduduk		Kepadatan penduduk	
			Laki-laki	perempuan		
1	Kab. Sambas	6,395	256160	244989	501149	78
2	Kab. Bengkayang	5,397	112486	107581	220067	41
3	Kab. Landak	9,909	171465	163987	335452	34
4	Kab. Pontianak	1,367	121511	116211	237722	174
5	Kab. Sanggau	12,858	212614	203341	415955	32
6	Kab. Ketapang	31,241	223684	213929	437613	14
7	Kab. Sintang	21,635	189800	181522	371322	17
8	Kab. Kapuas Hulu	29,842	116064	111003	227067	8
9	Kab. Sekadau	5,444	94103	90000	184103	34
10	Kab. Melawi	10,644	93144	89081	182225	17
11	Kab. Kayong Utara	4,568	49910	47733	97643	23
12	Kab. Kubu Raya	6,895	260875	249498	510373	74
13	Kota Pontianak	108	289235	276621	565856	5,248
14	Kota Singkawang	504	97527	93274	190801	379
Jumlah penduduk Kalimantan Barat		146,807	2,288,577	2,188,771	4,477,348	30

Sumber : Profil Kesehatan Kalimantan Barat 2011

Penduduk Provinsi Kalimantan Barat tahun 2011 diperkirakan berjumlah sekitar 4,477.348 juta jiwa (angka proyeksi BPS), dimana sekitar 2,288.577 juta jiwa berjenis kelamin laki-laki dan 2,188.771 juta jiwa adalah perempuan. Luas wilayah Provinsi Kalimantan Barat sebesar 146.807 km², sehingga jika dilihat dari luas wilayah dan jumlah penduduk, maka kepadatan penduduk Kalimantan Barat sekitar 30 jiwa per km².

Berdasarkan tabel 2.11.1 terlihat bahwa persebaran penduduk Kalimantan Barat tidak merata antar wilayah Kabupaten/kota. Kepadatan penduduk paling padat adalah Kota Pontianak dihuni rata-rata 5146 jiwa per km² dan yang terjarang adalah Kabupaten Kapuas Hulu dihuni 8 (delapan) jiwa per km².

2.11.3 Komposisi Penduduk

Jumlah penduduk Kalimantan Barat, dari 4.477.348 jiwa penduduk, 51,11 persen atau 2.288.577 jiwa adalah laki-laki dan 48,89 persen atau 2.188.771 jiwa adalah perempuan. Rasio jenis kelamin (sex ratio) penduduk adalah sebesar 104.56 artinya dalam setiap 205 penduduk terdapat 105 jiwa penduduk laki-laki dan 100 jiwa penduduk perempuan.

2.11.4 Derajat Kesehatan

Mengacu kepada sistematika dari uraian Visi, Misi Kalimantan Barat Sehat 2013, pada bab ini akan menyajikan gambaran tentang hasil-hasil yang telah dicapai dalam tahun 2011 di Provinsi Kalimantan Barat.

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

2.11.5 Derajat Kesehatan Masyarakat

Untuk mengetahui derajat kesehatan masyarakat Provinsi 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 :

2.11.5.1 Mortalitas

2.11.5.1.1 Angka Kematian Bayi (AKB)

Angka kematian bayi (AKB) di Kalimantan Barat untuk tahun 2011 berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Barat (Kalbar dalam angka tahun 2012) masih mengacu pada AKB tahun 2005 yaitu sebesar 38,41 per 1.000 kelahiran hidup, hal ini disebabkan karena sampai saat ini instansi yang berwenang belum mengeluarkan angka yang terbaru. Berdasarkan data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), berturut-turut AKB di Kalimantan Barat mulai tahun 1994 adalah 97 per 1.000 Kelahiran Hidup, tahun 1997 menjadi 70 per 1.000 KH, tahun 2002 menjadi 47 per 1.000 KH dan turun menjadi 46 per 1.000 kelahiran hidup berdasarkan SDKI tahun 2007. Dengan demikian meskipun terlihat adanya penurunan AKB, namun masih di atas rata-rata nasional yaitu 34 per 1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2010, AKB di Kalimantan Barat sebesar 27 per 1.000 kelahiran hidup, sedikit lebih tinggi dari rata-rata nasional yaitu 26 per 1.000 kelahiran hidup. 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. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar Depkes 2007, kematian bayi baru lahir (neonatus) merupakan penyumbang kematian tersebar pada tingginya angka kematian balita (AKB). Setiap tahun sekitar 20 bayi per 1.000 kelahiran hidup terenggut nyawanya dalam rentang waktu 0-12 hari pasca kelahirannya.

2.11.5.1.2 Angka Kematian Ibu (AKI)

Di Provinsi Kalimantan Barat untuk tahun 2011, Angka Kematian Ibu masih merujuk pada Laporan Indikator Data Base 2005, dengan asumsi 15 persen dari kematian wanita (Female Death), Angka Kematian Ibu (AKI) adalah sebesar 403, 15 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan jika AKI menggunakan asumsi 20 persen dari kematian wanita (Female Death), maka AKI di Kalimantan Barat sebesar 566 per 100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan angka nasional sebesar 307 per 100.000 kelahiran pada periode 1998-2002, dan 228 pada tahun 2007, maka kematian ibu di Kalimantan Barat masih jauh lebih tinggi dari target yang ingin dicapai pada Millenium Development Goals (MDGs), yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

2.11.5.1.3 Angka Kematian Balita (AKABA)

AKABA Provinsi Kalimantan Barat berdasarkan hasil SDKI berturut-turut mulai tahun 1994 adalah 93 per 1.000 balita, turun menjadi 88,2 per 1.000 balita pada tahun 1997, turun menjadi 63 per 1.000 balita pada tahun 2003 dan turun menjadi 59 per 1.000 balita pada tahun 2007. Angka ini masih lebih tinggi dari rata-rata angka kematian balita secara nasional yaitu 51 per 1.000 balita. Jika dibandingkan dengan target yang akan dicapai pada tahun 2015 sesuai dengan MDGs yaitu sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup, maka AKABA Kalimantan Barat masih tinggi.

2.11.5.1.4 Umur Harapan Hidup waktu lahir (Eo)

Umur harapan hidup di Kalimantan Barat dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Angka Harapan Hidup tahun 2005 berdasarkan data yang dikeluarkan oleh BPS Kalimantan Barat adalah 65,2 dan meningkat menjadi 66,75 pada tahun 2011. Angka Harapan Hidup tingkat nasional pada tahun 2005 adalah 68,1 dan meningkat menjadi 69,65 pada tahun 2011. Dengan demikian, angka umur harapan hidup penduduk Kalimantan Barat masih lebih rendah dibanding dengan rata-rata umur harapan hidup nasional. 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)

2.11.5.1.5 Indeks Pembangunan Manusia (IPM)

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kalimantan Barat mengalami peningkatan tiap tahunnya. IPM tahun 2007 sebesar 67,53, tahun 2008 sebesar 68,17, tahun 2009 sebesar 68,79, sedang tahun 2010 sebesar 69,15 dan tahun 2011 sebesar 69,53. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Kepala Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Barat, maka IPM Kalimantan Barat menempati posisi peringkat ke 28 dari 33 Provinsi se Indonesia.

2.11.5.1.6 Morbiditas

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

2.11.5.1.7 Malaria

Penyakit Malaria masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Berdasarkan rekapitulasi Profil Kabupaten/Kota tahun 2011 terdapat 36.233 kasus Malaria tanpa pemeriksaan sediaan darah dan 44.977 kasus Malaria dengan pemeriksaan sediaan darah. Jika

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 untuk kasus malaria tanpa pemeriksaan sediaan darah di laboratorium, maka berdasarkan definisi operasional tersebut angka kesakitan malaria untuk kasus malaria tanpa pemeriksaan sediaan darah di Kalimantan Barat adalah 8,1 per 1.000 penduduk. Hal ini berarti bahwa dari setiap 1.000 penduduk terdapat 8 orang yang terjangkit penyakit Malaria. Sedangkan untuk kasus malaria dengan pemeriksaan sediaan darah, angka kesakitannya adalah 10 per 1.000 penduduk.

2.11.5.1.8 TB Paru

Berdasarkan hasil rekapitulasi profil kabupaten/kota tahun 2011 tercatat TB Paru dengan BTA positif (+) sebanyak 4.367 kasus dengan angka insidens 98,9 per 100.000 penduduk. Sedangkan untuk persentase kesembuhan penderita TB Paru dengan BTA positif di Kalimantan Barat merujuk pada kasus yang diobati tahun 2010 adalah sebesar 93,20 dengan rincian dari 4.247 penderita yang diobati, sebanyak 3.958 penderita dinyatakan sembuh.

2.11.5.1.9 HIV/AIDS

Berdasarkan informasi yang disampaikan oleh Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, sampai tanggal 30 Juni 2010, secara kumulatif kasus AIDS yang dilaporkan sejak tahun 1978 berjumlah 21.770 dari 32 provinsi dan 300 kabupaten/kota. Rasio kasus AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 3:1. Kasus terbanyak dilaporkan dari Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Papua, Bali, Jawa Tengah, Kalimantan Barat, Sulawesi Selatan, Sumatera Utara, Riau dan Sumatera Barat. Rate kumulatif kasus AIDS nasional sampai 30 Juni 2010 adalah 9,44 kasus per 100.000 penduduk. Rate kumulatif kasus AIDS tertinggi dilaporkan dari Provinsi Papua (14,34 kali angka nasional), Bali (5,2 kali angka nasional), DKI Jakarta (4,4 kali angka nasional), Kep. Riau (2,4 kali angka nasional), Kalimantan Barat (1,8 kali angka nasional), Maluku (1,5 kali angka nasional), Bangka Belitung (1,2 kali angka nasional), Papua Barat, Jawa Timur, D.I Yogyakarta, Jawa Barat, Sumatera Barat, Riau (1,0 kali angka nasional). Menurut laporan Bidang Bina Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit untuk wilayah Kalimantan Barat, sejak tahun 1993 sampai dengan tahun 2011 tercatat sebanyak 3.335 penderita HIV dan 1.610 orang penderita AIDS.

2.11.5.1.10 Acute Flaccid Paralysis (AFP)

Berdasarkan hasil rekapitulasi data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011 terdapat 29 kasus AFP atau sebesar 2,04 per 100.000 penduduk berisiko (usia < 15 tahun). Dilihat dari kasus AFP, angka AFP Kalimantan Barat masih diatas angka AFP yang ditargetkan SPM yaitu ≥ 2 per 100.000 anak usia < 15 tahun.

2.11.5.1.11 Demam Berdarah Dengue (DBD)

Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di Provinsi Kalimantan Barat dalam tiga tahun terakhir mengalami kenaikan sebagai berikut : tahun 2007 terjadi 808 kasus DBD dengan angka kesakitan 20,24 per 100.000 penduduk, tahun 2008 meningkat menjadi 960 kasus dengan angka kesakitan 22,59 per 100.000 penduduk, tahun 2009 meningkat menjadi 9.710 kasus dengan angka kesakitan 225 per 100.000 penduduk. Sedangkan tahun 2010 kasus DBD menurun menjadi 677 kasus dengan angka kesakitan 15 per 100.000 orang

penduduk. Berdasarkan rekapitulasi data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011, data kasus DBD meningkat menjadi 784 dengan angka kesakitan 17,5 per 100.000 penduduk dan 10 orang penderita meninggal (CFR 1,3%)

2.11.5.1.12 Status Gizi

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

2.11.5.1.13 Gizi Buruk

Berdasarkan hasil rekapitulasi profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011, terdapat kasus gizi buruk sebanyak 294, angka tersebut didapatkan dari laporan kasus yang berdasarkan adanya tanda-tanda klinis kasus gizi buruk. Sedangkan kasus gizi buruk yang berasal dari banyaknya balita yang ditimbang/pemantauan status gizi (PSG) adalah sebanyak 2.906 kasus dari 124.080 balita yang ditimbang (2,34%).

2.11.5.1.14 Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Menurut rekapitulasi data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011, maka terdapat 1.330 bayi dengan BBLR dari 63.645 bayi lahir hidup yang ditimbang (2,3 persen).

2.11.5.2 Keadaan Lingkungan

2.11.5.2.1 Rumah Sehat

Rumah sehat dinilai dengan menggunakan indikator komposit 8-10 indikator tunggal PHBS (Perilaku Hidup Bersih Sehat). Berdasarkan data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011, dari 300.662 RT yang diperiksa terdapat 182.047 RT atau 60,5 persen diantaranya merupakan RT sehat. Jika dibandingkan dengan tahun 2010 dimana RT sehat yang dilaporkan sehat sebesar 64 persen, maka terjadi penurunan RT sehat di Provinsi Kalimantan Barat.

2.11.5.2.2 Jamban Keluarga

RT yang tidak menggunakan/mempunyai jamban yang baik, lebih mudah terkena penyakit seperti disentri, diare dan tipus. Laporan SDKI 2002-2003 menyatakan bahwa RT yang mempunyai jamban sendiri hanya sebesar 86 persen di daerah perkotaan dan 52 persen di daerah perdesaan. Menurut hasil rekapitulasi data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011, dari 309.567 RT yang diperiksa, ternyata RT yang memiliki jamban sebesar 190.332 (61,5%) dan 76,5 persen diantaranya memiliki jamban dengan kriteria sehat.

2.11.5.2.3 Tempat-Tempat Umum Sehat

Yang dimaksud dengan tempat umum adalah : hotel, restoran, pasar dan lain-lain. Adapun TUPM yang dapat dikategorikan sehat adalah TUPM yang memiliki sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan limbah, ventilasi yang baik serta luas yang sesuai dengan banyaknya pengunjung. Berdasarkan rekapitulasi data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011, dari 6.782 tempat-tempat umum yang diperiksa terdapat 4.774 tempat umum atau 70,4 persen diantaranya dinyatakan sehat.

2.11.5.2.4 Pelayanan Kesehatan

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

2.11.5.2.5 Pelayanan Antenatal (K1-K4)

Hasil kegiatan antenatal dapat dilihat berdasarkan cakupan pelayanan K1 dan K4. Cakupan K1 menggambarkan besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama/kontak pertama dengan tenaga kesehatan/fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Cakupan K4 adalah besaran ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar minimal empat kali kunjungan selama masa kehamilannya dengan distribusi satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga. Persentase K4 Provinsi Kalimantan Barat berdasarkan profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011 adalah 86,20 persen, sehingga ada kenaikan sebesar 0,6 persen dari tahun 2010. Jika dibandingkan dengan cakupan target K4 berdasarkan Permenkes RI Nomor 741 tahun 2008 tentang SPM bidang kesehatan adalah sebesar 95 persen, maka cakupan K4 Kalimantan Barat masih lebih rendah.

2.11.5.2.6 Pertolongan Persalinan

Cakupan pertolongan persalinan di Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2007 sebesar 73,72 persen, tahun 2008 mengalami kenaikan menjadi 75,61 persen, tahun 2009 turun menjadi 74,45 persen. Sedangkan tahun 2010 naik menjadi 77,9 persen dan tahun 2011 cakupan persalinan naik menjadi 79,1 persen. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Provinsi Kalimantan Barat berdasarkan hasil analisis dari profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011 adalah 79,1 persen. Hasil ini masih lebih rendah dari target Standar Pelayanan Minimal (SPM) 2010-2015 yaitu sebesar 90 persen. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan paling tinggi adalah Kabupaten Kapuas Hulu (100%) dan diikuti oleh kota Pontianak (91,5%), sedangkan SPM paling rendah adalah Kabupaten Sintang (52,8%).

2.11.5.2.7 Kunjungan Bayi

Berdasarkan Permenkes No.741/MENKES/PER/VII/2008 tentang standar pelayanan kesehatan bidang kesehatan, ditetapkan target cakupan kunjungan bayi pada tahun 2010 sebesar 90 persen. Berdasarkan hasil rekapitulasi data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011, ada 4 (empat) kabupaten di Kalimantan Barat yang cakupan kunjungan bayinya mencapai 100 persen yaitu Kabupaten Sambas, Sintang, Kapuas Hulu dan Kabupaten Kubu Raya. Sedangkan cakupan kunjungan bayi terendah adalah Kabupaten Kayong Utara, yaitu sebesar 64 persen.

2.11.5.2.8 Pelayanan KB

Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) berdasarkan data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011 sebesar 843.183 dengan jumlah peserta KB aktif sebesar 546.473 (64,8%) dan peserta KB baru sebesar 108.172 (12,8%). Penggunaan KB suntik sebagai alat untuk menunda kehamilan paling banyak dipilih oleh PUS yaitu sebesar 50,3 persen, kemudian diikuti oleh KB pil sebanyak 38,9%. Sedangkan penggunaan kontrasepsi yang paling sedikit diminati oleh PUS untuk menunda kehamilan adalah MOW (1,3%) dan MOP (0,3%).

2.11.5.2.9 Pelayanan Imunisasi

Cakupan UCI Provinsi Kalimantan Barat tahun 2010 sebesar 59,8% dan pada tahun 2011 meningkat menjadi 71,9%. Pelayanan imunisasi bayi mencakup vaksinasi BCG, DPT, Polio, Hepatitis B dan campak yang dilakukan melalui pelayanan rutin Posyandu dan fasilitas pelayanan kesehatan dasar lainnya. Cakupan imunisasi DPT+HB1 maupun campak dalam empat tahun terakhir cenderung stabil, yaitu berkisar antara 91-93% untuk DPT+HB1 dan 84-88% untuk polio.

2.11.5.2.10 Pemberian Kapsul Vit A

Berdasarkan hasil pengolahan data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011 menunjukkan bahwa pencapaian cakupan pemberian kapsul vitamin A dua kali pada balita sebesar 72,04%.

2.11.5.2.11 Pemberian Tablet Besi

Cakupan pemberian tablet Fe₃ pada ibu hamil selama empat tahun terakhir di Kalimantan Barat cenderung mengalami peningkatan. Tahun 2011 cakupan pemberian tablet fe₃ sebesar 84,32%

2.11.5.2.12 Sumber Daya Kesehatan

Gambaran sumber daya kesehatan, sarana kesehatan dan tenaga kesehatan terlihat sebagai berikut :

2.11.5.12.1 Sarana Kesehatan

2.11.5.2.1.1 Tenaga Kesehatan

Jumlah tenaga kesehatan di seluruh kabupaten/kota provinsi Kalimantan Barat tahun 2011 adalah 11.902 orang dengan ratio tenaga kesehatan untuk masyarakat per 100.000 orang penduduk adalah 376 orang tenaga kesehatan atau 1 orang tenaga kesehatan melayani 266 penduduk.

2.11.5.2.1.2 Sarana Pelayanan Kesehatan

Tahun 2011 jumlah pelayanan kesehatan masyarakat di provinsi Kalimantan Barat terdiri dari 236 puskesmas yang terdiri dari 98 puskesmas perawatan dan 138 puskesmas non perawatan. Ratio puskesmas terhadap 100.000 penduduk adalah 5,27.

2.11.5.2.1.3 Pembiayaan Kesehatan

Berdasarkan hasil rekapitulasi data profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2011, total jumlah anggaran pembangunan kesehatan seluruh kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat (tidak termasuk anggaran kesehatan provinsi) yang bersumber dari APBN, PHLN dan APBD serta sumber pemerintah lain sebesar Rp 949.733.872.384,- sehingga dengan jumlah penduduk sebesar 4.477.348 juta jiwa, maka anggaran kesehatan perkapita penduduk Kalimantan Barat sebesar Rp 212.119,74,-. APBD kesehatan provinsi Kalimantan Barat adalah Rp 439.490.221.356,- dan total anggaran APBD provinsi Kalimantan Barat sebesar Rp 2.178.709.051.349,-. Berdasarkan angka tersebut maka persentase anggaran APBD kesehatan adalah 11,51%.

BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Sesuai dengan tujuan dari Riskesdas2013 yaitu memberikan informasi terkini keadaan kesehatan masyarakat dan juga memperhatikan perubahan yang terjadi dari 2007 untuk beberapa indikator, seperti status gizi, beberapa penyakit menular dan penyakit tidak menular, cakupan pelayanan kesehatan, serta kondisi lingkungan. Seluruh pembahasan disajikan menurut provinsi dan karakteristik penduduk. Untuk masing-masing bahasan mencantumkan jumlah sampel yang teranalisis baik untuk RT dan anggota RT.

Penyajian berupa hasil analisis deskriptif yang dipresentasikan dalam bentuk prevalensi, proporsi, insiden, atau *prevalensi* berdasarkan definisi penyakit terkait, misalnya: 1) prevalensi gizi kurang pada balita adalah persentase jumlah balita yang berat badan menurut umurnya lebih kecil dari -2 SD standar WHO 2005 dari jumlah balita yang diukur; 2) insiden diare adalah kejadian diare dalam kurun waktu 2 minggu terakhir berdasarkan gejala atau diagnosis tenaga kesehatan; 3) *prevalensi* pneumonia adalah kejadian pneumonia dalam kurun waktu 1 bulan terakhir berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan. Beberapa prevalensi ditentukan berdasarkan hasil wawancara pernah didiagnosis tenaga kesehatan, atau minum obat, atau dari hasil pemeriksaan laboratorium.

Hasil pemeriksaan spesimen darah dan urinterbatas pada sampel yang dapat menggambarkan status kesehatan nasional dari penduduk perkotaan dan perdesaan. Analisis dilakukan untuk mengetahui proporsi anemia, diabetes mellitus, malaria, parameter kimia klinis untuk umur satu tahun keatas, sedangkan status iodium pada anak umur 6-12 tahun dan wanita usia subur 15-49 tahun. Data biomedis merupakan konfirmasi objektif untuk beberapa indikator status kesehatan, seperti malaria, anemia, diabetes mellitus, dan kecukupan konsumsi iodium.

Tidak seluruh tabel hasil analisis disajikan dalam laporan ini. Fokus laporan pada buku ini lebih banyak pada hasil analisis kecenderungan untuk beberapa indikator yang dikumpulkan tahun 2007, 2010, dan 2013. Secara rinci laporan Riskesdas yang memuat tabel dipisahkan dan dirangkum dalam buku kedua "Riskesdas 2013 dalam Angka".

3.1. Akses dan Pelayanan Kesehatan

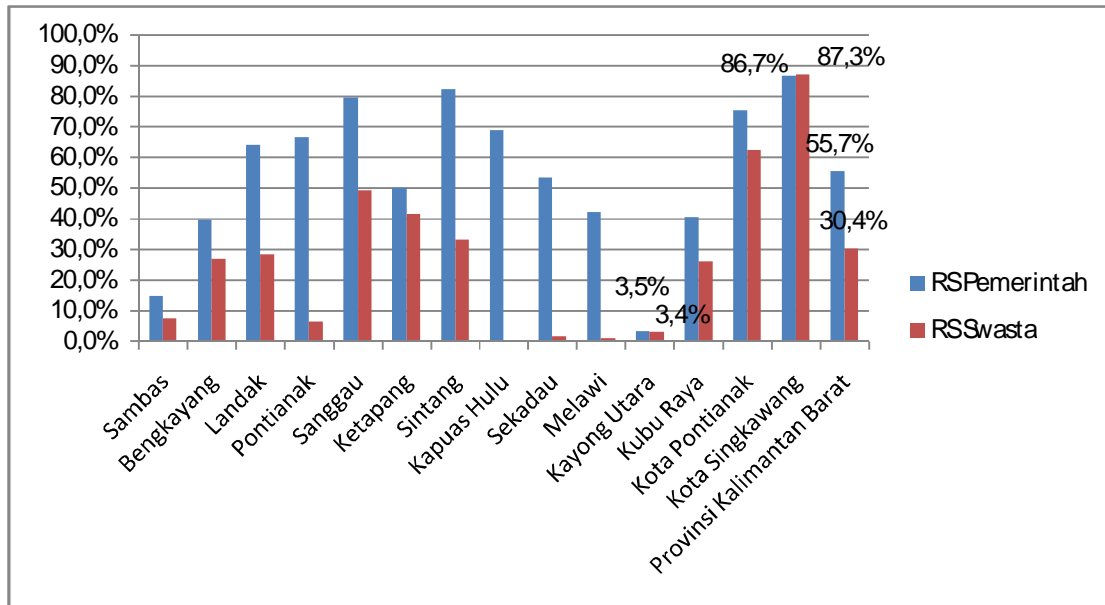
Pengetahuan RT di Kalimantan Barat tentang keberadaan fasilitas kesehatan (faskes) yang terdiri dari rumah sakit pemerintah dan swasta, puskesmas atau puskesmas pembantu, praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah bersalin, posyandu, poskesdes atau poskestren, dan polindes, terkait erat dengan akses RT terhadap faskes. Di Kalimantan Barat, sampel RT yang diwawancarai dan dianalisis sebanyak 29.050 RT. Data yang ditampilkan berupa persentase RT dengan pengetahuan tentang keberadaan faskes tertentu.

3.1.1. Keberadaan pelayanan kesehatan

Pengetahuan RT tentang keberadaan fasilitas kesehatan (faskes) yang terdiri dari rumah sakit pemerintah dan swasta, puskesmas atau puskesmas pembantu, praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah bersalin, posyandu, poskesdes atau poskestren, dan polindes, terkait erat dengan akses RT terhadap faskes. Sampel RT di Kalimantan Barat yang diwawancarai dan dianalisis sebanyak 29.050 RT. Data yang ditampilkan berupa persentase RT dengan pengetahuan tentang keberadaan faskes tertentu.

Keberadaan fasilitas kesehatan di provinsi Kalimantan Barat pada hasil ini diuraikan tentang pengetahuan RT pada rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, bidan praktek dan posyandu. Data secara lengkap tentang fasilitas kesehatan ini secara nasional dan berdasarkan

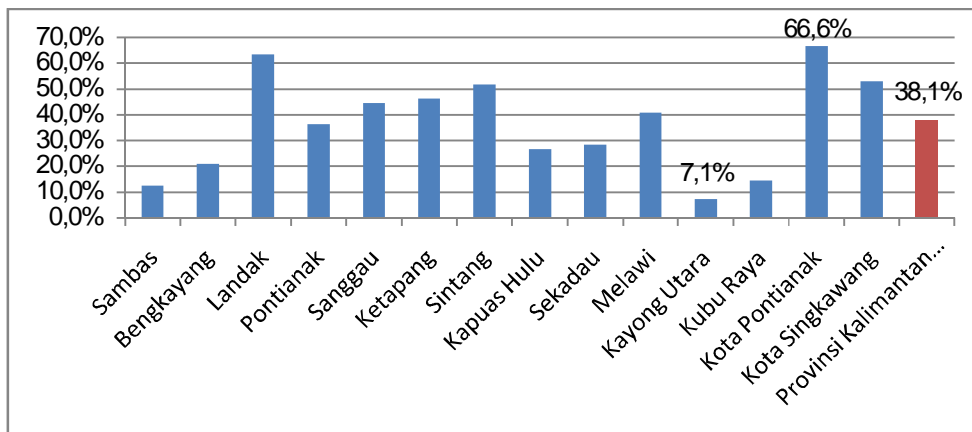
karakteristik yang diuraikan tentang tempat tinggal dan kuintil indeks kepemilikan dapat dilihat pada buku Riskesdas 2013 dalam angka.



Gambar 3.1.1

Proporsi RT yang mengetahui keberadaan rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013.

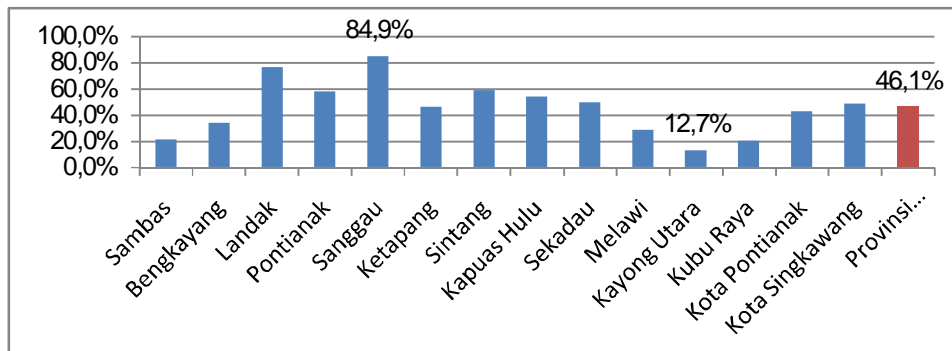
Gambar 3.1.1 menunjukkan di Kalimantan Barat 55,7 persen RT mengetahui keberadaan rumah sakit pemerintah, sedangkan rumah sakit swasta diketahui oleh 30,4 persen RT. RT yang mengetahui keberadaan rumah sakit pemerintah tertinggi di Kota Singkawang (86,7%) sedangkan terendah di Kayong Utara (3,5%).



Gambar 3.1.2

Proporsi RT yang mengetahui keberadaan bidan praktek atau rumah bersalin menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Pada gambar 3.1.2 menunjukkan pengetahuan RT tentang keberadaan praktek bidan atau rumah bersalin secara nasional angkanya 66,3 persen, namun jika dilihat di Propinsi Kalimantan barat rata-rata 39,1 persen, dengan persentase tertinggi di kota Pontianak (66,6%) dan terendah di Kabupaten Kayong Utara (7,1%).



Gambar 3.1.3

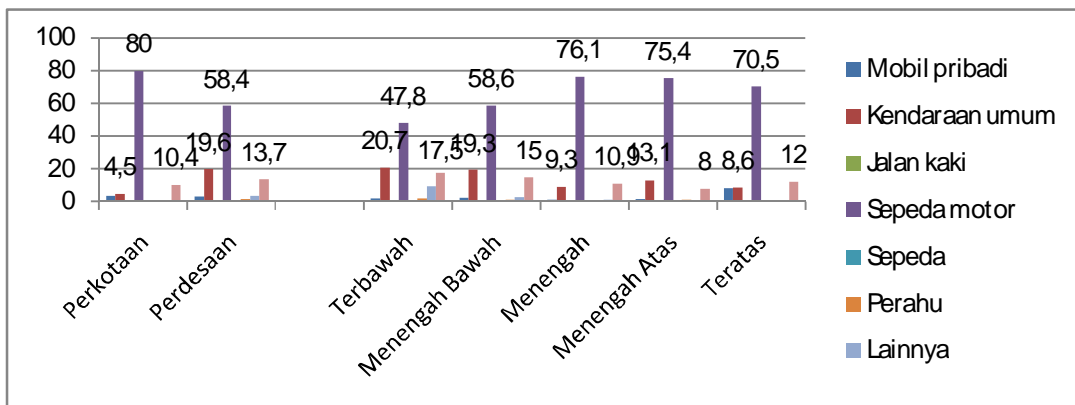
Proporsi RT yang mengetahui keberadaan posyandu menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Pengetahuan rumah tentang keberadaan posyandu secara nasional angkanya 65,2 persen. Jika dilihat di Propinsi Kalimantan Barat rata-rata 46,1 persen, maka tertinggi di kabupaten Sanggau(84,9%) dan terendah di kabupaten Kayong Utara (12,7%).

3.1.2. Keterjangkauan fasilitas kesehatan

Keterjangkauan faskes dalam Riskesdas 2013 ini dilihat dari aspek moda transportasi yang digunakan, waktu tempuh (dalam satuan menit), dan biaya transportasi menuju faskes. Moda transportasi yang digunakan menuju faskes dapat berupa mobil pribadi, kendaraan umum, jalan kaki, sepeda motor, sepeda, perahu, transportasi udara (kecuali ke posyandu, poskesdes, dan polindes) dan yang menggunakan lebih dari satu moda transportasi.

Waktu tempuh RT menuju faskes dihitung dalam satuan menit dan dibagi menjadi 4 kategori, yaitu ≤ 15 menit; 16 – 30 menit; 31-60 menit; dan > 60 menit. Biaya transportasi menuju faskes dikelompokkan dalam 3 kategori untuk pengobatan modern (rumah saki pemerintah, rumah sakit swasta, puskesmas, praktek dokter atau klinik dan praktek bidan atau rumah bersalin, yaitu \leq Rp.10.000; $>$ Rp.10.000 – 50.000 dan $>$ Rp.50.000,- dan 2 kategori untuk Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yaitu di posyandu, poskesdes atau poskestren dan polindes yaitu \leq Rp.10.000 dan $>$ Rp.10.000.

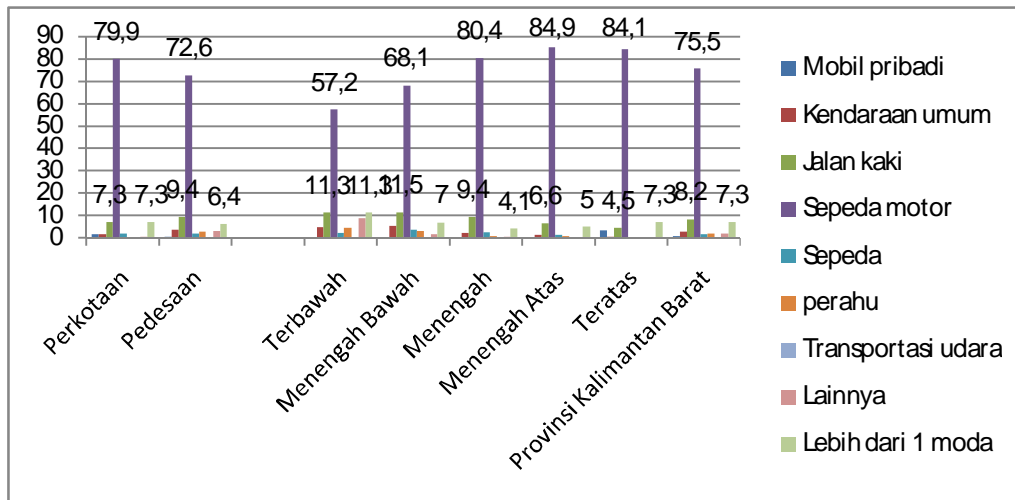


Gambar 3.1.4

Proporsi moda transportasi ke rumah sakit pemerintah berdasarkan karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Proporsi pengetahuan RT di Provinsi Kalimantan Barat, yang menggunakan berbagai moda transportasi sepeda motor menuju rumah sakit pemerintah berdasarkan tempat tinggal di

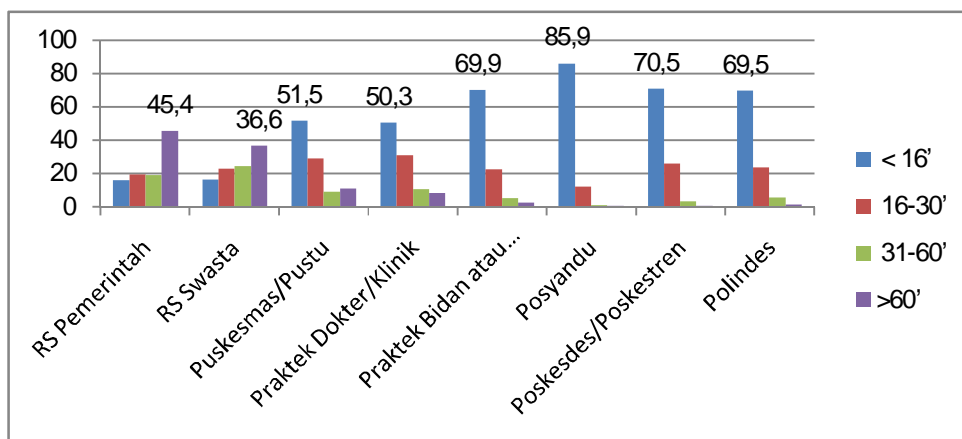
perkotaan 80,0 persen dan perdesaan 58,4 persen. Untuk penggunaan kendaraan umum di perkotaan 4,5 persen dan perdesaan 19,6 persen. Sedangkan yang menggunakan lebih dari satu moda transportasi di perkotaan 10,4 persen sedangkan di perdesaan 13,7 persen. Data dapat dilihat pada buku Riskesdas 2013 dalam angka.



Gambar 3.1.5
Proporsi moda transportasi ke Puskesmas berdasarkan karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

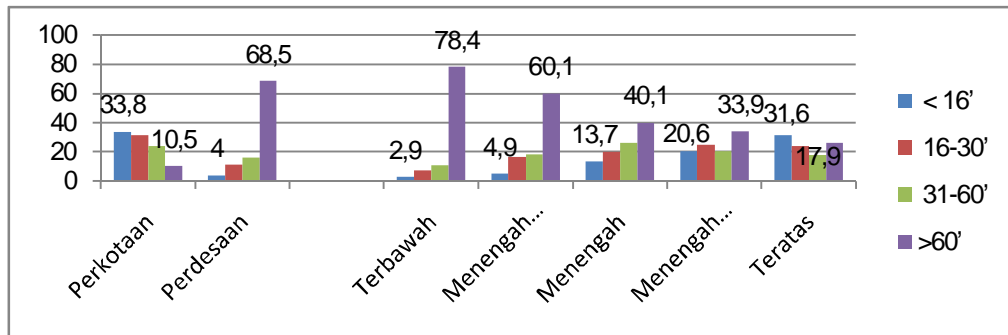
Proporsi pengetahuan RT menuju puskesmas yang dapat menggunakan kendaraan umum di perkotaan 1,7 persen dan perdesaan 3,5 persen. Sedangkan yang menggunakan lebih dari satu moda transportasi di perkotaan 7,3 persen dan perdesaan 6,4 persen. RT yang menggunakan sepeda motor di perkotaan 79,9persen dan perdesaan 72,6persen, sedangkan yang jalan kaki di perkotaan 7,3 persen dan perdesaan 9,4 persen.

Menurut kuintil indeks kepemilikan bahwa moda transportasi menuju puskesmas yang paling banyak digunakan yaitu sepeda motor dengan persentase tertinggi pada rumahtangga menengah atas (84,9%) dan terendah rumahtangga terbawah(11,3 %). Sedangkan pada moda transportasi dengan jalan kakiteringgi pada RT menengah bawah(11,5%) dan terendah padaRT teratas (4,5%). Data dapat dilihat pada buku Riskesdas 2013 dalam angka.



Gambar 3.1.6
Waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan terdekat menurut pengetahuan RT di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Waktu tempuh RT menuju fasilitas kesehatan di rumah sakit pemerintah tertinggi pada >60 menit (45,4%) dan terendah < 16 menit (15,9%). Pola ini hampir sama dengan waktu tempuh menuju rumah sakit swasta dimana tertinggi pada >60 menit (36,6%) dan terendah < 16 menit (16,6%). Sedangkan pada fasilitas kesehatan di puskesmas atau pustu, praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah bersalin, poskesdes atau poskestren, polindes dan posyandu terbanyak pada waktu tempuh <16 menit. Data dapat dilihat pada buku Riskesdas 2013 dalam angka.

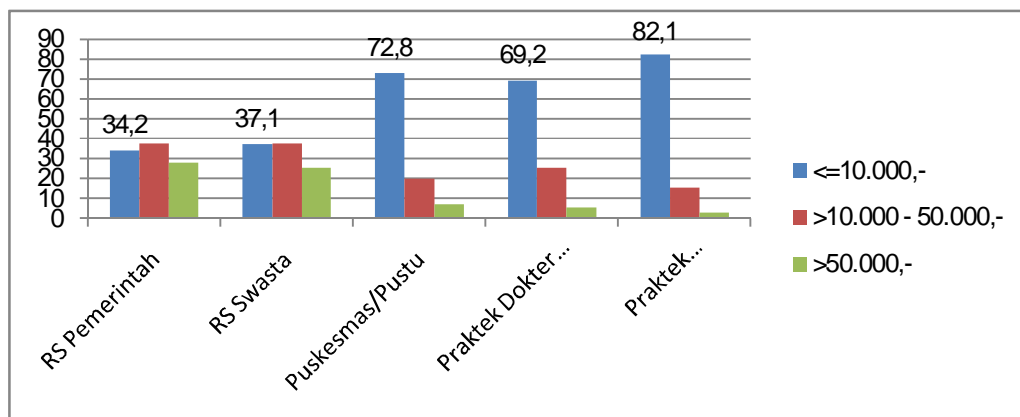


Gambar 3.1.7

Waktu tempuh menuju rumah sakit pemerintah berdasarkan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Pengetahuan tentang waktu tempuh RT menuju rumah sakit pemerintah menurut tempat tinggal dengan waktu > 60 menit, tertinggi di perdesaan (68,5%) sementara perkotaan 10,5 persen. Dengan waktu 16-30 menit di perkotaan 31,5 persen dan perdesaan 11,5 persen. Sedangkan dengan waktu tempuh < 16 menit di perkotaan 33,8 persen dan perdesaan 4,0 persen.

Sedangkan menurut kuintil indeks kepemilikan, dengan waktu tempuh 16-30 menit, tertinggi pada RT menengah atas (25,1%) dan terendah pada RT terbawah (7,7%). Dengan waktu tempuh > 60 menit, tertinggi pada RT terbawah (78,4%) dan terendah pada RT teratas (26,4%). Data dapat dilihat pada buku Riskesdas 2013 dalam angka.

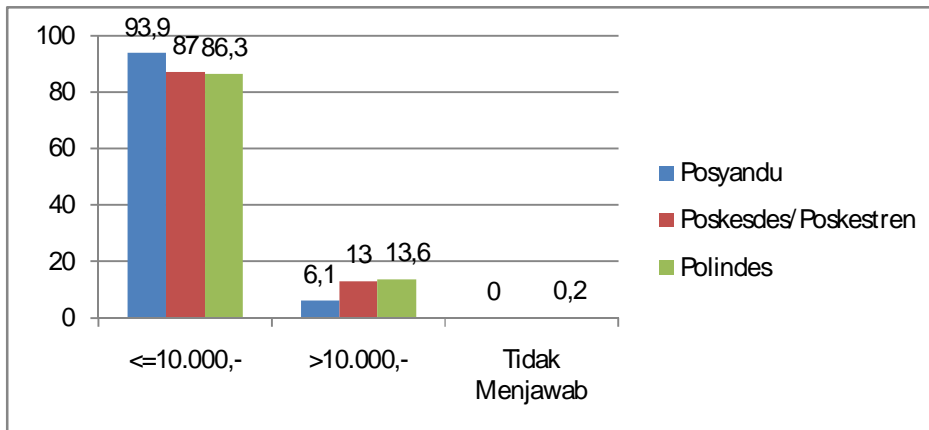


Gambar 3.1.8

Biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan terdekat di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, puskesmas atau puskesmas pembantu, praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah

bersalin dengan 3 kategori yaitu \leq Rp.10.000,-; $>$ Rp.10.000 – Rp.50.000 dan $>$ Rp.50.000,-. Biaya transportasi masih didominasi pada \leq Rp.10.000,- di rumah sakit pemerintah (34,2 %), rumah sakit swasta (37,1 %), puskesmas atau puskesmas pembantu (72,8 %), dokter praktek atau klinik (69,2 %) dan praktek bidan atau rumah bersalin (82,1 %). Data dapat dilihat pada buku Riskesdas 2013 dalam angka.



Gambar 3.1.9
Biaya transportasi menuju UKBM terdekat di Provinsi Kalimantan Barat,
Riskesdas 2013

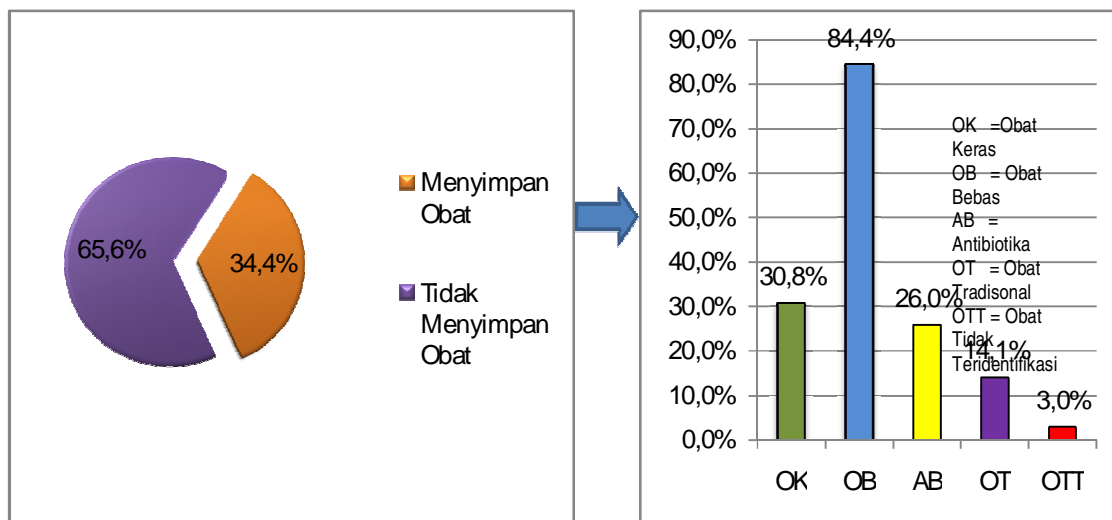
Biaya transportasi menuju Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat seperti Poskesdes atau poskestren, polindes dan posyandu dibuat dalam 2 kategori yaitu yaitu \leq Rp.10.000,- dan $>$ Rp.10.000,-. Pada biaya transportasi ini masih banyak yang \leq Rp.10.000,- yaitu di posyandu (93,9%), poskesdes/poskestren (87,0%) dan polindes (86,3%). Data dapat dilihat pada buku Riskesdas 2013 dalam angka.

3.2.Farmasi dan Pelayanan Kesehatan Tradisional

Bahasan Farmasi dan Pelayanan Kesehatan Tradisional (Yankestrad) bertujuan mengetahui proporsi RT (RT) yang menyimpan obat untuk pengobatan sendiri (swamedikasi), proporsi RT yang memiliki pengetahuan benar tentang Obat Generik (OG) dan sumber informasi tentang OG. Pertanyaan Yankestrad mencakup jenis dan alasan memanfaatkan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun terakhir. Sampel yang dianalisis sejumlah 294.969 RT, dikelompokkan menjadi tiga: 1) Obat dan Obat Tradisional (OT); 2) Pengetahuan RT tentang obat generik (OG), dan 3) Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional (Yankestrad). Farmasi dan Yankestrad merupakan bahasan baru yang dikumpulkan informasinya pada Riskesdas 2013.

3.2.1.Obat dan Obat Tradisional (OT) di RT

Gambar 3.2.1 menunjukkan bahwa dari 35,2 persen RT yang menyimpan obat untuk swamedikasi, terdapat obat keras, obat bebas, antibiotika, obat tradisional dan obat-obat yang tidak teridentifikasi.



Gambar 3.2.1
Proporsi RT yang menyimpan obat dan jenis obat yang disimpan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Secara proporsi RT di Provinsi Kalimantan Barat yang menyimpan obat keras 87,8 persen dan antibiotika 90,1 persen. Adanya obat keras dan antibiotika untuk swamedikasi menunjukkan penggunaan obat yang tidak rasional. Table 3.2.1.1 variasi RT yang menyimpan obat untuk keperluan swamedikasi, dengan proporsi tertinggi RT di ketapang (94,7%) dan terendah di Kubu Raya (73,8 %). Rerata sediaan obat yang disimpan hampir 3 macam, tertinggi di Kota Singkawang (3,30) dan terendah di Kapuas Hulu (3.2.1).

Tabel 3.2.1
Proporsi RT yang menyimpan obat, dan rerata jumlah obat yang disimpan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Menyimpan Obat	
	Ya*	Rerata Jumlah Items Obat
Sambas	45,8	2,47
Bengkayang	46,2	1,94
Landak	22,4	2,29
Pontianak	50,0	3,02
Sanggau	39,6	2,87
Ketapang	33,9	2,92
Sintang	34,0	2,41
Kapuas Hulu	30,2	3,12
Sekadau	35,7	3,14
Melawi	20,9	2,34
Kayong Utara	12,2	3,21
Kubu Raya	16,5	2,44
Kota Pontianak	35,2	2,05
Kota Singkawang	55,8	3,30
Provinsi Kalimantan Barat	34,4	2,62

Berdasarkan karakteristik, hampir tidak ada perbedaan dalam hal jenis obat yang disimpan di RT (Tabel 3.2.2).

Tabel. 3.2.2
Proporsi RT berdasarkan jenis obat dan OT yang disimpan menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Obat Keras	Obat Bebas	Antibiotika	Obat Tradisional	Obat Tidak Teridentifikasi
Tempat Tinggal					
Perkotaan	30,5	84,3	27,6	14,5	2,4
Perdesaan	31,0	84,5	25,2	13,9	3,4
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	20,8	85,9	19,4	14,7	1,4
Menengah bawah	30,3	83,2	25,1	13,6	3,0
Menengah	29,6	82,5	25,1	12,9	3,5
Menengah atas	36,5	81,3	28,7	15,2	4,6
Teratas	33,6	89,6	29,4	14,4	2,2

Dari 34,4 persen RT yang menyimpan obat, 87,8 persen RT menyimpan obat keras yang diperoleh tanpa resep dokter (Tabel 3.2.3). Variasi antar kabupaten di Kalimantan Barat, proporsi tertinggi diketapang (93,7%) dan terendah di Kayong Utara (73,8%). Demikian halnya dengan antibiotika, sembilan puluh satu persen RT menyimpan antibiotika tanpa resep, dengan proporsi tertinggi di Sintang (97,6%) dan terendah di Kubu Raya (78,3%). Proporsi RT yang menyimpan antibiotika dan obat keras ini cukup tinggi..

Tabel 3.2.4 menunjukkan apotek dan toko obat/warung merupakan sumber utama mendapatkan obat RT dengan proporsi masing-masing 54,9 persen dan 91,5 persen. Di Kalimantan Barat berdasarkan tempat tinggal, proporsi RT yang memperoleh obat di apotek lebih tinggi di perkotaan, sebaliknya proporsi RT yang memperoleh obat di toko obat/warung lebih tinggi di perdesaan. Namun, 35,5 persen RT memperoleh obat langsung dari tenaga kesehatan (nakes), proporsi tertinggi di perdesaan (18,2 %). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, cenderung semakin rendah memperoleh obat dari sumber nakes. Proporsi RT yang mendapatkan obat dari pelayanan kesehatan formal (puskesmas, rumah sakit, klinik) berbeda antara perkotaan (19,8 %) dan perdesaan (32,5 %).

Tabel 3.2.5 menunjukkan status obat yang ada di RT untuk tujuan swamedikasi. Status obat dikelompokkan menurut obat yang 'sedang digunakan', obat 'untuk persediaan' jika sakit, dan 'obat sisa'. Obat sisa dalam hal ini adalah obat sisa resep dokter atau obat sisa dari penggunaan sebelumnya yang tidak dihabiskan. Secara nasional 47,0 persen RT menyimpan obat sisa, sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan proporsi RT yang menyimpan obat untuk persediaan (52,8 %). Proporsi RT yang menyimpan obat sisa juga lebih tinggi di perdesaan (52,8 %) dibanding di perkotaan (47,2 %) dan kuintil indeks kepemilikan terendah.

Tabel. 3.2.3
 Persentase RT yang menyimpan obat keras dan antibiotika tanpa resep menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Menyimpan Tanpa Resep	
	Obat Keras	Antibiotika
Sambas	87,2	85,8
Bengkayang	92,9	93,8
Landak	88,4	85,4
Pontianak	77,0	84,6
Sanggau	93,7	96,6
Ketapang	94,7	97,6
Sintang	92,2	89,3
Kapuas Hulu	87,5	93,0
Sekadau	87,8	88,2
Melawi	83,1	82,2
Kayong Utara	73,8	78,3
Kubu Raya	81,0	90,3
Kota Pontianak	85,2	88,9
Kota Singkawang	84,1	90,9
Provinsi Kalimantan Barat	87,8	90,2

Tabel. 3.2.4
 Proporsi RT berdasarkan sumber mendapatkan obat dan OT menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Apotek	Toko obat/ warung	Yankes formal	Nakes	Lain-lain*
Tempat Tinggal					
Perkotaan	44,6	36,4	17,3	19,8	3,1
Perdesaan	10,3	55,1	18,2	32,5	2,6
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	6,6	66,6	14,7	23,6	2,4
Menengah bawah	7,9	55,1	22,9	29,1	1,7
Menengah	20,6	44,1	22,4	27,9	2,5
Menengah atas	30,6	44,6	16,0	28,6	3,5
Teratas	38,0	40,0	12,4	30,0	3,4

*Yankestrad dan Penjual OT Keliling

Tabel. 3.2.5
Proporsi RT berdasarkan status obat dan OT yang disimpan menurut karakteristik
di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Status Obat di RT		
	sedang digunakan	obat sisa	untuk persediaan
Tempat Tinggal			
Perkotaan	29,9	47,2	42,5
Perdesaan	26,4	52,8	37,0
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	26,9	48,7	37,7
Menengah bawah	24,1	56,1	36,3
Menengah	29,0	50,4	37,7
Menengah atas	26,5	53,1	38,9
Teratas	30,8	46,4	43,2

3.2.2. Pengetahuan RT tentang Obat Generik (OG)

Bahasan ini menyajikan informasi proporsi RT yang mengetahui atau pernah mendengar dan 'berpengetahuan benar', serta persepsi mengenai OG. Definisi RT 'berpengetahuan benar' tentang OG adalah RT mengetahui bahwa obat generik merupakan obat yang khasiatnya sama dengan obat bermerek dan tanpa menggunakan merek dagang. Selain itu pada sub-blok ini juga disajikan proporsi RT berdasarkan sumber informasi OG.

Tabel 3.2.6 menunjukkan bahwa di Kalimantan Barat 23,1 persen RT yang mengetahui atau pernah mendengar mengenai OG dan lebih rendah dari data nasional 31,9 persen rumah. Dari jumlah tersebut, sebagian besar (87,2 %) tidak memiliki pengetahuan yang benar tentang OG. Tabel 3.2.7 menunjukkan pengetahuan benar tentang OG di RT perkotaan (42,0 %) lebih tinggi di perdesaan (15,2 %). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi proporsi RT dengan pengetahuan benar tentang OG.

.Tabel. 3.2.6

Proporsi RT yang mengetahui dan berpengetahuan benar tentang obat generik (OG) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Mengetahui tentang OG	Pengetahuan tentang OG	
		Benar*	Salah
Sambas	9,9	16,1	83,9
Bengkayang	17,4	5,3	94,7
Landak	41,5	12,1	87,9
Pontianak	20,7	12,6	87,4
Sanggau	10,0	6,7	93,3
Ketapang	21,8	22,9	77,1
Sintang	24,2	1,4	98,6
Kapuas Hulu	13,0	22,4	77,6
Sekadau	11,6	7,9	92,1
Melawi	22,2	11,1	88,9
Kayong Utara	5,1	2,4	97,6
Kubu Raya	20,7	18,6	81,4
Kota Pontianak	51,8	12,4	87,6
Kota Singkawang	32,4	9,3	90,7
Provinsi Kalimantan Barat	23,1	12,8	87,2

*) Berpengetahuan 'BENAR' tentang Obat Generik (OG) adalah jika RT menjawab 'YA' untuk pernyataan bahwa OG adalah 'Obat yang khasiatnya sama dengan obat bermerek' dan 'Obat tanpa merek dagang'

Tabel. 3.2.7

Proporsi RT yang mengetahui dan berpengetahuan benar tentang obat generik (OG) menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Mengetahui tentang OG	Pengetahuan tentang OG	
		Benar*	Salah
Tempat Tinggal			
Perkotaan	42,0	13,7	86,3
Perdesaan	15,2	11,8	88,2
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	5,6	7,7	92,3
Menengah bawah	10,8	14,3	85,7
Menengah	25,0	10,4	89,6
Menengah atas	33,5	10,7	89,3
Teratas	48,6	16,5	83,5

Tabel. 3.2.8
Proporsi RT berdasarkan Sumber Informasi tentang Obat Generik (OG)
Menurut Karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	RT yang mengetahui tentang OG dan menyatakan sumber informasi OG diperoleh dari:					
	Media cetak	Media elektronik	Tenaga kesehatan	Kader, toma	Teman, kerabat	Pendidikan
Tempat Tinggal						
Perkotaan	43,1	65,4	64,9	20,6	35,1	18,2
Perdesaan	29,9	58,0	70,0	17,9	27,4	9,7
Kuintil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	10,6	40,6	64,8	24,5	26,0	4,8
Menengah bawah	21,6	46,7	70,5	18,5	29,5	4,1
Menengah	31,4	59,2	66,3	16,3	24,1	9,8
Menengah atas	35,1	65,5	64,4	15,9	28,5	15,1
Teratas	50,6	69,0	69,5	23,3	40,2	21,0

Tabel 3.2.8 menunjukkan di Kalimantan Barat RT yang menyatakan sumber informasi OG di perkotaan terbanyak dari media elektronik (65,4 %) dan tenaga kesehatan (64,9%). Sedangkan di perdesaan melalui media elektronik (58,0 %) dan melalui tenaga kesehatan (70,0%). Hal ini menunjukkan bahwa promosi obat OG di masyarakat telah tersebar luas melalui Media elektronik baik di perkotaan maupun diperdesaan. Informasi oleh tenaga kesehatan ini, juga merata pada semua kuintil indeks kepemilikan (Tabel 3.2.9). Sumber informasi OG dari media elektronik lebih banyak di akses oleh RT dengan kuintil indeks kepemilikan yang lebih tinggi sama dengan informasi dari tenaga kesehatan. .

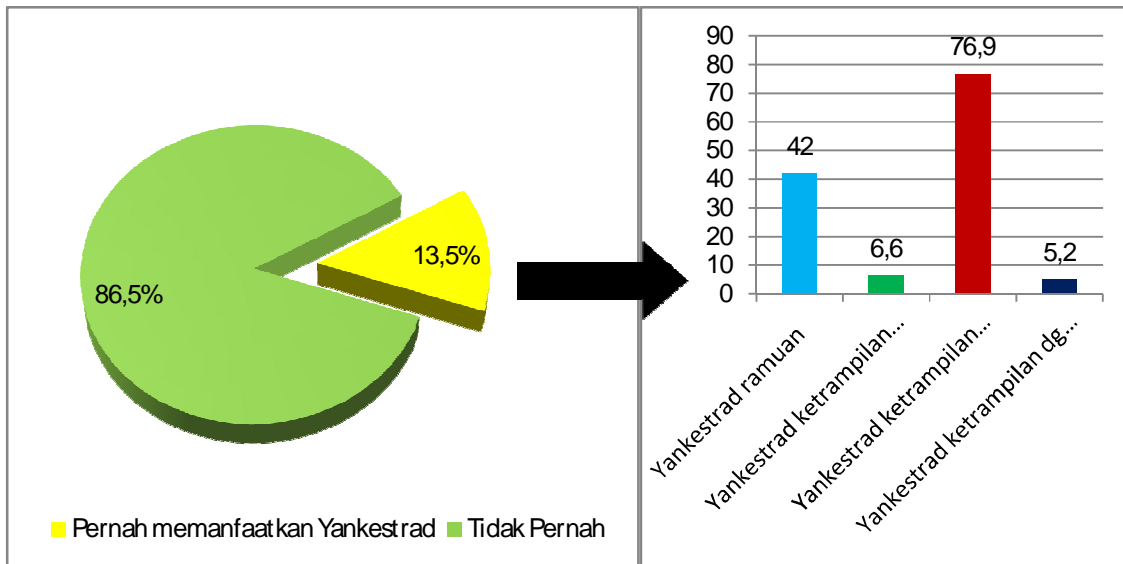
Tabel. 3.2.9
Proporsi RT berdasarkan status obat dan OT yang disimpan menurut kabupaten/kota di
Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Status Obat di RT		
	Sedang Digunakan	Untuk Persediaan	Obat Sisa
Sambas	35,5	17,3	65,3
Bengkayang	15,9	35,2	58,6
Landak	25,5	24,9	61,1
Pontianak	15,7	50,0	48,6
Sanggau	22,5	57,1	40,4
Ketapang	24,2	51,4	47,0
Sintang	25,8	27,7	60,8
Kapuas Hulu	46,9	23,2	46,8
Sekadau	15,6	68,6	39,6
Melawi	46,6	24,7	42,8
Kayong Utara	47,4	34,6	31,0
Kubu Raya	32,5	38,5	42,7
Kota Pontianak	31,6	43,7	39,7
Kota Singkawang	22,6	42,1	62,1
Provinsi Kalimantan Barat	27,6	38,9	50,9

Proporsi RT berdasarkan status Obat dan OT yang disimpan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat yang sedang digunakan sebanyak 27,6 persen terbanyak di kabupaten kapuas hulu (46,9 %) dan terendah di kabupaten sekadau (15,6 %). Status obat di RT untuk perediaan terbanyak di kabupaten Sanggau (57,1 %) dan obat sisa terbanyak di kabupaten Sambas (65,3%) (Tabel 3.2.9).

3.2.3. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional (Yankestrad)

Yankestrad terdiri dari 4 jenis, yaitu Yankestrad ramuan (pelayanan kesehatan yang menggunakan jamu, aromaterapi, gurah, homeopati dan spa), keterampilan dengan alat (akupunktur, chiropraksi, kop/bekam, apiterapi, ceragem, dan akupresur), keterampilan tanpa alat (pijat-urut, pijat-urut khusus ibu/bayi, pengobatan patah tulang, dan refleksi), dan keterampilan dengan pikiran (hipnoterapi, pengobatan dengan meditasi, prana, dan tenaga dalam). Gambar dan tabel pada bahasan berikut ini menyajikan informasi proporsi RT yang pernah memanfaatkan Yankestrad dalam satu tahun terakhir, jenis-jenis Yankestrad yang dimanfaatkan serta alasan utama memanfaatkannya.



Gambar 3.2.2.

Proporsi RT yang memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir dan jenis Yankestrad yang dimanfaatkan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Di Kalimantan Barat RT yang memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir. 86,5 persen tidak memanfaatkan Yankestrad dan 13,5 persen memanfaatkan Yankestrad, Yankestrad ketrampilan tanpa alat (76,9%) dan ramuan (42,0%) (Gambar 3.2.2). memanfaatkan Yankestrad. Jenis Yankestrad yang dimanfaatkan oleh RT terbanyak adalah dengan keterampilan tanpa alat.

Tabel 3.2.10 menunjukkan proporsi RT di Kalimantan Barat yang memanfaatkan Yankestrad tertinggi di Kota Pontianak (27,6 %) dan terendah di Kabupaten Kapuas Hulu (1,8 %). Proporsi RT yang memanfaatkan Yankestrad ramuan tertinggi di kabupaten Landak (71,0%) dan yang terendah di kabupaten Sekadau (14,3%). Proporsi RT yang memanfaatkan Yankestrad keterampilan dengan alat tertinggi di kabupaten Kota Pontianak (59,1 %) dan terendah di kabupaten Sekadau (14,3%).

Tabel. 3.2.10
Proporsi RT yang Pernah Memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun Terakhir dan Jenis Yankestrad yang Dimanfaatkan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Pernah memanfaatkan Yankestrad	Yankestrad ramuan	Yankestrad ketrampilan dengan alat	Yankestrad ketrampilan tanpa alat	Yankestrad ketrampilan dg pikiran
Sambas	18,4	28,5	5,3	82,3	3,0
Bengkayang	12,9	15,7	2,3	77,6	15,8
Landak	1,9	71,0	6,2	56,0	1,2
Pontianak	27,5	31,1	4,9	82,2	2,2
Sanggau	5,4	21,8	1,7	80,2	7,9
Ketapang	11,4	45,1	14,4	70,7	21,0
Sintang	6,8	16,0	5,3	78,7	10,5
Kapuas Hulu	1,8	36,3	3,0	63,3	
Sekadau	8,6	14,3	6,0	90,0	3,3
Melawi	2,5	34,4	8,4	67,1	
Kayong Utara	3,9	15,9		85,3	
Kubu Raya	20,4	54,2	5,2	78,1	3,3
Kota Pontianak	27,6	59,1	7,6	74,6	2,5
Kota Singkawang	16,3	52,3	8,8	59,4	
Provinsi Kalimantan Barat	13,5	42,0	6,5	76,9	5,2

Keterangan :Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Proporsi RT yang memanfaatkan Yankestrad keterampilan tanpa alat tertinggi di kabupaten Sekadau (90,0%) dan terendah di kabupaten Landak (56,0%). Proporsi RT yang memanfaatkan Yankestrad keterampilan dengan pikiran tertinggi di kabupaten Ketapang (21,0%) dan terendah di kabupaten Landak (1,2%).

Tabel 3.2.11, menunjukkan proporsi RT yang memanfaatkan Yankestrad keterampilan tanpa alat di perdesaan (76,9%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (76,9%). Sebaliknya, pemanfaatan Yankestrad keterampilan dengan alat di perkotaan jauh lebih tinggi dibandingkan perdesaan (8,3% vs 5,0%). Yankestrad ramuan dimanfaatkan RT di perkotaan (50,1 %) dan perdesaan (35,2%) dengan proporsi yang lebih rendah.

Tabel 3.2.11
Proporsi RT yang pernah memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir dan jenis Yankestrad yang dimanfaatkan menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Pernah memanfaatkan yankestrad	Ramuan	Jenis Yankestrad		
			Keterampilan		
			Dengan alat	Tanpa alat	Dengan pikiran
Tempat tinggal					
Perkotaan	20,8	50,1	8,3	76,9	2,5
Perdesaan	10,4	35,2	5,0	76,9	7,5
Kuintil indeks kepemilikan					
Terbawah	7,6	36,8	1,3	74,2	8,9
Menengah bawah	12,4	35,9	2,9	80,3	9,4
Menengah	16,3	50,2	4,7	79,3	3,7
Menengah atas	16,4	42,6	8,9	80,2	1,9
Teratas	15,7	39,4	13,4	68,1	4,5

Tabel 3.2.12 memperlihatkan alasan utama terbanyak pemanfaatan berbagai Yankestrad oleh RT. Yankestrad ramuan, keterampilan dengan alat, dan keterampilan tanpa alat sebagian besar dimanfaatkan RT dengan alasan utama 'menjaga kesehatan, kebugaran'. Proporsi RT dengan alasan utama 'coba-coba' cukup tinggi untuk Yankestrad keterampilan dengan alat (36,6%), perlu diwaspadai kemungkinan terjadinya dampak negatif dari penggunaan alat yang belum terstandarisasi. Alasan utama karena 'tradisi kepercayaan' terlihat dominan pada pemanfaatan Yankestrad keterampilan dengan pikiran (2,9%).

Tabel 3.2.12
Proporsi RT berdasarkan alasan utama terbanyak memanfaatkan Yankestrad di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Jenis Yankestrad	Alasan memanfaatkan Yankestrad					
	Menjaga kesehatan, Kebugaran	Tradisi, kepercayaan	Lebih manjur	Coba-coba	Putus asa	Biaya murah
Yankestrad ramuan	46,6	12,5	20,4	4,7	3,6	8,6
Keterampilan dengan alat	19,5	14,6	9,8	36,6	14,6	2,4
Keterampilan tanpa alat	47,3	16,1	20,8	3,9	2,4	6,1
Keterampilan dengan pikiran	0,0	76,5	5,9	2,9	8,8	5,9

3.3.Kesehatan Lingkungan

Topik kesehatan lingkungan pada Riskesdas 2013 bertujuan untuk mengevaluasi program yang sudah ada, menindaklanjuti upaya perbaikan yang akan dijalankan, dan mengidentifikasi faktor risiko lingkungan berbagai jenis penyakit dan gangguan kesehatan. Dengan diperolehnya data kesehatan lingkungan termutakhir, diharapkan dapat dijadikan sebagai dasar kebijakan dalam upaya pengendalian penyakit berbasis lingkungan. Pada Riskesdas 2013 disajikan data kesehatan lingkungan yang meliputi, air minum, sanitasi (jamban dan sampah), dan kesehatan perumahan. Data kesehatan perumahan meliputi jenis bahan bangunan, lokasi rumah dan kondisi ruang rumah, kepadatan hunian, jenis bahan bakar untuk memasak, dan penggunaan atau penyimpanan pestisida/insektisida dan pupuk kimia dalam rumah. Disamping itu disajikan data perilaku RT dalam menguras bak mandi berkaitan dengan risiko penyebaran penyakit tular vektor (DBD, malaria).

Sebagai unit analisis adalah RT. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner dan pengamatan langsung di lapangan. Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan menyajikan keadaan kesehatan lingkungan menurut provinsi, tempat tinggal dan kuintil indeks kepemilikan.

3.3.1.Air minum

Ruang lingkup air dalam laporan Riskesdas 2013 meliputi, jenis sumber air untuk keperluan RT dan minum. rerata pemakaian air per orang per hari, jarak sumber air minum terhadap penampungan tinja, jarak dan waktu tempuh ke sumber air minum, anggota RT yang mengambil air minum, kualitas fisik air minum, pengelolaan (pengolahan dan penyimpanan) air minum. Tabel secara lengkap disajikan pada Buku Riskesdas 2013 dalam Angka. Untuk akses terhadap sumber air minum digunakan kriteria JMP WHO - Unicef tahun 2006. Menurut kriteria tersebut, RT memiliki akses ke sumber air minum *improved* adalah RT dengan sumber air minum dari air ledeng/PDAM, sumur bor/pompa, sumur gali terlindung, mata air terlindung, penampungan air hujan, dan air kemasan (HANYA JIKA sumber air untuk keperluan RT lainnya *improved*).

Hasil menunjukkan bahwa jenis sumber air untuk seluruh kebutuhan RT di provinsi Kalimantan Barat pada umumnya adalah Air Ledeng/PDAM (34,0%), Air sungai/danau/irigasi (16,9%), dan

sumur gali terlindung(14,1%) (Riskesdas 2013 dalam Angka). Di perkotaan, lebih banyak RT yang menggunakan air dari air ledeng/PDAM (34,0%), sedangkan di perdesaan lebih banyak yang menggunakan air sungai/danau/irigasi (37,7%). (BukuRiskesdas 2013 dalam Angka).

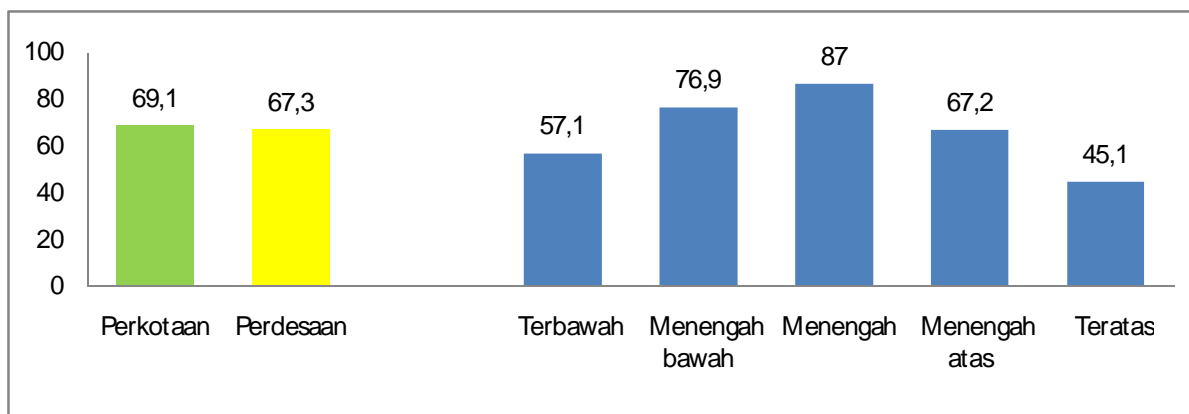
Pada RT yang menggunakan sumber air untuk seluruh keperluan RT selain air sungai/danau/irigasi, pemakaian air per orang per hari oleh RT di Kalimantan Barat, pada umumnya berjumlah antara 50 sampai 99,9 liter (37,6%), dan antara 100 sampai 300 liter (30,5%). Proporsi RT tertinggi untuk pemakaian air antara 100 liter sampai 300 liter per orang per hari paling tinggi adalah Kota Singkawang (81,2%), sedangkan proporsi terendah adalah Kabupaten Kapuas Hulu (2,0%). Masih terdapat RT dengan pemakaian air kurang dari 20 liter per orang per hari, bahkan kurang dari 7,5 liter per orang per hari terbanyak di kabupaten Kapuas Hulu (36,8 %) dan terendah di kabupaten Melawi (0,4 %) (Buku Riskesdas 2013 dalam Angka).

Menurut karakteristik, proporsi RT dengan pemakaian air kurang dari 20 liter per orang per hari di perdesaan lebih tinggi (5,1%) dibandingkan di perkotaan (2,2%), sebaliknya proporsi RT jumlah pemakaian air per orang per hari 20 liter atau lebih di perkotaan lebih tinggi (29,3%) dibandingkan dengan di perdesaan (20,6%). RT dengan kuintil indeks kepemilikan menengah sampai teratas cenderung menggunakan air lebih dari 100 liter per orang per hari, sedangkan RT dengan kuintil indeks kepemilikan menengah bawah dan terbawah kecenderungan pemakaian air kurang dari 20 liter per orang per hari (BukuRiskesdas 2013 dalam Angka).

Untuk jenis sumber air minum utama,proporsiRT tertinggi di propinsi Kalimantan Barat menggunakan penampungan air hujan (45,3%), air isi ulang/depot air minum (14,3), dan air sungai/danau/irigasi (8,4%)(BukuRiskesdas 2013 dalam Angka).

ProporsiRT yang memiliki akses terhadap sumberair minum *improved* di kalimantan Barat adalah sebesar 67,8 persen. Lima kabupaten/kota dengan proporsi tertinggi untuk RT yang memiliki akses terhadap air minum *improved* adalahKubu Raya (93,7%), Kota Sambas (92,9%), Kayong Utara (91,9%), Kota Pontianak (77,3%) dan Sintang (73,4%). Sedangkan lima kota/kabupaten di kalimantan barat terendah adalah Sekadau (27,0%), Sintang (33,7%), Melawi (42,6%), Bengkayang (49,6%), dan Ketapang (57,6%).

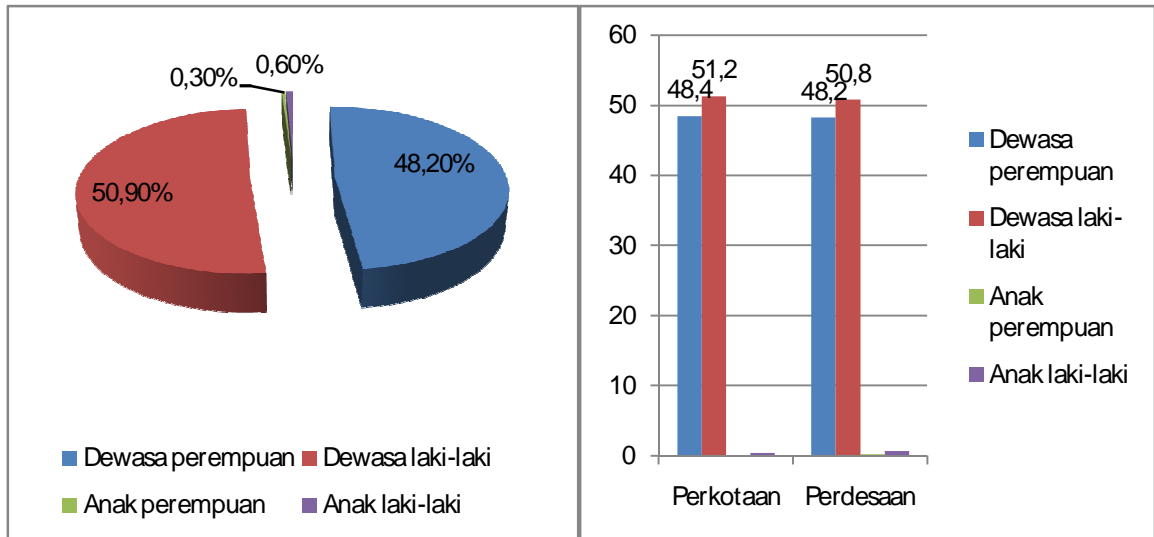
Berdasarkan karakteristik, proporsi RT yang memiliki akses terhadap sumber air minum *improved* di perdesaan (67,3%) lebih rendah dibandingkan di perkotaan (69,1%). Proporsi RT yang memiliki akses terhadap sumber air minum *improved* paling tinggi adalah RT dengan kuintil indeks kepemilikan menengah (87,0%) dan menengah bawah (76,9%) (Gambar 3.3.1).



Gambar 3.3.1

Proporsi RT yang memiliki akses terhadap sumber air minum *Improved* menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

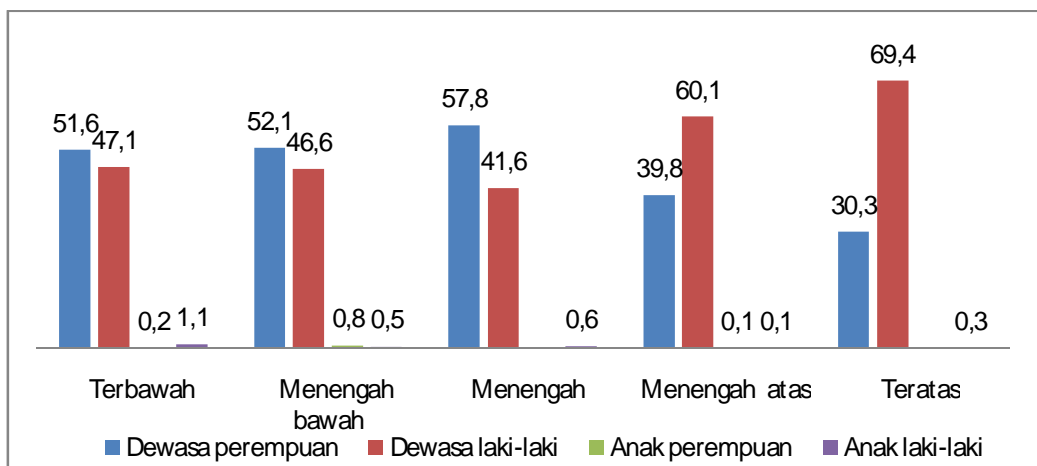
Gambar 3.3.2 menunjukkan situasi anggota RT menurut gender yang biasa mengambil air di Kalimantan Barat. Pada umumnya adalah laki-laki dewasa dan perempuan dewasa (masing-masing 50,9% dan 48,2%). Apabila dibandingkan, proporsi anggota RT laki-laki dewasa mengambil air (51,2%) di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (50,8%); sedangkan untuk perempuan dewasa di perdesaan (48,2%) lebih rendah dibandingkan di perkotaan (48,4%) (Gambar 3.3.2).



Gambar 3.3.2
Proporsi RT berdasarkan anggota RT yang biasa mengambil air di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Masih terdapat anak laki-laki (0,6 %) dan anak perempuan (0,3%) yang biasa mengambil air untuk kebutuhan minum RT. Proporsi RT dengan anak perempuan pengambil air minum di perdesaan (0,3 %) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (0,1 %)

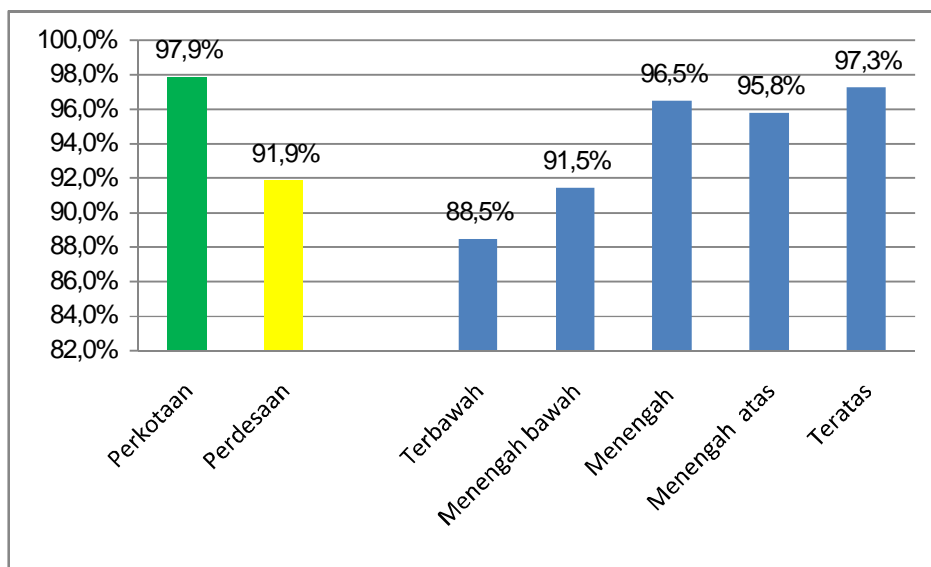
Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi juga proporsi RT dengan anggota RT laki-laki dewasa mengambil air; sebaliknya semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, semakin rendah proporsi RT dengan anggota RT perempuan dewasa mengambil air.



Gambar 3.3.3
Proporsi RT berdasarkan anggota RT yang biasa mengambil air menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes RI) No.492/Menkes/Per/IV/2010 tentang Kualitas air Minum disebutkan bahwa air minum harus memenuhi persyaratan kesehatan secara fisik, kimia, dan mikrobiologi. Dalam laporan ini air minum yang dikonsumsi dikategorikan baik apabila memenuhi persyaratan kualitas fisik; yaitu tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa, dan tidak berbau. Pada umumnya air minum RT di Kalimantan Barat (93,7%) termasuk dalam kategori baik (tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa, dan tidak berbau). Masih terdapat RT dengan kualitas air minum keruh (3,0%), berwarna (2,2%), berasa (2,9%), berbusa (0,4%), dan berbau (1,5%). Berdasarkan kabupaten/kota, proporsi RT tertinggi dengan air minum keruh adalah di Kayong Utara (11 %), berwarna juga di Sintang (7,1%), berasa adalah di Sintang (8,1%), berbusa di Sintang (2,1%) dan berbau adalah di Sintang (3,3%). (Buku Riskesdas 2013 dalam Angka).

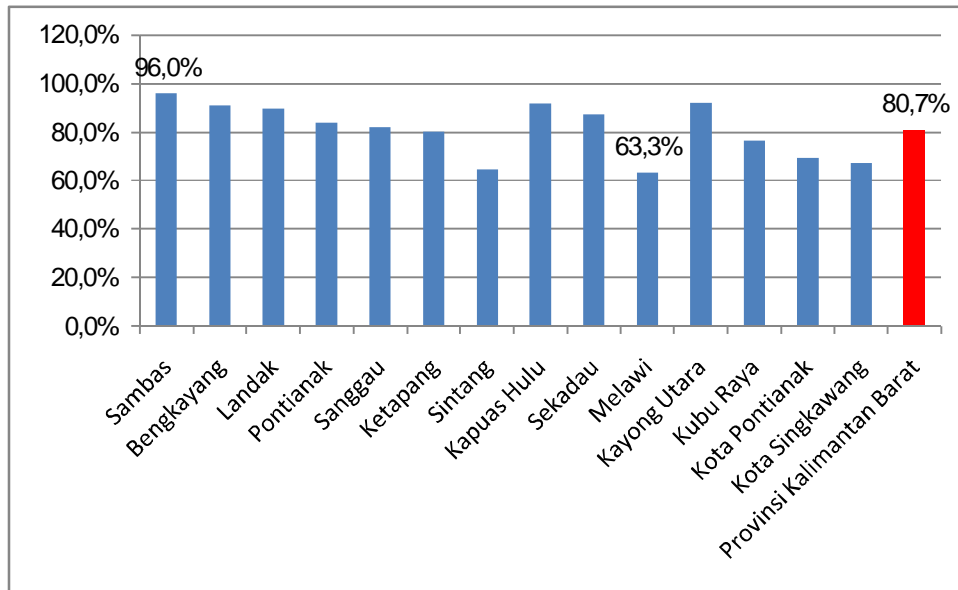
Menurut karakteristik, proporsi RT dengan kualitas air minum kategori baik (tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa, dan tidak berbau) di perkotaan (97,9%) lebih tinggi dibandingkan dengan di perdesaan (91,9%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, proporsi RT dengan kualitas air minum kategori baik cenderung meningkat (Gambar 3.3.5).



Gambar 3.3.4
Proporsi RT berdasarkan kualitas fisik air minum menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.3.5 memperlihatkan proporsi RT yang melakukan pengolahan air sebelum diminum menurut kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat. Proporsi RT yang mengolah air sebelum di minum di Kalimantan Barat sebesar 80,7 persen. Lima kabupaten/kota tertinggi dengan RT mengolah air sebelum diminum adalah Sambas (96,0%), Kayong Utara (92,0%), Kapuas Hulu (91,7%), Bengkayang (91,2%) dan Landak (89,6%), sedangkan lima kabupaten/kota terendah adalah Melawi (63,3%), Sintang (64,7%), Kota Singkawang (67,2%) dan Kota Pontianak (69,2%) (Buku Riskesdas 2013 dalam Angka).

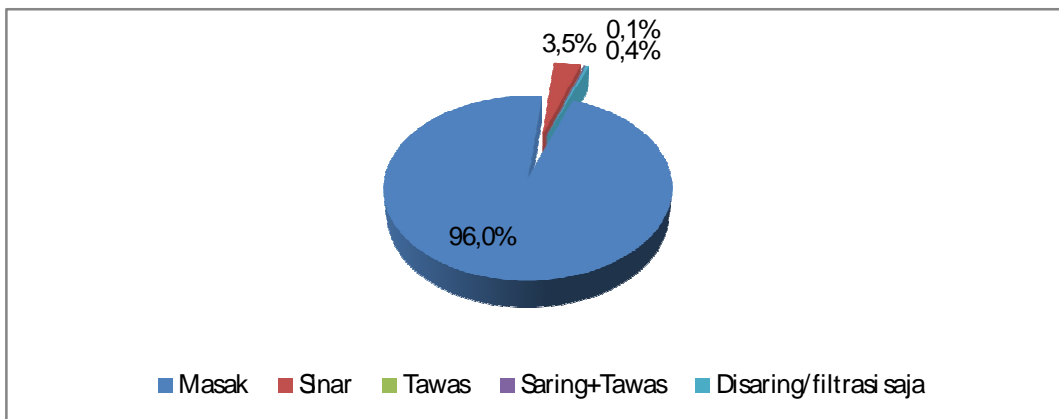
..



Gambar 3.3.5

Proporsi RT yang melakukan pengolahan air sebelum diminum menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Dari 80,7 persen RT yang melakukan pengolahan air sebelum diminum, 96 persen melakukan pengolahan dengan cara dimasak. Cara pengolahan lainnya adalah dengan dijemur di bawah sinar matahari/*solar disinfection* (3,5%), menambahkan larutan tawas (0,0%), disaring dan ditambah larutan tawas (0,1%) dan disaring saja (0,4%) (Gambar 3.3.6).



Gambar 3.3.6

Proporsi RT berdasarkan cara pengolahan air minum sebelum diminum di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Menurut karakteristik, proporsi RT yang melakukan pengolahan air sebelum diminum dengan cara pemanasan/dimasak, di perkotaan (95,3%) hampir sama dengan di perdesaan (96,3%). Tidak ada perbedaan proporsi diantara tingkat kuintil indeks kepemilikan dalam melakukan pengolahan air minum dengan cara dipanaskan atau dimasak (Buku Riskesdas 2013 dalam angka).

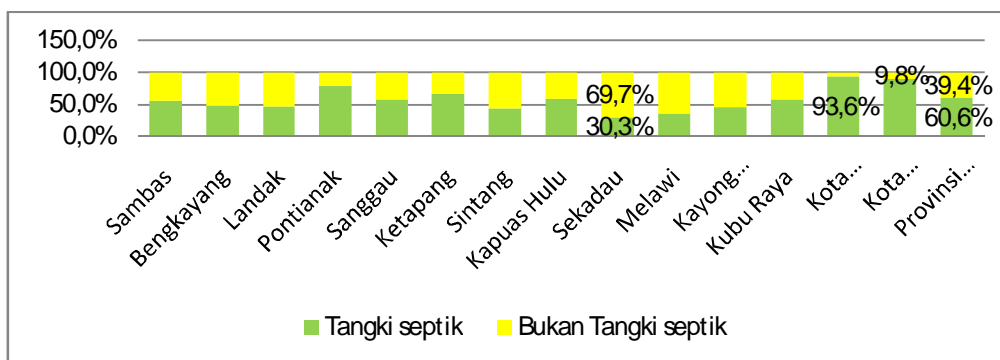
3.3.2.Sanitasi

Ruang lingkup sanitasi dalam laporan Riskesdas 2013 meliputi penggunaan fasilitas buang air besar (BAB), jenis tempat BAB, tempat pembuangan akhir tinja, jenis tempat penampungan air limbah, jenis tempat penampungan sampah, dan cara pengelolaan sampah. Tabel secara lengkap disajikan dalam Buku Riskesdas 2013 dalam Angka. Untuk akses terhadap fasilitas tempat buang air besar (sanitasi) digunakan kriteria JMP WHO - Unicef tahun 2006. Menurut kriteria tersebut, RT yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* adalah RT yang menggunakan fasilitas BAB milik sendiri, jenis tempat BAB jenis leher angsa atau plengsengan, dan tempat pembuangan akhir tinja jenis tangki septik.

Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa RT di Kalimantan Barat menggunakan fasilitas BAB milik sendiri (69,4%), milik bersama (65%), dan fasilitas umum (2,3%). Lima kabupaten/kota tertinggi untuk proporsi RT menggunakan fasilitas BAB milik sendiri adalah Kota Singkawang (91,6%), Kab.Pontianak(89,1%), Kota Pontianak (81,8%), Kubu Raya (76,2%), dan KapuasHulu (74,7%).Meskipun sebagian besar RT di Kalimantan Barat memiliki fasilitas BAB, masih terdapat RT yang tidak memiliki fasilitas BAB sehingga melakukan BAB sembarangan, yaitu sebesar 21,8 persen. Lima Kabupaten/kota di provinsi Kalimantan BaratRTyang tidak memiliki fasilitas BAB/BAB sembarangantertinggi adalah Sekadau (46,3%),Melawi (40,3%),Kayong Utara (39,1%),Sanggau (38,3%), dan Bengkayang (32,8%) (BukuRiskesdas 2013 dalam Angka).

Berdasarkan karakteristik, proporsi RTdi Kalimantan Barat yang menggunakan fasilitas BAB milik sendiri di perkotaan lebih tinggi (85,8%) dibandingkan di perdesaan (62,6%); sedangkan proporsi RT BAB di fasilitas milik bersama dan umum maupun BAB sembarangan di perdesaan (masing-masing 5,7%, 2,8%, dan 28,9%) lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan (8,6%, 1,1%, dan 4,6%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi juga proporsi RT yang menggunakan fasilitas BAB milik sendiri. Semakin rendah kuintil indeks kepemilikan, proporsi RTyang melakukan BAB sembarangansemakin tinggi (Buku Riskesdas 2013 dalam angka).

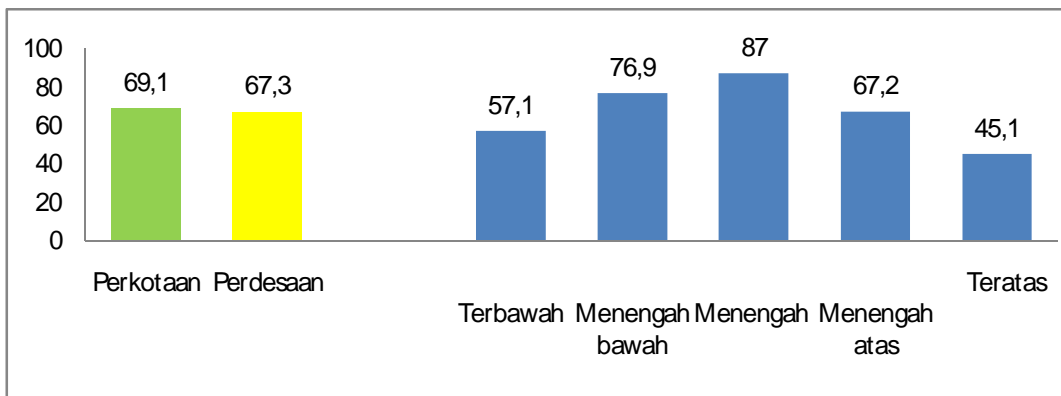
Gambar 3.3.7 menunjukkan bahwa pembuangan akhir tinja RT di Kalimantan Baratsebagian besar menggunakan tangki septik (60,6%). Lima Kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat dengan proporsi tertinggi untuk RT dengan pembuangan akhir tinja berupa tangki septik adalah Kota Pontianak (93,6%), Kota Singkawang (90,2%), Kabupaten Pontianak (78,8%), Kubu Raya (58,3%), dan Kapuas Hulu (59,2%). Masih terdapat RT dengan pembuangan akhir tinja tidak ke tangki septik (SPAL, kolam/sawah, langsung ke sungai/danau/laut, langsung ke lubang tanah, atau ke pantai/kebun).Lima Kabupaten/kota dengan proporsipembuangan akhir tinja ke tangki septikterendahadalah Sekadau (30,3%), Melawi (36,1%), Sintang (43,9%), Kayong Utara (46,1%), Landak (47,8 %), dan Bengkayang (48,4 %)(Buku Riskesdas 2013 dalam angka).



Gambar 3.3.7
Proporsi RTberdasarkan tempat pembuangan akhir tinja menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Berdasarkan karakteristik, proporsi RT di Kalimantan Barat dengan pembuangan akhir tinja menggunakan tangki septik di perkotaan lebih tinggi (87,3%) dibanding di perdesaan (49,5%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, proporsi RT dengan pembuangan tinja ke tangki septik juga semakin tinggi. Sebaliknya, semakin rendah kuintil indeks kepemilikan; proporsi RT yang tidak menggunakan tangki septik semakin tinggi (Gambar 3.3.8).

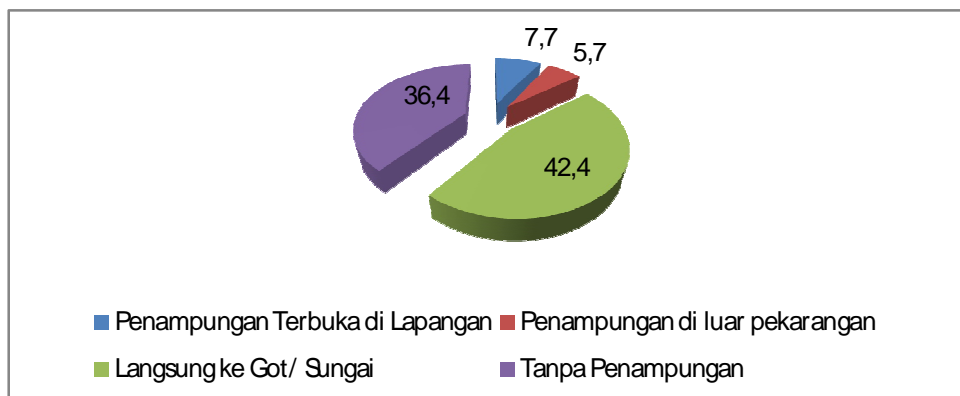
Gambar 3.3.8 menyajikan Proporsi RT yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* menurut karakteristik, Riskesdas 2013. Dari Gambar tersebut terlihat bahwa proporsi RT yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* di perkotaan (69,1%) lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (67,3%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi juga proporsi RT yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved*.



Gambar 3.3.8

Proporsi RT yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *Improved* menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Di Kalimantan Barat menunjukkan proporsi RT berdasarkan penampungan air limbah dari kamar mandi, tempat cuci, maupun dapur. Pada umumnya limbah RT membuang limbahnya langsung ke got (42,4%) dan tanpa penampungan (36,4%). Hanya 7,8 persen yang menggunakan penampungan tertutup di pekarangan dengan dilengkapi SPAL, 7,7 persen menggunakan penampungan terbuka di lapangan, dan 5,7 persen penampungannya di luar pekarangan. (Buku Riskesdas 2013 dalam angka).

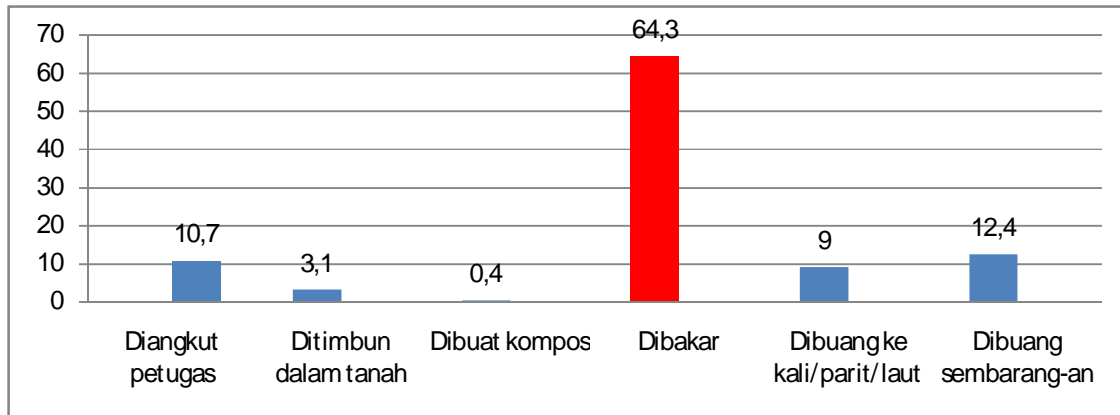


Gambar 3.3.9

Proporsi RT berdasarkan penampungan air limbah di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Dalam hal cara pengelolaan sampah, hanya 10,7 persen RT di Kalimantan Barat yang pengelolaan sampahnya diangkut oleh petugas. Sebagian besar RT mengelola sampah dengan

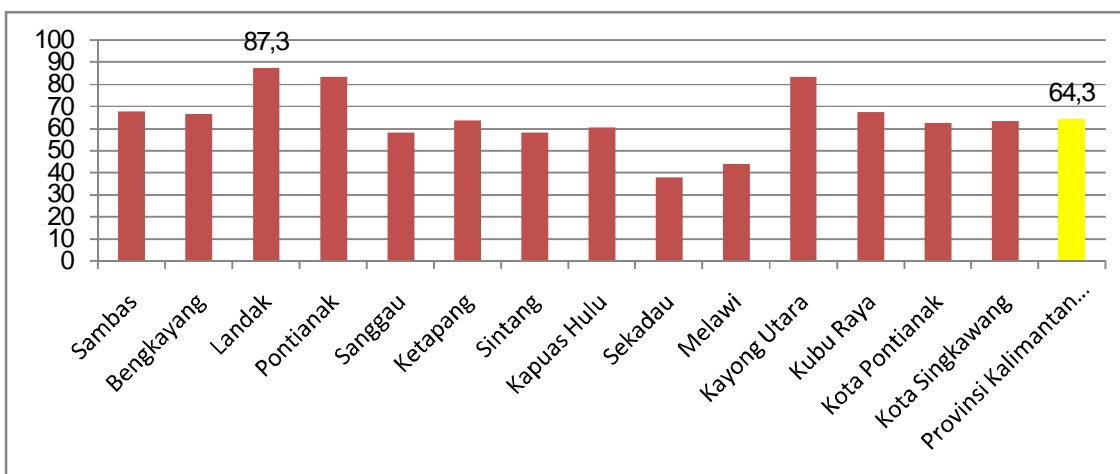
cara dibakar (64,3%), ditimbun dalam tanah (3,1%), dibuat kompos (0,4 %), dibuang ke kali/parit/laut (9,0%), dan dibuang sembarangan (12,4%) (Gambar 3.3.10).



Gambar 3.3.10
Proporsi RT menurut pengelolaan sampah di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.3.11, Lima Kabupaten/kota dengan proporsi RT mengelola sampah dengan cara diangkut petugas tertinggi adalah Kota Pontianak (32,5%), Kota Singkawang (30,7%), Ketapang (11,0%), Kubu Raya (9,9%), dan Sanggau (8,0%). Lima Kabupaten/kota dengan proporsi RT yang mengelola sampah dengan cara dibakar tertinggi adalah Landak (87,3%), Kabupaten Pontianak (83,4%), Sambas 67,4% dan Kubu Raya. Lima kabupaten/kota terendah proporsi RT yang mengelola sampah di bakar adalah Sekadau (37,7%), Melawi (43,7%), Sanggau (57,8%), Sintang ((57,9%) dan Kota Pontianak(62,3%).(Buku Riskesdas 2013 dalam Angka).

Menurut karakteristik, proporsi RT yang mengelola sampah dengan cara diangkut petugas lebih tinggi di perkotaan (28,4%) dibandingkan di perdesaan (3,4%), sedangkan proporsi RT yang mengelola sampah dengan cara dibakar di perdesaan (65,4%) lebih tinggi dibanding perkotaan (61,4%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, proporsi RT yang mengelola sampah dengan cara diangkut petugas semakin tinggi. Sebaliknya, proporsi RT yang mengelola sampah dengan cara dibakar cenderung lebih tinggi pada kuintil indeks kepemilikan yang lebih rendah(Buku Riskesdas 2013 dalam angka).

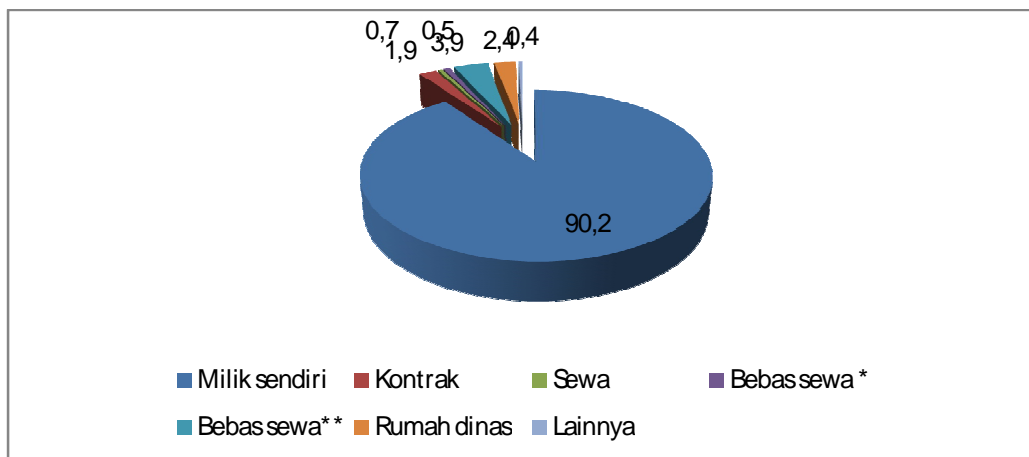


Gambar 3.3.11
Proporsi RT berdasarkan pengelolaan sampah dengan dibakar menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.3.3. Perumahan

Data perumahan yang dikumpulkan dalam Riskesdas 2013 adalah data status penguasaan bangunan, kepadatan hunian, jenis bahan bangunan (plafon/langit-langit, dinding, lantai), lokasi rumah, kondisi ruang rumah (terpisah, kebersihan, ketersediaan dan kebiasaan membuka jendela, ventilasi, dan pencahayaan alami), penggunaan bahan bakar untuk memasak, perilaku RT dalam menguras bak mandi, dan penggunaan/penyimpanan bahan berbahaya dan beracun seperti pestisida/insektisida dan pupuk kimia dalam rumah. Tabel secara lengkap disajikan pada Buku Riskesdas 2013 dalam Angka.

Proporsi RT berdasarkan status penguasaan bangunan dapat dilihat pada Gambar 3.3.14. Dari gambar tersebut terlihat bahwa pada umumnya RT di Kalimantan Barat menempati rumah milik sendiri (90,2%). Masih terdapat RT yang menempati rumah dengan cara kontrak (1,9%) dan sewa (0,5%), menempati rumah milik orang lain (0,7), milik orang tua/sanak/ saudara (3,9%) maupun rumah dinas (2,4%).



*) milik orang lain

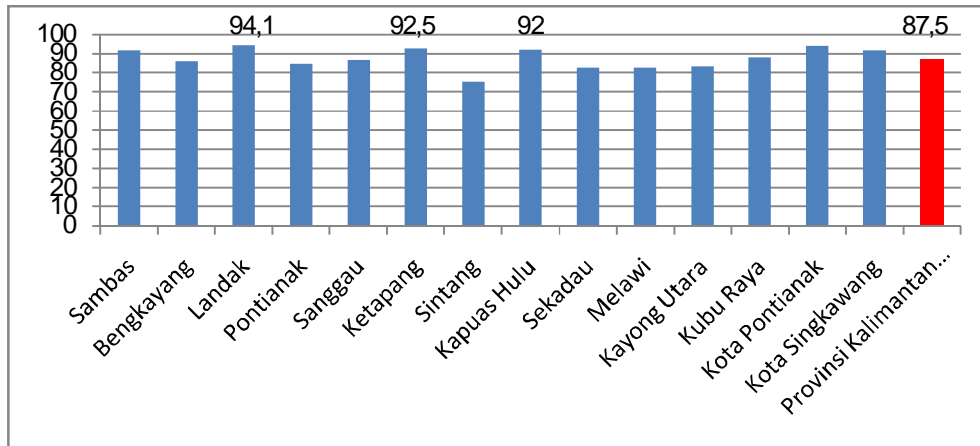
**) milik orang tua/sanak/ saudara

Gambar 3.3.12

Proporsi RT berdasarkan status penguasaan bangunan tempat tinggal di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Menurut karakteristik, proporsi RT dengan status penguasaan bangunan milik sendiri di perkotaan lebih rendah (85,6%) dari pada di perdesaan (92,1%). Sebaliknya proporsi RT dengan status penguasaan bangunan kontrak maupun sewa, di perkotaan lebih tinggi (kontrak: 4,9%, sewa 1,0%) dari pada di perdesaan (kontrak: 0,7 %, sewa 0,2%) (Buku Riskesdas 2013 dalam angka).

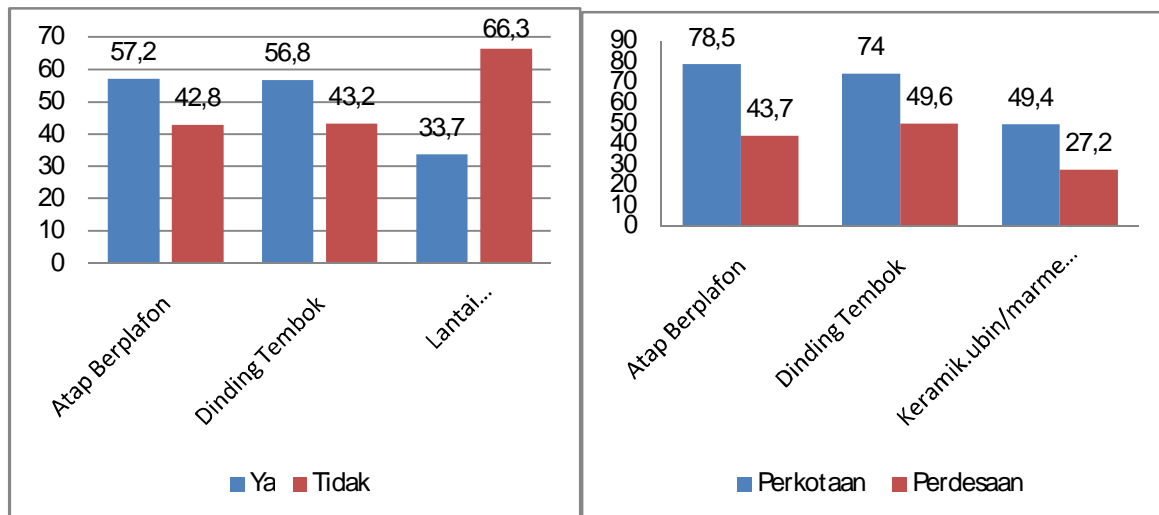
Kepadatan hunian merupakan salah satu persyaratan rumah sehat. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan no 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan, disebutkan bahwa kepadatan hunian lebih dari atau sama dengan 8 m² perorang dikategorikan sebagai tidak padat. Di Kalimantan Barat proporsi RT yang termasuk ke dalam kriteria tidak padat adalah sebesar 85,7%. Lima kabupaten/kotadengan proporsi tertinggi untuk RT dengan kategori tidak padat (≥ 8 m²/orang) adalah Landak (92,3%), Kota Pontianak (91,7%), Kota Singkawang (89,4%), Ketapang (89,1%), dan Sambas (88,2%). Lima kabupaten/kota terendah adalah Sintang (78,2%), Melawi (78,2%), Sekadau (78,5%), Kayong Utara (76,6%) dan Kabupaten Pontianak (80%). (Buku Riskesdas 2013 dalam angka).



Gambar 3.3.13
Proporsi RT berdasarkan kepadatan hunian menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.3.16 memperlihatkan kondisi fisik bangunan rumah (jenis bahan) yang meliputi plafon/langit-langit, dinding dan lantai terluas. Proporsi RT dengan atap rumah terluas berplafon adalah sebesar 57,2 persen, dinding terbuat dari tembok sebesar 56,8 persen, dan lantai keramik ubin/marmer/semen sebesar 33,7 persen.

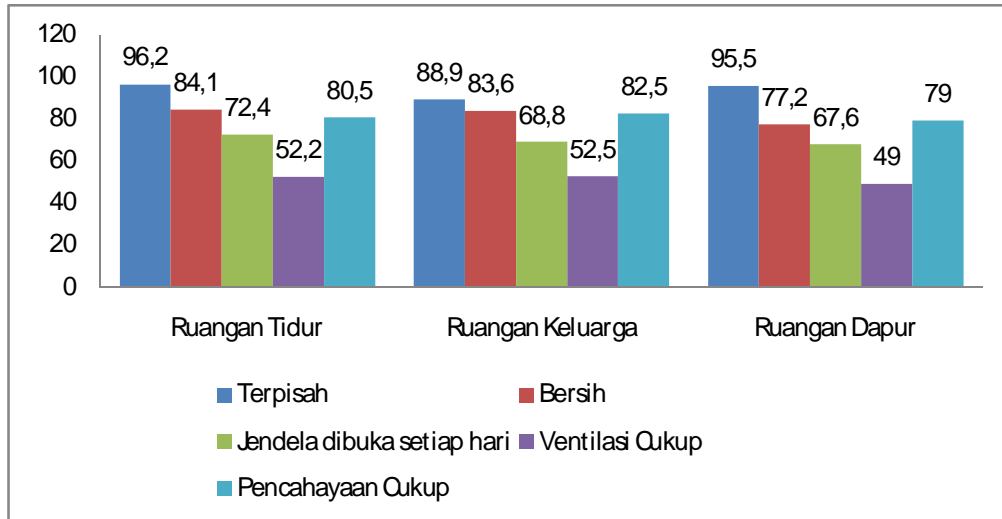
Dari gambar tersebut juga terlihat bahwa proporsi rumah dengan atap terluas berplafon di perkotaan lebih tinggi (78,5%) dibandingkan di perdesaan (43,7%). Demikian juga untuk dinding dan lantai, jenis bahan dinding terluas terbuat dari tembok dan jenis lantai keramik ubin/marmer/semen untuk wilayah perkotaan lebih tinggi (dinding tembok: 74%; lantai keramik ubin/marmer/semen: 49,4%) dibandingkan perdesaan (dinding tembok: 49,6%; lantai keramik ubin/marmer/semen: 27,2%).



Gambar 3.3.14
Proporsi RT berdasarkan keberadaan plafon/langit-langit, dinding terbuat dari tembok dan lantai keramik ubin/marmer/semen di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Pada gambar 3.3.15 ini disajikan kondisi ruangan dalam rumah seperti ketersediaan ruang tidur, ruang dapur dan ruang keluarga dilihat dari keadaan, kebersihan, tersedianya jendela, ventilasi dan pencahayaannya. Sebagian besar ruangan-ruangan tersebut terpisah dari ruang lainnya.

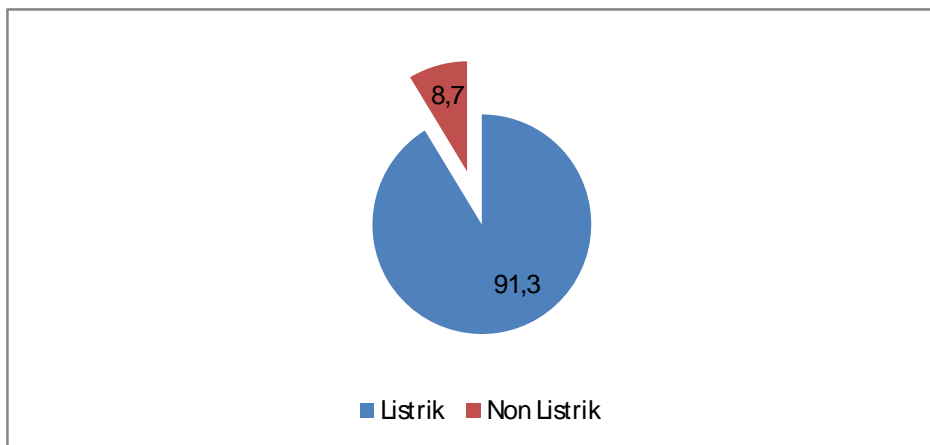
Dalam hal kebersihan, sekitar tiga perempat RT kondisi ruang tidur, ruang keluarga maupun dapurnya bersih dan berpencahayaan cukup. Tetapi kurang dari 60 persen RT yang ventilasinya cukup dan dilengkapi dengan jendela yang dibuka setiap hari.



Gambar 3.3.15

Proporsi RT berdasarkan ketersediaan ruang tidur, ruang keluarga dan ruang dapur dengan kebersihan, keberadaan jendela, ventilasi, dan pencahayaan alami di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

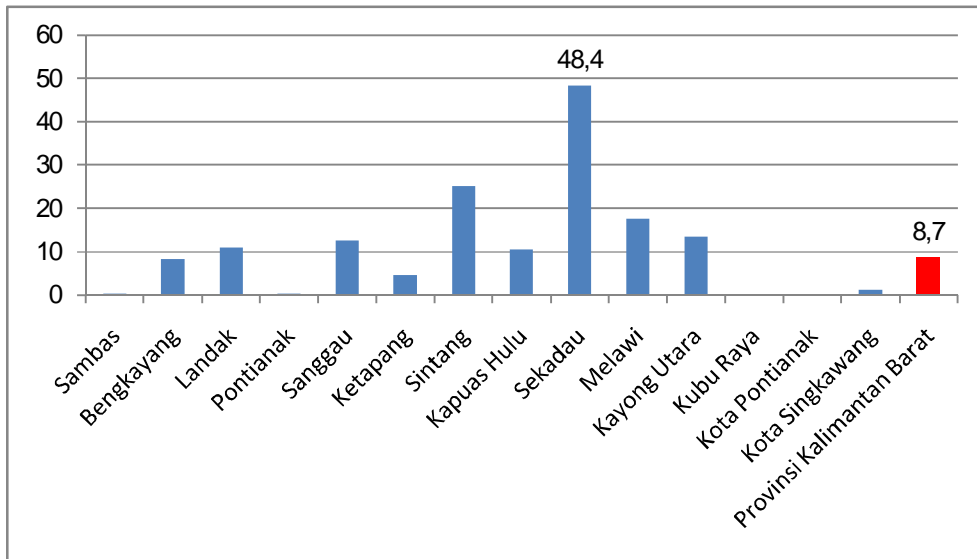
Gambar 3.3.16 memperlihatkan jenis sumber penerangan di Kalimantan Barat, sebagian besar (91,4%) RT di Indonesia menggunakan listrik sebagai sumber penerangan dalam rumah, sisanya (8,6%) menggunakan petromaks/aladin, pelita/sentir/obor(non listrik).



Gambar 3.3.16

Proporsi RT berdasarkan jenis sumber penerangan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

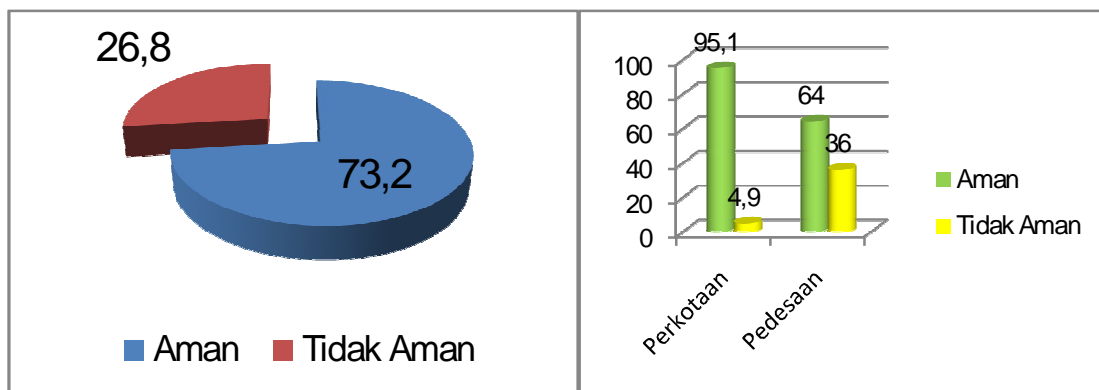
Gambar 3.3.17 memperlihatkan proporsi RT sesuai jenis penerangan non listrik menurut kabupaten/kota. Lima kabupaten/kota dengan proporsi RT yang tidak menggunakan listrik adalah Sekadau, Sanggau, Sintang, Melawi dan Kayong Utara, sedangkan kabupaten/kota yang terendah menggunakan penerangan non listrik adalah Sambas, Kab. Pontianak, Kubu Raya, Kota Pontianak dan Ketapang.



Gambar 3.3.17
Proporsi RT berdasarkan jenis sumber penerangan non listrik menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Jenis penggunaan bahan bakar di RT dapat dilihat pada Gambar 3.3.17. Menurut Keputusan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes RI) No 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan, jenis bahan bakar/energi utama dalam RT per provinsi dikelompokkan menjadi dua, yaitu yang aman artinya tidak berpotensi menimbulkan pencemaran (listrik dan gas/elpiji) dan tidak aman yaitu yang berpotensi menimbulkan pencemaran (minyak tanah, arang dan kayu bakar). Proporsi RT yang menggunakan bahan bakar aman di Kalimantan Barat adalah sebesar 73,2 persen dan yang tidak aman 26,8 persen..

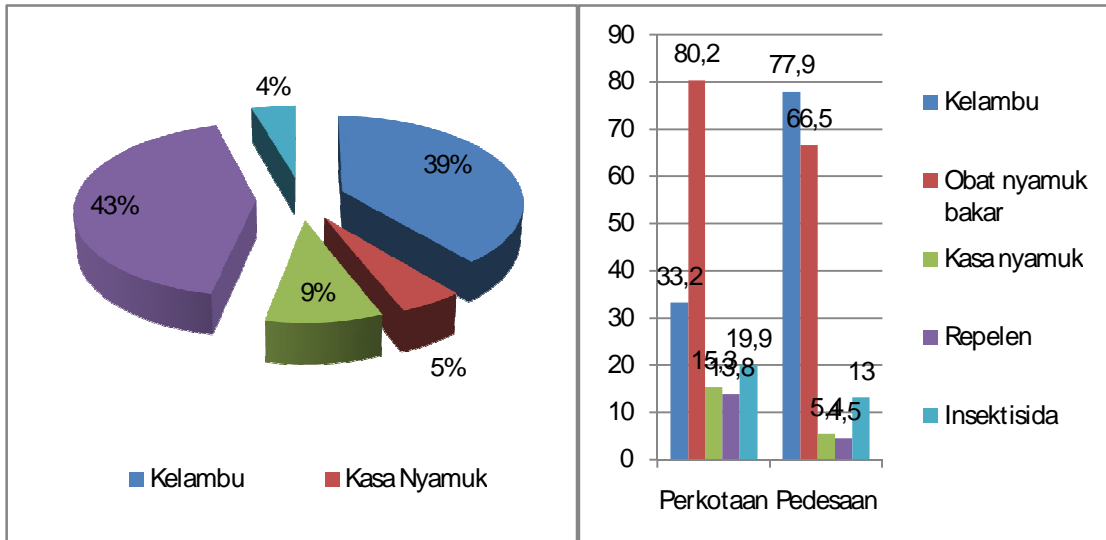
Menurut karakteristik, penggunaan bahan bakar yang aman di perkotaan (95,1%) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (64,0%). Sebaliknya, proporsi RT yang menggunakan bahan bakar tidak aman lebih tinggi di pedesaan (36,0%) dibanding di perkotaan (4,9%) (Gambar 3.3.18).



Gambar 3.3.18
Proporsi RT berdasarkan jenis bahan bakar/energi di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

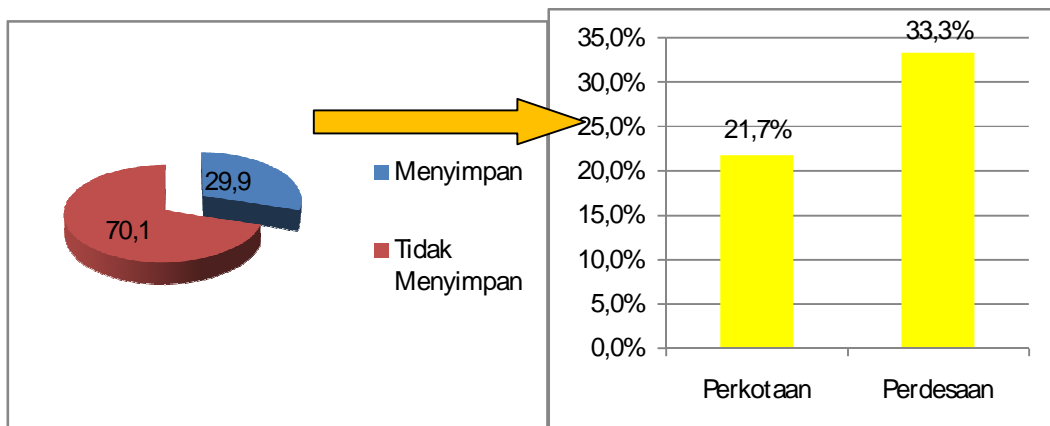
Gambar 3.3.19 memperlihatkan proporsi RT dalam upaya mencegah gigitan nyamuk di Kalimantan Barat. Baik secara mekanis (kelambu, kasa nyamuk) maupun kimiawi (insektisida,

obat anti nyamuk bakar, repelen). Proporsi tertinggi RT dalam upaya pencegahan gigitan nyamuk adalah dengan menggunakan obat anti nyamuk bakar (43,0%), diikuti oleh penggunaan kelambu (39,0%), repelen (4,0 %), insektisida (5,0%), dan kasa nyamuk (9,0%). Menurut karakteristik, proporsi penggunaan obat anti nyamuk bakar di perdesaan (66,5%) lebih tinggi dibanding di perkotaan (80,2%). Demikian juga penggunaan kelambu, proporsi di perdesaan (77,9%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (33,2%). Sebaliknya, proporsi RT yang menggunakan repelen, insektisida dan kasa nyamuk di perkotaan (masing-masing 13,8%; 19,9%, dan 15,3%) lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (masing-masing 4,5%; 13,0%; dan 5,4%).



Gambar 3.3.19
Proporsi RT berdasarkan perilaku mencegah gigitan nyamuk di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.3.20 menunjukkan penyimpanan/penggunaan pestisida/insektisida/pupuk kimiadi dalam rumah di Kalimantan barat. Proporsi RT yang menggunakan atau menyimpan pestisida/insektisida/pupuk kimia sebesar 29,9 persen. Penyimpanan/penggunaan pestisida/insektisida/pupuk kimia di perdesaan (33,3%) sedikit lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (21,7%).



Gambar 3.3.20
Proporsi RT yang menggunakan atau menyimpan pestisida/insektisida/pupuk kimia di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.4. Penyakit Menular

Informasi mengenai penyakit menular pada Riskesdas 2013 diperoleh dari seluruh kelompok umur dengan total sampel 1.027.766 responden di 33 provinsi seluruh Indonesia. Informasi yang diperoleh berupa insiden, *prevalensi* dan prevalensi penyakit yang dikumpulkan melalui teknik wawancara menggunakan kuesioner baku (RKD13.IND), dengan pertanyaan terstruktur secara klinis dan informasi laboratorium bila diperlukan. Responden ditanya apakah pernah didiagnosis menderita penyakit tertentu oleh tenaga kesehatan (D: diagnosis). Responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis, ditanyakan lagi apakah pernah/sedang menderita gejala klinis spesifik penyakit tersebut (G: gejala). Jadi insiden, *period prevalence* dan prevalensi penyakit merupakan data yang didapat dari D maupun G (DG) yang ditanyakan dalam kurun waktu tertentu.

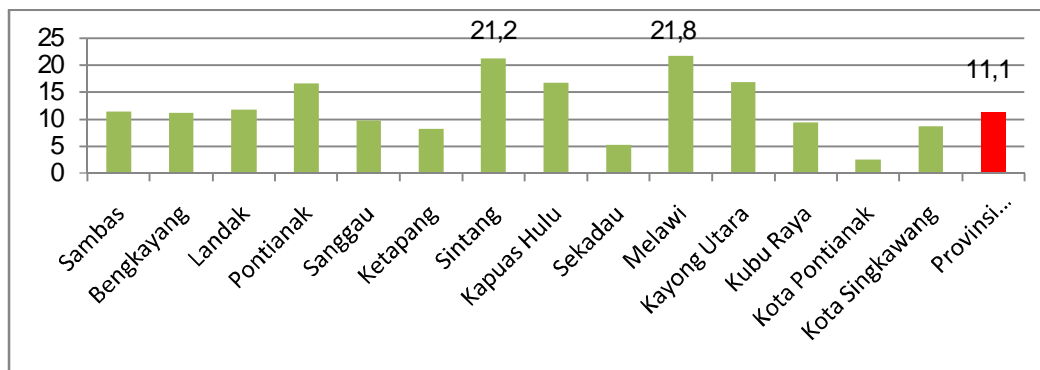
Data penyakit menular yang dikumpulkan terbatas pada beberapa penyakit, yaitu penyakit yang ditularkan melalui udara (infeksi saluran pernapasan atas/ISPA, pneumonia, dan tuberkulosis paru), penyakit yang ditularkan oleh vektor (malaria), penyakit yang ditularkan melalui makanan, air, dan lewat penularan lainnya (diare dan hepatitis). Penyakit-penyakit tersebut berhubungan dengan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM), MDG's dan program pengendalian hepatitis di Indonesia yang pertama kali dilakukan di dunia.

3.4.1. Penyakit yang ditularkan melalui Udara

Tabel 3.4.1.1.1 menunjukkan insiden, *period prevalence* dan prevalensi penyakit yang ditularkan melalui udara, meliputi ISPA, pneumonia, dan tuberkulosis paru menurut provinsi. Tabel 3.4.1.1.2. menunjukkan hal yang sama menurut karakteristik. Semua penyakit ini juga dikumpulkan pada Riskesdas 2007.

3.4.1.1. ISPA

Infeksi saluran pernapasan akut disebabkan oleh virus atau bakteri. Penyakit ini diawali dengan panas disertai salah satu atau lebih gejala: tenggorokan sakit atau nyeri telan, pilek, batuk kering atau berdahak. *Period Prevalence* ISPA dihitung dalam kurun waktu 1 bulan terakhir. Lima kabupaten dengan ISPA tertinggi adalah Melawi (21,8 %), Sintang (21,2 %), Kayong Utara (16,8 %), Kapuas Hulu (16,7 %), dan Pontianak (16,6 %)(Gambar 3.4.1)



Gambar 3.4.1.

Period Prevalence ISPA, menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik penduduk dengan ISPA yang tertinggi terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun (21,6%). Menurut jenis kelamin, tidak berbeda antara laki-laki dan perempuan. Penyakit ini lebih banyak dialami pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah dan menengah bawah(Tabel 3.4.1).

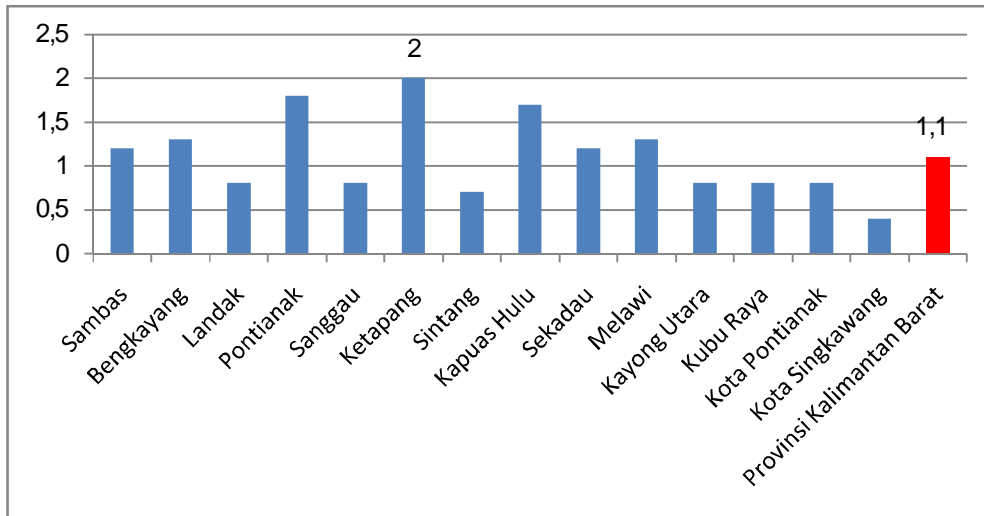
Tabel 3.4.1.
Period Prevalence ISPA, Insiden Pneumonia, dan *Period Prevalence* Pneumonia menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	<i>Period Prevalence</i> ISPA		Insiden Pneumonia		<i>Period Prevalence</i> Pneumonia	
	D	DG	D	DG	D	DG
Sambas	11,4	17,2	0,1	0,8	1,2	2,4
Bengkayang	11,1	18,3	0,2	0,7	1,3	2,1
Landak	11,7	17,4	0,1	0,3	0,8	1,2
Pontianak	16,6	23,2	0,4	1,6	1,8	3,6
Sanggau	9,7	19,2	0,1	2,5	0,8	3,7
Ketapang	8,1	19,6	0,1	2,3	2,0	6,3
Sintang	21,2	28,6		0,2	0,7	1,1
Kapuas Hulu	16,7	21,2	0,5	1,6	1,7	3,4
Sekadau	5,2	14,3	0,3	1,7	1,2	4,1
Melawi	21,8	26,1	0,2	0,6	1,3	2,3
Kayong Utara	16,8	22,5	0,2	2,2	0,8	3,5
Kubu Raya	9,4	17,1		0,6	0,8	2,4
Kota Pontianak	2,4	6,0	0,3	0,6	0,8	1,4
Kota Singkawang	8,7	19,2		0,2	0,4	1,0
Provinsi Kalimantan Barat	11,1	18,2	0,1	1,1	1,1	2,7

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

3.4.1.2. Pneumonia

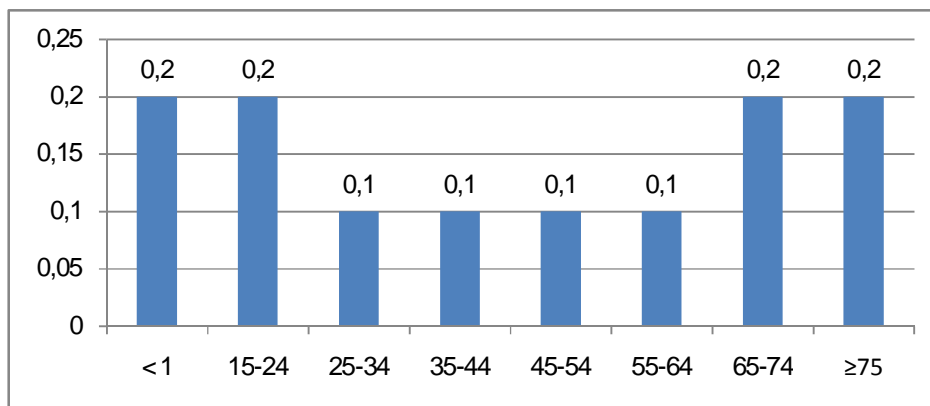
Pneumonia adalah radang paru yang disebabkan oleh bakteri dengan gejala panas tinggi disertai batuk berdahak, napas cepat (frekuensi nafas >50 kali/menit), sesak, dan gejala lainnya (sakit kepala, gelisah dan nafsu makan berkurang). Pneumonia ditanyakan pada semua penduduk untuk kurun waktu 1 bulan atau kurang dan dalam kurun waktu 12 bulan atau kurang. insiden dan *period prevalence* pneumoniadi Provinsi Kalimantan Barat tahun 2013 sebesar 1,1 persen dan 2,7 persen. Lima kabupaten yang mempunyai insiden dan *period prevalence* pneumonia tertinggi untuk semua umur adalah Ketapang (2,0% dan 6,3%), Pontianak (1,8% dan 3,6%), Kapuas Hulu (1,7% dan 3,4%), Melawi (1,3% dan 2,3%), dan Bengkayang (1,3% dan 2,1%) (Gambar 3.4.2).



Gambar 3.4.2

Period prevalence pneumonia menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Berdasarkan kelompok umur penduduk, *period prevalensi* pneumonia yang tinggi terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun, kemudian mulai meningkat pada umur 45-54 tahun dan terus meningkat pada kelompok umur berikutnya. *Period prevalensi* pneumonia balita di Kalimantan Barat adalah 18,5 per mil. Balita pneumonia yang berobat hanya 1,6 per mil. Lima kabupaten yang mempunyai insiden pneumonia tertinggi adalah Kapuas Hulu (0,5‰), Pontianak (0,4‰), Kota Pontianak dan Sekadau (0,3‰), Bengkayang, Melawi dan Kayong Utara (0,2‰). Insidens tertinggi pneumonia terdapat pada kelompok umur 65-74 tahun (0,6‰) (Gambar 3.4.3). Pneumonia lebih banyak dialami pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (1,6‰) (Tabel.3.4.2).



Gambar 3.4.3

Insiden pneumonia menurut kelompok umur di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Tabel 3.4.2
Period prevalence ISPA, insiden dan *period prevalence* pneumonia menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	<i>Period prevalence</i> ISPA		Insiden Pneumonia		<i>Period prevalence</i> Pneumonia	
	D	DG	D	DG	D	DG
Kelompok umur (tahun)						
< 1	18,7	29,1	0,2	0,4	0,5	2,0
1-4	21,6	31,4	0,2	1,8	1,2	3,3
5-14	11,4	18,5	0,1	0,6	0,8	1,9
15-24	8,6	14,1	0,1	0,9	0,9	2,1
25-34	8,7	15,2	0,1	1,0	1,0	2,6
35-44	9,4	16,2	0,1	0,9	1,1	2,4
45-54	10,6	18,7	0,2	1,3	1,5	3,8
55-64	12,7	20,1	0,2	1,9	2,2	5,3
65-74	14,2	24,2	0,6	2,8	1,4	5,5
≥75	11,7	17,1	0,5	4,8	1,2	6,3
Jenis Kelamin						
Laki-laki	11,1	18,7	0,2	1,2	1,2	3,0
Perempuan	11,1	17,6	0,1	1,0	1,0	2,5
Pendidikan						
Tidak sekolah	12,4	22,8	0,1	1,4	1,2	3,6
Tidak tamat SD	10,9	17,8	0,2	1,1	1,1	2,9
Tamat SD	9,9	16,4	0,1	1,2	1,1	2,8
Tamat SMP	10,3	16,7	0,1	0,7	1,0	2,1
Tamat SMA	7,1	13,1	0,1	0,8	1,1	2,2
Tamat D1/D2/D3/PT	8,4	11,0		0,4	0,7	1,7
Pekerjaan						
Tidak bekerja	9,0	14,8	0,1	0,9	1,0	2,2
Pegawai	7,2	12,9	0,1	0,8	1,0	2,4
Wiraswasta	9,4	15,2	0,3	1,2	1,1	2,7
Petani/Nelayan/Buruh	11,0	19,2	0,1	1,3	1,3	3,4
Lainnya	11,5	17,4	0,1	1,8	2,0	4,4
Tempat Tinggal						
Perkotaan	7,3	13,4	0,2	0,9	1,1	2,4
Perdesaan	12,7	20,3	0,1	1,2	1,1	2,8
Kuintil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	12,8	21,2	0,1	1,5	0,9	3,2
Menengah Bawah	12,4	19,8	0,2	1,3	1,1	3,1
Menengah	10,5	17,1	0,1	0,6	1,1	2,0
Menengah Atas	9,7	16,9	0,2	1,0	1,2	2,6
Teratas	9,4	15,1	0,1	1,0	1,3	2,7

3.4.1.3. Tuberkulosis paru (TB paru)

Tuberkulosis paru merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Gejala utama adalah batuk selama 2 minggu atau lebih, batuk disertai dengan gejala tambahan yaitu dahak, dahak bercampur darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, *malaise*, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam lebih dari 1 bulan.

Penyakit TB paru ditanyakan pada responden untuk kurun waktu ≤ 2 tahun berdasarkan diagnosis yang ditegakkan oleh tenaga kesehatan melalui pemeriksaan dahak, foto toraks atau keduanya.

Tabel 3.4.3
Cakupan diagnosis dan pengobatan dengan obat program dan gejala Tuberkulosis menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Diagnosis TB dan yang diobati program			Gejala TB	
	Ya, ≤ 1 thn	Ya, > 1 thn	OAT Program	Batuk ≥ 2 mgg	Batuk darah
Sambas	0,2	1,9	20,7	2,6	2,2
Bengkayang	0,2	1,8	31,5	3,5	1,9
Landak	0,2	0,8	44,7	1,8	8,6
Pontianak	0,2	0,9	31,8	4,1	1,1
Sanggau	0,1	1,8	28,2	2,4	4,2
Ketapang	0,5	1,8	14,9	3,2	0,9
Sintang	0,0	1,7	6,4	2,4	2,1
Kapuas Hulu	0,5	1,5	38,4	2,3	3,7
Sekadau	0,4	1,8	33,9	2,8	8,9
Melawi	0,2	2,2	23,5	2,4	7,1
Kayong Utara		1,2		1,1	5,4
Kubu Raya		1,2	7,6	3,9	2,2
Kota Pontianak	0,2	1,7	13,1	2,2	5,1
Kota Singkawang	0,1	0,3	33,2	3,2	1,8
Provinsi Kalimantan Barat	0,2	1,5	21,2	2,6	2,2

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Prevalensi penduduk Kalimantan Barat yang didiagnosis TB paru oleh tenaga kesehatan tahun 2013 adalah 0,2 persen, tidak berbeda dengan 2007 (Gambar 3.4.3). Lima kabupaten dengan TB paru tertinggi adalah Ketapang (0.5%), Kapuas Hulu (0.5%), Sekadau (0.4%), Sambas (0.2%), Pontianak (0.2%) dan Bengkayang (0.2%).

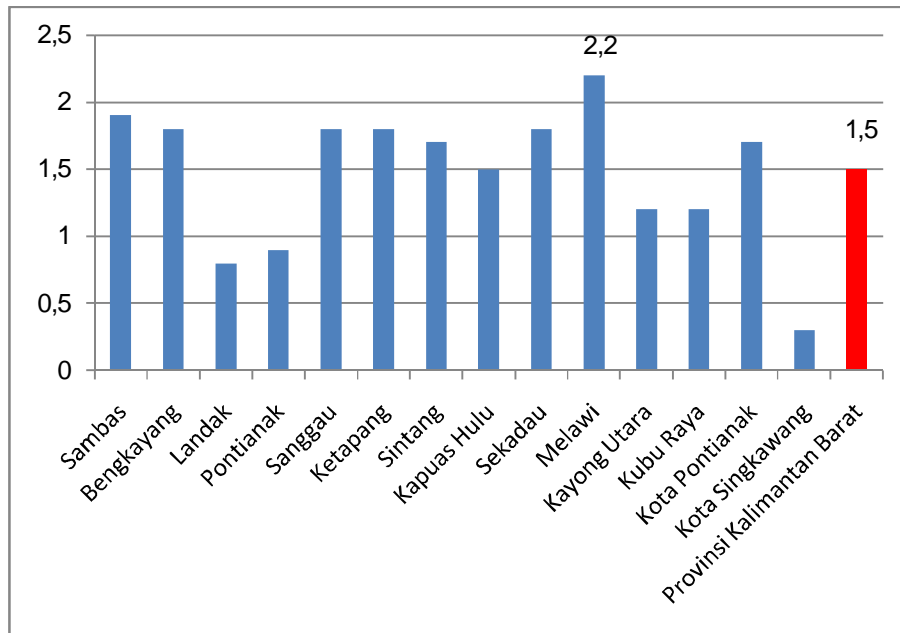
Tabel 3.4.4
Cakupan diagnosis dan pengobatan dengan obat program dan gejala Tuberkulosis menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Diagnosis TB dan yang diobati program			Gejala TB	
	Ya, ≤ 1 thn	Ya, > 1 thn	OAT Program	Batuk ≥ 2 mgg	Batuk darah
Kelompok umur (tahun)					
< 1		0,2		3,1	
1-4	0,0	0,8	7,7	2,0	1,7
5-14	0,2	1,0	13,3	2,3	0,7
15-24	0,1	1,9	6,6	2,3	1,9
25-34	0,1	1,7	10,6	2,7	2,1
35-44	0,2	1,5	25,8	2,8	5,3
45-54	0,3	1,8	39,3	3,4	6,3
55-64	0,7	2,8	48,7	4,4	7,8
65-74	0,6	1,3	53,4	5,0	0,9
≥75	0,3	3,2	8,8	5,2	
Jenis Kelamin					
Laki-laki	0,3	1,4	28,5	2,8	3,1
Perempuan	0,1	1,7	14,4	2,7	2,9
Pendidikan					
Tidak sekolah	0,2	2,1	19,4	2,7	3,2
Tidak tamat SD	0,3	1,3	23,9	3,2	1,9
Tamat SD	0,2	1,6	25,9	2,7	5,0
Tamat SMP	0,1	1,8	17,4	2,5	3,1
Tamat SMA	0,0	1,7	15,5	2,9	2,3
Tamat D1/D2/D3/PT		1,1	26,1	2,0	0,5
Pekerjaan					
Tidak bekerja	0,2	1,8	15,8	2,7	3,0
Pegawai	0,0	1,5	23,2	2,5	
Wiraswasta	0,6	1,5	37,5	2,7	9,0
Petani/Nelayan/Buruh	0,2	1,9	22,7	3,1	3,7
Lainnya	0,2	0,9	46,8	3,6	3,1
Tempat Tinggal					
Perkotaan	0,1	1,6	15,5	2,8	2,8
Perdesaan	0,2	1,5	23,7	2,8	3,0
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	0,1	1,7	17,1	2,7	3,8
Menengah Bawah	0,4	1,6	23,7	3,4	3,6
Menengah	0,1	1,5	17,4	2,1	1,3
Menengah Atas	0,1	1,3	27,2	3,0	3,0
Teratas	0,3	1,4	22,5	2,7	2,7

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Proporsi penduduk dengan gejala TB paru batuk ≥ 2 minggu sebesar 2,6 persen dan batuk darah 2.2 persen (Tabel 3.4.4). Berdasarkan karakteristik penduduk, prevalensi TB paru cenderung meningkat dengan bertambahnya umur, pada pendidikan rendah, tidak bekerja. Prevalensi TB paru terendah pada kuintil teratas.(Tabel 3.4.4).

Dari seluruh penduduk yang didiagnosis TB paru oleh tenaga kesehatan, hanya 21,2% diobati dengan obat program. Lima kabupaten terbanyak yang mengobati TB dengan obat program adalah Landak (44,7%). Kapuas Hulu (38,4%), Sekadau (33,9%), Kota Singkawang (33,2%) dan Pontianak (31,8%) (Buku Riskesdas 2013 dalam angka).



Gambar 3.4.4
Prevalensi TB paru menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas2013

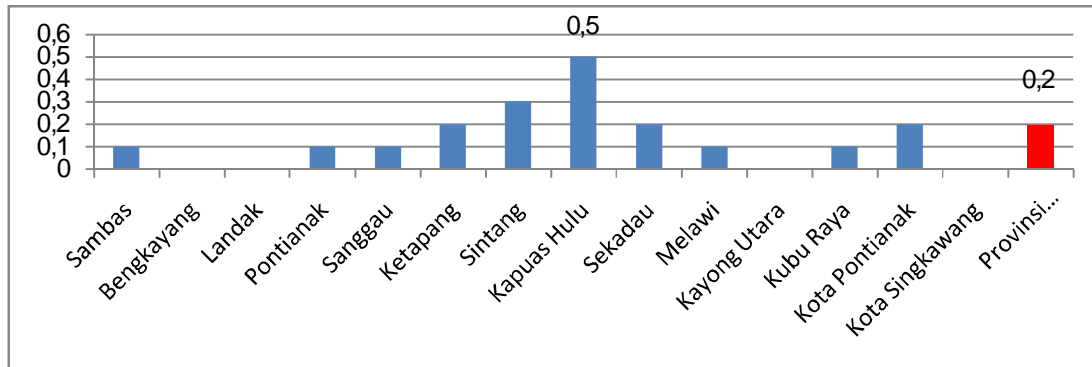
3.4.2. Penyakit yang ditularkan melalui Makanan, Air dan lainnya

Penyakit yang ditularkan melalui makanan, air dan lainnya pada Riskesdas 2013 adalah diare dan hepatitis. Penyakit ini juga diteliti pada Riskesdas 2007. Pada Riskesdas 2013, pertanyaan diare ditambahkan dalam kurun waktu ≤ 2 minggu, sesuai dengan kebutuhan program.

3.4.2.1. Hepatitis

Hepatitis adalah penyakit infeksi hati yang disebabkan oleh virus Hepatitis A, B, C, D atau E. Hepatitis dapat menimbulkan gejala demam, lesu, hilang nafsu makan, mual, nyeri pada perut kanan atas, disertai urin warna coklat yang kemudian diikuti dengan ikterus (warna kuning pada kulit dan/sklera mata karena tingginya bilirubin dalam darah). Hepatitis dapat pula terjadi tanpa menunjukkan gejala (asimtomatis).

Prevalensi hepatitis di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2013 adalah 0,2 persen (Gambar 3.4.5). Lima Kabupaten dengan prevalensi hepatitis tertinggi adalah Kapuas Hulu (0,5%), Sintang (0,3%), Ketapang dan Sekadau (0,2%). (Tabel 3.4.5).



Gambar 3.4.5
Prevalensi hepatitis menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas2013

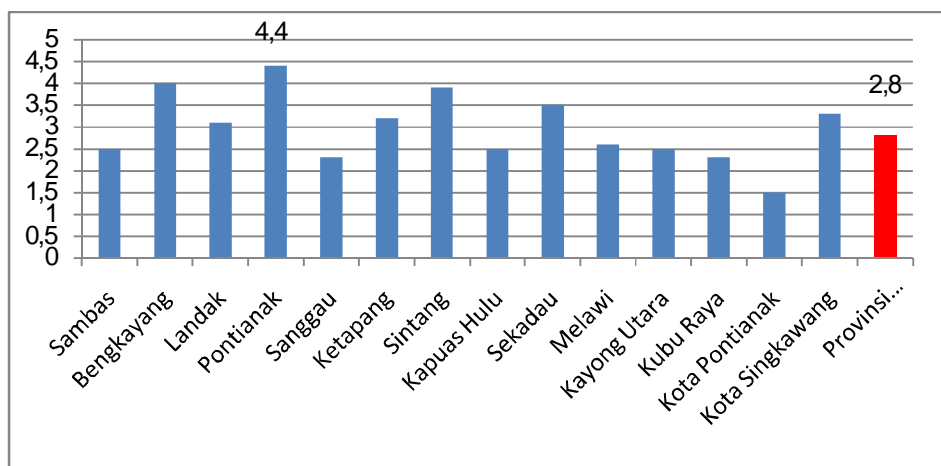
Berdasarkan kuintil indeks kepemilikan, kelompok menengah ke atas menempati prevalensi hepatitis tertinggi dibandingkan dengan kelompok lainnya. Prevalensi semakin meningkat pada penduduk berusia diatas 45-54 tahun (Tabel 3.4.2.2.2). Jenis hepatitis yang banyak menginfeksi penduduk Indonesia adalah hepatitis B (30,6%) dan hepatitis A (7,8 %) (Tabel 3.4.6).

3.4.2.2. Diare

Diare adalah gangguan buang air besar/BAB ditandai dengan BAB lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja cair, dapat disertai dengan darah dan atau lendir.

Riskesdas 2013 mengumpulkan informasi insiden diare agar bisa dimanfaatkan program, dan prevalensi diare agar bisa dibandingkan dengan Riskesdas 2007.

Period prevalence diare pada Riskesdas 2013 (3,5%) lebih kecil dari Riskesdas 2007 (9,0%). Penurunan *Period prevalence* yang tinggi ini dimungkinkan karena waktu pengambilan sampel yang tidak sama antara 2007 dan 2013. Pada Riskesdas 2007 sampel diambil dalam rentang waktu yang lebih singkat. Insiden diare untuk seluruh kelompok umur di Indonesia adalah 3.5 persen.



Gambar 3.4.6
Prevalensi Diare menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas2013

Tabel 3.4.5
Prevalensi hepatitis, insiden diare dan diare balita, serta *period prevalence* diare menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Prevalensi Hepatitis		Insiden Diare		<i>Period prevalence</i> Diare	
	D	DG	D	DG	D	DG
Sambas	0,1	3,3	1,2	1,6	2,5	3,6
Bengkayang		0,3	1,8	2,1	4,0	5,0
Landak		0,1	1,5	1,7	3,1	3,4
Pontianak	0,1	1,1	2,4	2,6	4,4	5,1
Sanggau	0,1	0,6	1,1	2,4	2,3	4,3
Ketapang	0,2	0,6	1,2	2,8	3,2	6,4
Sintang	0,3	0,8	1,4	1,7	3,9	4,9
Kapuas Hulu	0,5	0,7	1,7	1,8	2,5	3,2
Sekadau	0,2	0,7	1,6	2,6	3,5	5,6
Melawi	0,1	0,3	1,4	1,5	2,6	2,9
Kayong Utara		0,4	1,2	1,2	2,5	3,0
Kubu Raya	0,1	0,5	1,3	1,8	2,3	3,2
Kota Pontianak	0,2	0,2	0,7	0,7	1,5	1,7
Kota Singkawang	0,0	0,5	1,8	2,5	3,3	4,4
Provinsi Kalimantan Barat	0,2	0,8	1,3	1,9	2,8	3,9

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Tabel 3.4.6
Prevalensi hepatitis, insiden diare, serta *period prevalence* diare menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Prevalensi Hepatitis		Insiden Diare		<i>Period prevalence</i> Diare	
	D	DG	D	D	DG	D
Kelompok umur (tahun)						
< 1			4,0	4,5	4,4	5,2
1-4		0,3	3,4	4,3	2,6	3,5
5-14	0,1	0,6	1,3	1,7	1,4	1,8
15-24	0,3	0,9	0,8	1,2	1,1	1,5
25-34	0,1	0,7	1,1	1,7	1,2	1,9
35-44	0,2	0,8	1,2	1,6	1,7	2,3
45-54	0,3	1,2	1,2	1,8	1,3	2,2
55-64	0,2	1,5	1,3	2,2	1,5	1,9
65-74		1,3	1,4	1,6	1,1	2,0
≥75		2,3	1,5	2,1	1,8	3,0
Jenis Kelamin						
Laki-laki	0,2	0,7	1,2	1,7	1,5	2,1
Perempuan	0,1	1,0	1,5	2,1	1,5	2,0
Pendidikan						
Tidak sekolah	0,1	0,9	1,3	2,0	1,4	2,2
Tidak tamat SD	0,1	0,9	1,3	1,8	1,6	2,2
Tamat SD	0,3	1,1	0,9	1,5	1,5	2,1
Tamat SMP	0,1	0,7	1,1	1,6	1,1	1,5
Tamat SMA	0,2	0,6	1,1	1,4	1,1	1,3
Tamat D1/D2/D3/PT	0,1	0,9	0,5	0,8	0,7	1,8
Pekerjaan						
Tidak bekerja	0,1	0,9	1,3	1,5	2,5	3,3
Pegawai	0,2	0,8	1,3	1,6	1,9	3,0
Wiraswasta	0,6	1,3	0,9	1,8	1,9	3,1
Petani/Nelayan/Buruh	0,1	0,8	1,1	1,5	2,6	3,9
Lainnya	0,1	0,7	1,1	2,2	3,5	5,0
Tempat Tinggal						
Perkotaan	0,1	0,8	1,2	1,6	1,4	3,4
Perdesaan	0,2	0,9	1,4	2,0	1,5	4,2
Kuintil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	0,1	0,8	1,4	2,1	3,5	4,9
Menengah Bawah	0,1	0,8	1,5	2,0	2,9	4,3
Menengah	0,1	0,9	1,2	1,6	2,6	3,4
Menengah Atas	0,3	1,0	1,2	1,8	2,4	3,5
Teratas	0,2	0,7	1,4	1,9	2,5	3,4

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Tabel 3.4.6
Proporsi penderita hepatitis A, B, C, dan hepatitis lain menurut kabupaten/kota
di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Jenis Hepatitis yang Diderita			
	Hepatitis A (%)	Hepatitis B (%)	Hepatitis C (%)	Hepatitis Lainnya (%)
Sambas	33,5	66,5		
Pontianak		52,3		
Sanggau		39,6		
Ketapang				
Sintang		33,1	17,7	
Kapuas Hulu	3,0	21,7	4,3	
Sekadau		8,6		
Melawi				
Kubu Raya		71,8		28,2
Kota Pontianak	20,4	13,1		17,0
Kota Singkawang				
Provinsi Kalimantan Barat	7,8	30,6	3,1	6,2

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Lima kabupaten dengan insiden dan *period prevalence* diare tertinggi adalah Ketapang (6,4% dan 6,4%), Sekadau (5,6% dan 5,6%), Pontianak (5,1% dan 5,1%), Bengkayang (5,0% dan 5,0%), dan Sanggau (4,3% dan 4,3%) (Tabel 3.4.5).

Berdasarkan karakteristik penduduk, kelompok umur balita adalah kelompok yang paling tinggi menderita diare. Berdasarkan kuintil indeks kepemilikan, semakin rendah kuintil indeks kepemilikan, maka semakin tinggi proporsi diare pada penduduk. Petani/nelayan/buruh mempunyai proporsi tertinggi untuk kelompok pekerjaan (2,6%), sedangkan jenis kelamin dan tempat tinggal menunjukkan proporsi yang tidak jauh berbeda (Tabel 3.4.6).

Insiden diare di Kalimantan Barat adalah menurut kelompok umur, tertinggi pada balita umur <1 tahun (4,0%) dan menurun sampai kelompok umur 15-24 tahun serta meningkat lagi sesuai kenaikan umur. Karakteristik diare balita tertinggi terjadi pada kelompok umur 12-23 bulan (7,6%), perempuan (1,5%), tinggal di daerah perdesaan (1,4%), dan kelompok kuintil indeks kepemilikan menengah bawah (1,5%) (Tabel 3.4.6).

Tabel 3.4.7
Penggunaan Oralit dan Zinc pada diare balita menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Oralit	Zn
Sambas	29,5	16,6
Bengkayang	68,0	24,1
Landak	67,7	25,8
Pontianak	40,6	44,8
Sanggau	50,7	11,7
Ketapang	24,0	33,4
Sintang	69,1	21,0
Kapuas Hulu	51,1	
Sekadau	4,0	8,8
Melawi	35,5	
Kayong Utara	86,3	76,8
Kubu Raya	48,7	12,8
Kota Pontianak	32,4	43,4
Kota Singkawang	28,4	10,1
Provinsi Kalimantan Barat	41,7	23,3

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

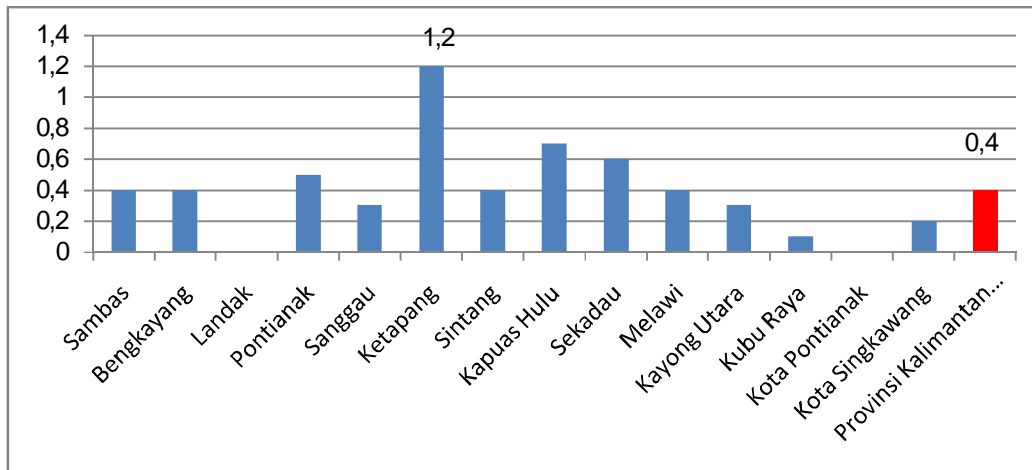
Oralit dan zinc sangat dibutuhkan pada pengelolaan diare balita. Oralit dibutuhkan sebagai rehidrasi yang penting saat anak banyak kehilangan cairan akibat diare dan Kecukupan zinc di dalam tubuh balita akan membantu proses penyembuhan diare. Pengobatan dengan pemberian oralit dan zinc terbukti efektif dalam menurunkan tingginya angka kematian akibat diare sampai 40 persen. Pemakaian oralit dalam mengelola diare pada penduduk Indonesia adalah 33,3 persen. Lima kabupaten tertinggi penggunaan oralit adalah Kayong Utara (86,3%), Sintang (69,1%), Bengkayang (68,0%), Landak (67,7%), dan Kapuas Hulu (51,1%). Pengobatan diare dengan menggunakan zinc pada penduduk Kalimantan Barat adalah 23,3 persen. Lima kabupaten tertinggi pemakaian zinc pada pengobatan diare adalah Kayong Utara (76,8%), Pontianak (44,8%), Kota Pontianak (43,4%), Ketapang (33,4%), dan Landak (25,8%).

3.4.3. Penyakit yang ditularkan oleh Vektor (Malaria)

Malaria merupakan penyakit menular yang menjadi perhatian global. Penyakit ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat karena sering menimbulkan KLB, berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta dapat mengakibatkan kematian. Penyakit ini dapat bersifat akut, laten atau kronis. Kepada responden yang menyatakan "tidak pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan" ditanyakan apakah pernah menderita panas disertai menggigil atau panas naik turun secara berkala, dapat disertai sakit kepala, berkeringat, mual, muntah dalam waktu satu bulan terakhir atau satu tahun terakhir. Ditanyakan pula apakah pernah minum obat malaria dengan atau tanpa gejala panas. Untuk responden yang menyatakan "pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan" ditanyakan apakah mendapat pengobatan dengan obat program kombinasi artemisinin dalam 24 jam pertama menderita panas atau lebih dari 24 jam pertama menderita panas dan apakah habis diminum dalam waktu 3 hari.

Insiden Malaria pada penduduk Kalimantan Barat tahun 2013 adalah 0,4 persen, tertinggi di kabupaten Ketapang (1,2%) diikuti Kapuas Hulu (0,7%), Sekadau (0,6%), Pontianak (0,4%) dan Sambas, Bengkayang serta Melawi masing-masing (0,4%). (gambar 3.4.6). Prevalensi malaria

tahun 2013 adalah 1,6 persen. Lima kabupaten dengan insiden dan prevalensi tertinggi adalah Sekadau (4,5% dan 11,6%), Ketapang (3,9% dan 10,8%), Kapuas Hulu (2,9% dan 5,7%), Melawi (2,4% dan 6,1%), dan Bengkayang (2,1% dan 6,2%) (tabel 3.4.3.1). Dari 14 kabupaten di Kalimantan Barat, 7 kabupaten mempunyai prevalensi malaria di atas angka propinsi, sebagian besar berada di daerah jauh dengan pusat kota. Kota Pontianak merupakan daerah dengan prevalensi malaria lebih rendah dibanding kabupaten lain, tetapi sebagian kasus malaria di Kalimantan Barat terdeteksi bukan berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan.



Gambar 3.4.7

Insiden Malaria menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Tabel 3.4.8

Insiden dan prevalensi malaria menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Insiden Malaria		Prevalensi Malaria		Diobati Dengan Obat Program
	D	DG	D	DG	
Sambas	0,4	1,1	1,0	3,0	59,5
Bengkayang	0,4	2,3	2,1	6,2	57,6
Landak	0,0	0,8	0,3	2,1	12,9
Pontianak	0,5	1,7	1,9	5,1	8,1
Sanggau	0,3	2,1	1,7	5,5	20,4
Ketapang	1,2	3,4	3,9	10,8	
Sintang	0,4	0,7	1,3	2,8	13,1
Kapuas Hulu	0,7	1,7	2,9	5,7	41,0
Sekadau	0,6	1,9	4,5	11,6	24,4
Melawi	0,4	1,0	2,4	6,1	42,4
Kayong Utara	0,3	0,7	1,2	2,2	
Kubu Raya	0,1	0,6	0,7	2,7	21,5
Kota Pontianak	0,0	0,6	0,3	2,0	100,0
Kota Singkawang	0,2	0,9	1,2	3,3	18,0
Provinsi Kalimantan Barat	0,4	1,4	1,6	4,6	22,6

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Tabel 3.4.9 menunjukkan prevalensi malaria pada anak kurang dari 1 tahun relatif lebih tinggi dibanding pada orang dewasa, tetapi proporsi pengobatan dengan obat malaria program pada kelompok umur tersebut lebih rendah pada anak balita dibandingkan orang dewasa (tabel 3.4.11). Keadaan ini menunjukkan kewaspadaan dan kepedulian penanganan penyakit malaria pada anak masih kurang.

Tabel 3.4.9
Insiden dan prevalensi malaria menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Insiden Malaria		Prevalensi Malaria		Diobati Dengan Obat Program
	D	DG	D	DG	
Kelompok umur (tahun)					
< 1		0,2	2,1	2,9	23,0
1-4	0,6	1,4	1,1	4,0	34,0
5-14	0,2	1,2	1,1	3,9	10,2
15-24	0,4	1,5	1,5	4,4	12,8
25-34	0,4	1,3	2,0	5,4	35,9
35-44	0,4	1,4	2,0	5,4	44,1
45-54	0,3	1,6	2,0	4,9	16,4
55-64	0,4	1,9	1,6	5,1	
65-74	0,7	1,9	1,7	4,1	23,0
≥75			0,7	2,0	34,0
Jenis Kelamin					
Laki-laki	0,5	1,4	2,0	5,1	24,7
Perempuan	0,3	1,3	1,3	4,1	19,3
Pendidikan					
Tidak sekolah	0,7	1,9	1,9	5,9	10,7
Tidak tamat SD	0,3	1,5	1,5	4,4	41,7
Tamat SD	0,4	1,5	1,7	5,2	30,5
Tamat SMP	0,4	1,5	1,7	4,8	9,9
Tamat SMA	0,1	0,6	1,6	3,5	37,4
Tamat D1/D2/D3/PT	0,8	1,0	1,6	3,2	
Pekerjaan					
Tidak bekerja	0,4	1,3	1,5	4,2	15,5
Pegawai	0,5	0,8	2,0	4,1	9,3
Wiraswasta	0,6	1,2	2,0	4,6	41,0
Petani/Nelayan/Buruh	0,3	1,7	1,9	5,9	27,0
Lainnya	0,6	2,1	2,1	4,2	47,8
Tempat Tinggal					
Perkotaan	0,5	1,4	0,9	3,2	15,4
Perdesaan	0,3	1,3	1,9	5,2	23,7
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	0,5	2,0	2,0	6,0	26,9
Menengah Bawah	0,5	1,9	1,9	6,0	22,6
Menengah	0,2	0,8	1,1	3,0	16,9
Menengah Atas	0,3	1,2	1,7	4,2	27,4
Teratas	0,3	1,0	1,3	3,8	12,9

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Pengobatan malaria harus dilakukan secara efektif. Pemberian jenis obat harus benar, dan cara meminumnya harus tepat waktu yang sesuai dengan acuan program pengendalian malaria. Pengobatan efektif adalah pemberian ACT pada 24 jam pertama pasien panas dan obat harus diminum habis dalam 3 hari. Proporsi pengobatan efektif Kalimantan Barat adalah 71,6 persen. Lima kabupaten yang tertinggi dalam mengobati malaria secara efektif adalah Pontianak dan Melawi (100,0%), Kapuas Hulu (80,1%), Bengkayang (71,6%), Sintang (67,0%) dan Sambas (61,1%). Penduduk Kalimantan Barat yang mengobati sendiri penyakit malaria yang dideritanya adalah 0,7 persen (tabel 3.4.10). Lima kabupaten tertinggi yang penduduknya mengobati sendiri penyakit malaria adalah Bengkayang (2,3%), Sekadau (1,8%), Ketapang (1,5%), dan Pontianak (0,9%) (tabel 3.4.10)

Tabel 3.4.10
Proporsi penderita malaria yang diobati dengan pengobatan sesuai program dan penderita malaria yang mengobati sendiri menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Kewaspadaan dan kepedulian penanganan penyakit malaria				Minum obat anti malaria dengan/ tanpa gejala khas malaria
	Mendapatkan obat ACT program	Mendapatkan obat dalam 24 jam pertama	Minum obat selama 3 hari	Pengobatan efektif dgn ACT*	
Sambas	59,5	71,2	61,1	61,1	0,3
Bengkayang	57,6	100,0	71,6	71,6	2,3
Landak	12,9				0,2
Pontianak	8,1	100,0	100,0	100,0	0,9
Sanggau	20,4	4,5	4,5	4,5	1,1
Ketapang			100,0		1,5
Sintang	13,1	67,9	100,0	67,9	0,4
Kapuas Hulu	41,0	91,6	88,8	80,1	1,1
Sekadau	24,4	44,9	100,0	44,9	1,8
Melawi	42,4	100,0	100,0	100,0	0,4
Kayong Utara		100,0			0,2
Kubu Raya	21,5	100,0			0,2
Kota Pontianak	100,0	71,2	61,1	55,7	0,4
Kota Singkawang	18,0	100,0	71,6	61,1	0,2
Provinsi Kalimantan Barat	22,6	69,6	70,7	71,6	0,7

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

*Pengobatan efektif (pengobatan malaria sesuai program) adalah pemberian ACT pada 24 jam pertama pasien panas dan obat diminum habis dalam 3 hari.

Tabel 3.4.11
Proporsi penderita malaria yang diobati sesuai pengobatan program dan penderita mengobati sendiri menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

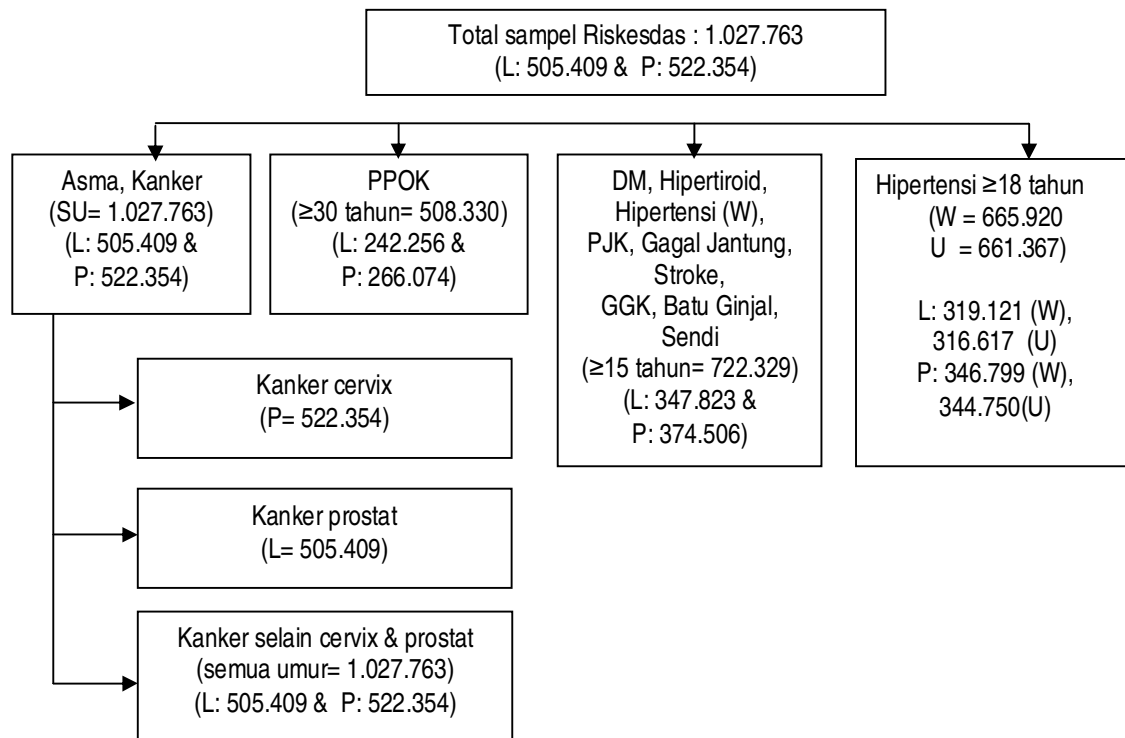
Karakteristik Responden	Kewaspadaan dan kepedulian penanganan penyakit malaria			Minum obat anti malaria dengan/ tanpa gejala khas malaria
	Mendapatkan obat ACT program	Mendapatkan obat dalam 24 jam pertama	Minum obat selama 3 hari	
Kelompok umur (tahun)				
< 1				
1-4	100,0	100,0	100,0	0,6
5-14	96,4	80,8	77,2	0,4
15-24	8,1	91,9		0,7
25-34	86,8	28,4	15,2	0,8
35-44	73,2	73,2	73,2	0,9
45-54	47,5	39,2	39,2	1,1
55-64		100,0		1,1
65-74				1,2
≥75				
Jenis Kelamin				
Laki-laki	86,2	72,0	70,7	0,8
Perempuan	38,0	64,6	24,1	0,7
Pendidikan				
Tidak sekolah	100,0	51,3	51,3	1,1
Tidak tamat SD	81,0	75,8	56,7	0,5
Tamat SD	59,3	59,3	59,3	0,9
Tamat SMP		100,0		0,6
Tamat SMA	75,0	44,8	24,0	0,7
Tamat D1/D2/D3/PT				0,2
Pekerjaan				
Tidak bekerja	56,7	78,8	36,9	0,6
Pegawai	100,0			0,7
Wiraswasta	100,0	81,0	81,0	0,4
Petani/Nelayan/Buruh	41,0	33,0	33,0	1,2
Lainnya	47,7	100,0	47,7	0,9
Tempat Tinggal				
Perkotaan	34,5	89,0	26,8	0,4
Perdesaan	74,1	67,8	58,4	0,9
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	88,4	72,1	60,5	1,3
Menengah Bawah	76,4	76,4	76,4	1,0
Menengah	62,8	100,0	62,8	0,5
Menengah Atas	24,5	55,0	24,5	0,4
Teratas	100,0	27,7	27,7	0,5

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

3.5. Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular (PTM), merupakan penyakit kronis, tidak ditularkan dari orang ke orang. PTM mempunyai durasi yang panjang dan perkembangan yang umumnya lambat. Empat jenis PTM utama menurut WHO adalah penyakit kardiovaskular (penyakit jantung koroner, stroke), kanker, penyakit pernafasan kronis (asma dan penyakit paru obstruksi kronis), dan diabetes.

Data penyakit tidak menular didapat melalui pertanyaan/wawancara responden tentang penyakit tidak menular yang terdiri dari: (1) asma, (2) penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), (3) kanker, (4) DM, (5) hipertiroid, (6) hipertensi, (7) jantung koroner, (8) gagal jantung, (9) stroke, (10) gagal ginjal kronis, (11) batu ginjal, (12) penyakit sendi/rematik. Jenis pertanyaan meliputi: PTM yang didiagnosis tenaga kesehatan, besaran PTM berdasarkan keluhan/gejala tertentu yang dialami oleh responden dan onset PTM yang didiagnosis tenaga kesehatan atau yang dialami responden. Besar sampel yang digunakan dalam analisis Penyakit Tidak Menular (PTM) dapat dilihat pada gambar 3.5.1



Catatan: SU = semua umur
 W = wawancara
 U = ukur
 L = laki-laki
 P = perempuan

Gambar 3.5.1
 Jumlah sampel yang digunakan untuk analisis penyakit tidak menular (PTM)

Prevalensi penyakit adalah gabungan kasus penyakit yang pernah didiagnosis tenaga medis/kesehatan dan kasus yang mempunyai riwayat gejala PTM. Pada kanker, gagal ginjal kronis dan batu ginjal hanya berdasarkan yang terdiagnosis dokter. Data penyakit asma/mengi/bengek dan kanker diambil dari responden semua umur, untuk penyakit paru

obstruksi kronis umur ≥ 30 tahun, untuk penyakit kencing manis/diabetes melitus, hipertiroid, hipertensi/tekanan darah tinggi, penyakit jantung koroner, penyakit gagal jantung, penyakit ginjal, penyakit sendi/rematik/encok dan stroke ditanya pada umur ≥ 15 tahun. Riwayat penyakit ditanyakan mengenai umur mulai serangan atau tahun pertama didiagnosis, sedangkan pertanyaan gejala ditanyakan mengenai pernah atau dalam kurun waktu 1 bulan mengalami gejala. Hipertensi dinilai melalui 2 cara yaitu wawancara dan pengukuran. Untuk hipertensi wawancara, ditanyakan mengenai riwayat didiagnosis oleh nakes, dan kondisi sedang minum obat anti-hipertensi saat diwawancara. Untuk hipertensi berdasarkan hasil pengukuran, dilakukan pengukuran tekanan darah/tensi menggunakan alat pengukur/tensimeter digital. Setiap responden diukur tensinya minimal 2 kali. Jika hasil pengukuran ke-dua berbeda ≥ 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ke-tiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dengan pengukuran terakhir dihitung reratanya sebagai hasil ukur tensi.

Terdapat beberapa perbedaan pertanyaan dalam kuesioner Riskesdas (RKD) 2013 dibandingkan RKD 2007. Untuk kasus asma pada RKD 2007 ditanyakan apakah pernah didiagnosis asma oleh tenaga kesehatan, kemudian untuk yang menjawab tidak, dilanjutkan dengan pertanyaan apakah ada mengalami gejala asma seperti sesak dengan disertai mengi, dada rasa tertekan di pagi hari atau waktu lainnya? Pada RKD 2013 pertanyaan asma berdasarkan pertanyaan yang lebih komplisit, seperti sesak yang timbul bila terpapar udara dingin/rokok/debu/ infeksi/kelelahan/alergi obat/makanan, ada gejala mengi/sesak lebih berat malam hari atau menjelang pagi/ gejala hilang dengan atau tanpa pengobatan. PPOK hanya ada pada RKD 2013. Pertanyaan PPOK berdasarkan gejala meliputi sesak, batuk berdahak, dan merokok dengan Indek Brinkman ≥ 200 , sesak bertambah ketika beraktifitas dan bertambah dengan meningkatnya usia. Pertanyaan kanker pada RKD 2007, apakah pernah didiagnosis tumor/kanker oleh tenaga kesehatan? Hasilnya dinilai agak bias karena pertanyaan tumor/kanker meliputi tumor jinak dan ganas. RKD 2013 menanyakan apakah pernah didiagnosis kanker oleh dokter. Jadi lebih memfokuskan pada tumor ganas/kanker. Pertanyaan tentang hipertiroid tidak ada dalam RKD 2007 namun pada RKD 2013 ditanyakan apakah pernah didiagnosis hipertiroid oleh dokter? Prevalensi yang didapat berdasar pertanyaan tentu akan lebih rendah dari kenyataan sebenarnya karena biasanya penduduk berobat ke tenaga medis setelah ada gejala dimana penyakit sebenarnya sudah berlanjut. Tekanan darah pada waktu RKD 2007 diukur dengan tensimeter digital merek Omron tipe IA2 dan pengukuran dilakukan pada lengan kanan sesuai pedoman. RKD 2013 menggunakan tensimeter digital merek Omron tipe IA1 karena tipe IA2 diskontinu dan sesuai pedoman, diukur pada lengan kiri. Orang Indonesia umumnya menggunakan lengan kanan yang lebih banyak gerak dari pada lengan kiri dan telah diketahui hasil pengukuran lengan kanan sedikit lebih tinggi dari lengan kiri. Pada RKD 2007 pertanyaan penyakit jantung digabung (kongenital/ jantungkoroner/ gagaljantung/ jantung reumatik, dll) yaitu apakah pernah didiagnosis penyakit jantung oleh tenaga kesehatan? Pada RKD 2013 pertanyaan berupa apakah pernah didiagnosis menderita penyakit jantung koroner oleh dokter? Bagi yang belum terdiagnosis dilanjutkan dengan pertanyaan gejala sesuai kriteria "*Rose Quesionnaire*". Untuk penyakit gagal jantung pertanyaan yang diajukan adalah apakah pernah didiagnosis penyakit gagal jantung oleh dokter? Bagi yang belum terdiagnosis dilanjutkan dengan pertanyaan gejala terkait gagal jantung. Pada RKD 2013 juga terdapat pertanyaan apakah pernah didiagnosis penyakit gagal ginjal kronis dan batu ginjal oleh dokter? Pertanyaan untuk stroke dan rematik sama dengan tahun 2007 yaitu apakah pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan dan dilanjutkan dengan pertanyaan gejala terkait penyakit.

Informasi hasil analisis penyakit tidak menular (PTM) meliputi (1) asma (2) PPOK (3) kanker (4) DM (5) hipertiroid (6) hipertensi (7) jantung koroner (8) gagal jantung (9) stroke (10) gagal ginjal kronis (11) batu ginjal (12) penyakit sendi/rematik disajikan dalam bentuk tabel. Untuk beberapa penyakit, ditambahkan bentuk grafik kecenderungan 2007 dan 2013. Tabel menunjukkan prevalensi nasional dan provinsi, serta karakteristik sosiodemografi. Istilah D dalam tabel berarti telah didiagnosis tenaga kesehatan, D/G adalah hasil diagnosis ditambah gejala (yang belum

terdiagnosis). Untuk kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes diberi inisial D, dan gabungan kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes dengan kasus hipertensi berdasarkan riwayat sedang minum obat hipertensi sendiri diberi istilah DO (diagnosis atau minum obat sendiri), hasil berdasarkan pengukuran diberi inisial U. Kecenderungan prevalensi penyakit dalam RKD 2007 dan 2013 (DM, hipertensi, stroke, dan sendi/rematik) disajikan dalam bentuk grafik.

3.5.1. Asma

Asma merupakan gangguan inflamasi kronik di jalan napas. Dasar penyakit ini adalah hiperaktivitas bronkus dan obstruksi jalan napas. Gejala asma adalah gangguan pernapasan (sesak), batuk produktif terutama pada malam hari atau menjelang pagi, dan dada terasa tertekan. Gejala tersebut memburuk pada malam hari, adanya alergen (seperti debu, asap rokok), sedang menderita sakit seperti demam. Gejala hilang dengan atau tanpa pengobatan. Didefinisikan sebagai asma jika pernah mengalami gejala sesak napas yang terjadi pada salah satu atau lebih kondisi: terpapar udara dingin **dan/atau** debu **dan/atau** asap rokok **dan/atau** stres **dan/atau** flu atau infeksi **dan/atau** kelelahan **dan/atau** alergi obat **dan/atau** alergi makanan dengan disertai salah satu atau lebih gejala: mengi **dan/atau** sesak napas berkurang atau menghilang dengan pengobatan **dan/atau** sesak napas berkurang atau menghilang tanpa pengobatan **dan/atau** sesak napas lebih berat dirasakan pada malam hari atau menjelang pagi **DAN** jika pertama kali merasakan sesak napas saat berumur <40 tahun (usia serangan terbanyak).

3.5.2. Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)

PPOK adalah penyakit kronik saluran napas yang ditandai dengan hambatan aliran udara khususnya udara ekspirasi dan bersifat progresif lambat (semakin lama semakin memburuk), disebabkan oleh pajanan faktor risiko seperti merokok, polusi udara di dalam maupun di luar ruangan. Onset (awal terjadinya penyakit) biasanya pada usia pertengahan dan tidak hilang dengan pengobatan. Didefinisikan sebagai PPOK jika pernah mengalami sesak napas yang bertambah ketika beraktifitas **dan/atau** bertambah dengan meningkatnya usia disertai batuk berdahak **ATAU** pernah mengalami sesak napas disertai batuk berdahak dan nilai Indeks Brinkman ≥ 200 . Indeks Brinkman adalah jumlah batang rokok yang diisap, dihitung sebagai lama merokok (dalam tahun) dikalikan dengan jumlah rokok yang diisap per hari. Hasil yang didapat melalui kuesioner akan lebih rendah dibanding pemeriksaan spirometri karena PPOK baru ada keluhan bila fungsi paru sudah menurun banyak.

3.5.3. Kanker

Kanker atau tumor ganas adalah pertumbuhan sel/jaringan yang tidak terkendali, terus bertumbuh/bertambah, immortal (tidak dapat mati). Sel kanker dapat menyusup ke jaringan sekitar dan dapat membentuk anak sebar. Diagnosis kanker maupun jenis kanker ditegakkan berdasarkan hasil wawancara terhadap pertanyaan pernah didiagnosis menderita kanker oleh dokter.

Tabel 3.5.1 mencakup informasi prevalensi asma, PPOK, dan kanker di Kalimantan Barat masing-masing 3,2 persen, 3,5 persen, dan 0,8 per mil. Prevalensi asma tertinggi terdapat di Pontianak (6,4%), diikuti Kayong Utara (5,5%), Kota Singkawang (5,3%), dan Sekadau (4,8%). Prevalensi PPOK tertinggi terdapat di Sekadau (10,0%), diikuti Melawi (5,1%), Kubu Raya (4,8%), Pontianak dan Sambas masing-masing 4,7 persen. Prevalensi kanker tertinggi terdapat di Pontianak dan Kota Singkawang (0,2%), diikuti Bengkayang, Ketapang, Sintang dan Melawi masing-masing 0,1 per mil.

Tabel 3.5.1
Prevalensi penyakit asma, PPOK, dan kanker menurut kabupaten/kota
di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Asma*	PPOK**	Kanker (‰)***
Sambas	3,6	4,7	0,0
Bengkayang	2,3	2,7	0,1
Landak	1,6	1,0	
Pontianak	6,4	4,7	0,2
Sanggau	3,9	3,8	0,0
Ketapang	4,4	3,4	0,1
Sintang	1,2	1,7	0,1
Kapuas Hulu	3,0	1,9	0,0
Sekadau	4,8	10,0	
Melawi	4,5	5,1	0,1
Kayong Utara	5,5	3,9	0,0
Kubu Raya	2,8	4,8	
Kota Pontianak	1,1	1,0	0,0
Kota Singkawang	5,3	4,3	0,2
Provinsi Kalimantan Barat	3,2	3,5	0,8

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

*Wawancara semua umur berdasarkan gejala

**Wawancara umur ≥ 30 tahun berdasarkan gejala

***Wawancara semua umur menurut diagnosis dokter

Dari tabel 3.5.2 menurut karakteristik terlihat prevalensi asma, PPOK, dan kanker meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Prevalensi asma pada kelompok umur ≥ 45 tahun mulai menurun. Prevalensi kanker agak tinggi pada remaja (0,1‰) dan meningkat pada umur ≥ 45 tahun. Prevalensi asma seimbang antara laki-laki dengan perempuan, sedangkan prevalensi kanker pada perempuan cenderung lebih tinggi dari pada laki-laki, PPOK lebih tinggi pada laki-laki dibanding perempuan. Prevalensi asma dan PPOK di perdesaan cenderung lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan dan, lebih tinggi di perdesaan dari perkotaan. Prevalensi kanker di kota cenderung lebih tinggi dari pada di desa. Prevalensi asma dan PPOK cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah dan kuintil indeks kepemilikan terbawah.. Pada penyakit kanker, prevalensi cenderung lebih tinggi pada pendidikan tinggi dan pada kelompok dengan kuintil indeks kepemilikan teratas.

Tabel 3.5.2
Prevalensi penyakit asma, PPOK dan kanker menurut karakteristik responden
di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Asma*	PPOK**	Kanker(%)***
Kelompok umur (tahun)			
< 1	1,3		
1- 4	4,3		
5-14	2,5		
15-24	2,6		0,0
25-34	3,5	1,0	0,1
35-44	4,5	1,8	0,1
45-54	2,9	3,0	0,2
55-64	2,5	7,1	0,2
65-74	4,4	11,5	0,0
75+	1,3		
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	3,2	4,1	0,2
Perempuan	3,2	2,8	0,5
Pendidikan			
Tidak Sekolah	3,8	8,2	0,1
Tidak Tamat SD	3,0	5,5	0,1
Tamat SD	3,7	3,5	0,2
Tamat SMP	2,5	1,1	0,2
Tamat SMA	2,5	1,0	0,2
Tamat PT	2,7	1,1	0,1
Status Pekerjaan			
Tidak Bekerja	8,7	3,4	0,4
Pegawai	3,7	1,2	0,2
Wiraswasta	5,4	1,9	0,2
Petani/Nelayan/Buruh	2,8	4,6	0,1
Lainnya	2,4	3,5	0,1
Tempat Tinggal			
Perkotaan	2,4	1,9	0,5
Perdesaan	3,5	4,2	0,3
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	4,1	5,9	0,0
Menengah bawah	3,5	4,3	0,1
Menengah	2,8	2,7	0,2
Menengah atas	2,8	2,3	0,1
Teratas	2,7	1,6	0,3

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

3.5.4. Diabetes Melitus

Diabetes melitus adalah penyakit metabolisme yang merupakan suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang karena adanya peningkatan kadar glukosa darah di atas nilai normal. Penyakit ini disebabkan gangguan metabolisme glukosa akibat kekurangan insulin baik secara absolut maupun relatif. Ada 2 tipe diabetes melitus yaitu diabetes tipe I/ diabetes *juvenile* yaitu diabetes yang umumnya didapat sejak masa kanak-kanak dan diabetes tipe II yaitu diabetes yang didapat setelah dewasa.

Gejala diabetes antara lain: rasa haus yang berlebihan (polidipsi), sering kencing (poliuri) terutama malam hari, sering merasa lapar (poliphagi), berat badan yang turun dengan cepat, keluhan lemah, kesemutan pada tangan dan kaki, gatal-gatal, penglihatan jadi kabur, impotensi, luka sulit sembuh, keputihan, penyakit kulit akibat jamur di bawah lipatan kulit, dan pada ibu-ibu sering melahirkan bayi besar dengan berat badan >4 kg. Didefinisikan sebagai DM jika pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh dokter atau belum pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh dokter tetapi dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: sering lapar dan sering haus dan sering buang air kecil & jumlah banyak dan berat badan turun.

3.5.5. Penyakit hipertiroid

Penyakit hipertiroid adalah suatu keadaan ketika fungsi kelenjar gondok (tiroid) menjadi berlebihan. Kelebihan fungsi kelenjar tersebut meningkatkan produksi hormon tiroid yang mempengaruhi metabolisme tubuh. Gejala penyakit hipertiroid antara lain: jantung berdebar-debar, berkeringat banyak, penurunan berat badan, cemas, tidak tahan terhadap udara dingin, dan lain-lain. Didefinisikan sebagai hipertiroid jika pernah didiagnosis hipertiroid oleh dokter.

3.5.6. Hipertensi/Tekanan darah tinggi

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung dan ginjal. Didefinisikan sebagai hipertensi jika pernah didiagnosis menderita hipertensi/penyakit tekanan darah tinggi oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau belum pernah didiagnosis menderita hipertensi tetapi saat diwawancara sedang minum obat medis untuk tekanan darah tinggi (minum obat sendiri). Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Kriteria JNC VII 2003 hanya berlaku untuk umur ≥ 18 tahun, maka prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah dihitung hanya pada penduduk umur ≥ 18 tahun. Mengingat pengukuran tekanan darah dilakukan pada penduduk umur ≥ 15 tahun maka temuan kasus hipertensi pada umur 15-17 tahun sesuai kriteria JNC VII 2003 akan dilaporkan secara garis besar sebagai tambahan informasi.

Dari tabel 3.5.3. terlihat prevalensi diabetes dan hipertiroid di Kalimantan Barat berdasar wawancara yang terdiagnosis dokter sebesar 0,8 persen dan 0,1 persen. DM terdiagnosis dokter dan gejala sebesar 1,0 persen. Prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter tertinggi terdapat di Kota Singkawang (2,7%), Pontianak (2,4%), Melawi (1,2%) dan Kota Pontianak (1,0%). Prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter dan gejala, tertinggi terdapat di Pontianak (2,9%), Sekadau (1,7%), Kubu Raya dan Kota Pontianak masing-masing 1 persen. Prevalensi hipertiroid tertinggi di Kayong Utara (0,4%), Sanggau dan Melawi (masing-masing 0,3%), Pontianak dan Kapuas Hulu (masing-masing 0,2%).

Prevalensi hipertensi di Kalimantan Barat yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 28,3 persen, tertinggi di Kayong Utara (36,4%), diikuti Kota Pontianak (33,1%), Sambas (32,3%) dan Kubu Raya (31,4%). Prevalensi hipertensi di Kalimantan Barat yang didapat melalui kuesioner terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 8,0 persen, yang didiagnosis

tenaga kesehatan dan minum obat sebesar 8,1 persen. Jadi, ada 0,1 persen yang minum obat sendiri.

Tabel 3.5.3
Prevalensi diabetes, hipertiroid pada umur ≥ 15 tahun dan hipertensi pada umur ≥ 18 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Diabetes		Hipertiroid	Hipertensi		
				Wawancara		Pengukuran
	D	D/G	D	D	D/O	U
Sambas	0,3	0,3		7,2	7,2	32,2
Bengkayang	0,7	0,8	0,0	5,4	5,6	20,4
Landak	0,2	0,2	0,2	6,0	6,0	22,6
Pontianak	2,4	2,9	0,1	12,3	12,6	27,3
Sanggau	0,8	1,3	0,3	8,7	8,8	30,0
Ketapang	0,4	0,6	0,1	8,1	8,1	25,8
Sintang	0,6	0,6	0,1	9,4	9,4	24,6
Kapuas Hulu	0,4	0,5	0,2	9,2	9,3	25,2
Sekadau	0,7	1,7	0,1	12,1	12,2	31,6
Melawi	1,2	1,3	0,3	8,7	8,7	23,3
Kayong Utara	0,6	0,7	0,4	6,9	7,0	36,4
Kubu Raya	0,7	1,0	0,1	5,7	5,8	31,4
Kota Pontianak	1,0	1,0		7,0	7,1	33,1
Kota Singkawang	2,7		0,2	9,9	10,0	25,7
Provinsi Kalimantan Barat	0,8	1,0	0,1	8,0	8,1	28,3

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Dari tabel 3.5.4 terlihat prevalensi diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter dan gejala meningkat sesuai dengan bertambahnya umur, namun mulai umur ≥ 65 tahun cenderung menurun. Prevalensi hipertiroid cenderung meningkat seiring bertambahnya umur dan menetap mulai umur ≥ 45 tahun. Prevalensi hipertensi berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan dan pengukuran terlihat meningkat dengan bertambahnya umur. Prevalensi DM, hipertiroid, dan hipertensi pada perempuan cenderung lebih tinggi dari pada laki-laki. Prevalensi DM, hipertiroid, dan hipertensi di perkotaan cenderung lebih tinggi dari pada perdesaan.

Prevalensi DM cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi dan dengan kuintil indeks kepemilikan tinggi. Prevalensi hipertensi cenderung lebih tinggi pada kelompok pendidikan lebih rendah dan kelompok tidak bekerja, mungkin akibat ketidaktahuan tentang pola makan yang baik. .

Tabel 3.5.4
Prevalensi diabetes, hipertiroid, hipertensi menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Diabetes *		Hipertiroid*	Hipertensi**		
	D	D/G		Wawancara		Pengukuran
	D	D/G	D	D	D/O	U
Kelompok umur (tahun)						
15-24	0,0	0,4	0,0	1,1	1,1	10,7
25-34	0,1	0,4	0,2	2,3	2,4	17,9
35-44	0,5	0,6	0,1	7,5	7,7	28,9
45-54	1,9	2,1	0,3	13,7	13,8	39,3
55-64	3,2	3,2	0,2	19,0	19,1	53,1
65-74	2,1	2,1		28,4	28,7	66,3
75+	2,9	3,4		25,3	25,3	67,4
Jenis Kelamin						
Laki-Laki	0,6	0,9	0,0	5,5	5,5	26,1
Perempuan	1,0	1,2	0,2	10,6	10,7	30,7
Pendidikan						
Tidak Sekolah	0,7	1,0	0,2	16,1	16,2	43,0
Tidak Tamat SD	1,0	1,2	0,1	10,7	10,9	33,4
Tamat SD	0,8	1,1	0,1	8,6	8,7	29,0
Tamat SMP	0,6	0,7	0,0	5,5	5,5	23,6
Tamat SMA	0,7	0,9	0,2	4,4	4,4	22,2
Tamat PT	2,1	2,4	0,2	6,0	6,1	27,5
Status Pekerjaan						
Tidak Bekerja	1,2	1,4	0,2	10,6	10,7	31,3
Pegawai	1,1	1,4	0,0	5,7	5,7	25,7
Wiraswasta	0,9	1,2	0,0	5,5	5,5	25,5
Petani/Nelayan/Buruh	0,3	0,4	0,1	7,3	7,4	27,7
Lainnya	0,7	1,1	0,2	7,8	8,1	27,7
Tempat Tinggal						
Perkotaan	1,4	1,6	0,1	8,3	8,4	31,0
Perdesaan	0,5	0,7	0,1	7,8	7,9	27,1
Kuintil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	0,1	0,3	0,2	6,3	6,4	24,8
Menengah bawah	0,6	0,8	0,1	8,0	8,1	29,0
Menengah	0,7	0,8	0,1	8,6	8,7	30,0
Menengah atas	1,2	1,4	0,1	9,0	9,1	28,6
Teratas	1,6	2,1	0,2	8,0	8,0	29,2

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

*Umur \geq 15 tahun

**Umur \geq 18 tahun

3.5.7. Penyakit Jantung

Penyakit jantung pada orang dewasa yang sering ditemui adalah penyakit jantung koroner dan gagal jantung. Responden biasanya mengetahui penyakit jantung yang diderita sebagai penyakit jantung saja. Cara membedakannya dengan menanyakan gejala yang dialami responden.

3.5.7.1 Penyakit jantung koroner

Penyakit jantung koroner adalah gangguan fungsi jantung akibat otot jantung kekurangan darah karena adanya penyempitan pembuluh darah koroner. Secara klinis, ditandai dengan nyeri dada atau terasa tidak nyaman di dada atau dada terasa tertekan berat ketika sedang mendaki/kerja berat ataupun berjalan terburu-buru pada saat berjalan di jalan datar atau berjalan jauh. Didefinisikan sebagai PJK jika pernah didiagnosis menderita PJK (*angina pectoris* dan/atau *infark miokard*) oleh dokter atau belum pernah didiagnosis menderita PJK tetapi pernah mengalami gejala/riwayat: nyeri di dalam dada/rasa tertekan berat/tidak nyaman di dada dan nyeri/tidak nyaman di dada dirasakan di dada bagian tengah/dada kiri depan/menjalar ke lengan kiri dan nyeri/tidak nyaman di dada dirasakan ketika mendaki/naik tangga/berjalan tergesa-gesa dan nyeri/tidak nyaman di dada hilang ketika menghentikan aktifitas/istirahat.

3.5.7.2 Penyakit gagal jantung

Gagal Jantung/*Payah Jantung (fungsi jantung lemah)* adalah ketidakmampuan jantung memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh yang ditandai dengan sesak nafas pada saat beraktifitas dan/atau saat tidur terlentang tanpa bantal, dan/atau tungkai bawah membengkak. Didefinisikan sebagai penyakit gagal jantung jika pernah didiagnosis menderita penyakit gagal jantung (*decompensatio cordis*) oleh dokter atau belum pernah didiagnosis menderita penyakit gagal jantung tetapi mengalami gejala/riwayat: sesak napas pada saat aktifitas dan sesak napas saat tidur terlentang tanpa bantal dan kapasitas aktivitas fisik menurun/mudah lelah dan tungkai bawah bengkak.

3.5.8. Stroke

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal dan/ atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan syaraf tersebut menimbulkan gejala antara lain: kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), mungkin perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain. Didefinisikan sebagai stroke jika pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau belum pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh nakes tetapi pernah mengalami secara mendadak keluhan kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh yang disertai kesemutan atau baal satu sisi tubuh atau mulut menjadi mencong tanpa kelumpuhan otot mata atau bicara pelo atau sulit bicara/komunikasi dan atau tidak mengerti pembicaraan.

Tabel 3.5.5 menunjukkan prevalensi jantung koroner berdasarkan wawancara terdiagnosis dokter di Kalimantan Barat sebesar 0,3 persen, dan berdasarkan terdiagnosis dokter dan gejala sebesar 0,9 persen. Prevalensi jantung koroner berdasarkan terdiagnosis dokter tertinggi Kota Pontianak (0,6%) diikuti Kubu Raya (0,5%), Sanggau dan Kota Singkawang masing-masing 0,4% dan Bengkayang serta Kayong Utara masing-masing 0,3 persen. Sementara prevalensi jantung koroner menurut diagnosis dan gejala tertinggi di Sekadau (3,2%), diikuti Sanggau (2,9%), Pontianak (1,7%), dan Kota Singkawang (0,9%).

Prevalensi gagal jantung berdasar wawancara terdiagnosis dokter di Kalimantan Barat sebesar 0,08 persen, dan yang terdiagnosis dokter dan gejala sebesar 0,2 persen. Prevalensi gagal jantung berdasarkan terdiagnosis dokter tertinggi Kota Singkawang (0,3%), disusul Sambas, Pontianak, Kayong Utara masing-masing 0,2 persen. Prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnosis dan gejala tertinggi di Sekadau (0,5%), diikuti Pontianak (0,4%), Sanggau (0,3%) sementara Sambas, Bengkayang dan Kayong Utara sebesar 0,2 persen.

Prevalensi stroke di Kalimantan Barat berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,4 permil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala sebesar 10,0 permil. Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Sambas (1,0‰), diikuti Pontianak dan Kota Singkawang (0,9‰), Sanggau dan Kapuas Hulu (0,6‰) serta Kota Pontianak sebesar 0,5 permil. Prevalensi Stroke berdasarkan terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sambas (1,3‰), Pontianak dan sekadau (1,0‰), Sanggau dan Kota Singkawang masing-masing sebesar 0,9 permil.

Tabel 3.5.5
Prevalensi penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan stroke pada umur ≥ 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Jantung Koroner		Gagal jantung		Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/G	D	D/G
Sambas	0,1	0,6	0,2	0,2	1,0	1,3
Bengkayang	0,3	0,5	0,1	0,2	0,3	0,4
Landak	0,2	0,3			0,3	0,5
Pontianak	0,6	1,7	0,2	0,4	0,9	1,3
Sanggau	0,4	2,9		0,3	0,6	0,9
Ketapang	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4	0,6
Sintang	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3
Kapuas Hulu	0,1	0,2		0,0	0,6	0,6
Sekadau	0,1	3,2	0,0	0,5	0,4	1,0
Melawi	0,0	0,4	0,0	0,0	0,3	0,6
Kayong Utara	0,3	0,3	0,2	0,2	0,4	0,4
Kubu Raya	0,5	0,7		0,1	0,4	0,6
Kota Pontianak	0,6	0,7	0,1	0,1	0,5	0,6
Kota Singkawang	0,4	0,9	0,3	0,4	0,9	0,9
Provinsi Kalimantan Barat	0,3	0,9	0,08	0,2	7,4	10,0

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Tabel 3.5.6 menunjukkan prevalensi penyakit jantung koroner (PJK) berdasarkan wawancara yang didiagnosis dokter serta yang didiagnosis dokter & gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 55-64 tahun yaitu 2,0 persen dan 3,6 persen, menurun sedikit pada kelompok umur 65-74 tahun. Prevalensi PJK yang didiagnosis dokter dan gejala lebih tinggi pada perempuan (1,0%). Prevalensi PJK lebih tinggi pada masyarakat tidak bersekolah dan pekerja wiraswasta. Berdasar PJK terdiagnosis dokter prevalensi lebih tinggi diperkotaan dan pada kuintil indeks kepemilikan teratas.

Tabel 3.5.6
Prevalensi penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan stroke pada umur ≥ 15 tahun menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Jantung Koroner		Gagal jantung		Stroke (%)	
	D	D/G	D	D/G	D	D/G
Kelompok umur (tahun)						
15-24	0,0	0,4		0,1	0,0	0,2
25-34	0,1	0,5		0,0	0,0	0,3
35-44	0,3	0,8	0,0	0,1	0,5	1,0
45-54	0,6	1,5	0,1	0,2	1,9	2,4
55-64	1,0	2,1	0,5	0,7	2,4	2,9
65-74	0,8	1,5	0,2	0,5	1,6	2,0
75+	1,8	2,0	0,1	0,8	0,8	1,1
Jenis Kelamin						
Laki-Laki	0,3	0,8	0,0	0,1	4,2	5,2
Perempuan	0,3	1,0	0,1	0,2	3,2	4,8
Pendidikan						
Tidak Sekolah	0,5	1,7	0,2	0,3	1,1	2,0
Tidak Tamat SD	0,2	1,0	0,2	0,3	1,4	1,8
Tamat SD	0,3	1,0	0,1	0,1	3,1	3,9
Tamat SMP	0,2	0,6	0,0	0,1	0,7	0,9
Tamat SMA	0,3	0,5	0,1	0,1	0,8	1,1
Tamat PT	0,9	1,0	0,0	0,0	0,3	0,3
Status Pekerjaan						
Tidak Bekerja	0,4	0,9	0,1	0,2	4,2	5,5
Pegawai	0,4	0,6	0,1	0,1	0,4	0,4
Wiraswasta	0,5	0,8	0,0	0,1	0,6	0,6
Petani/Nelayan/Buruh	0,1	1,0	0,1	0,1	1,7	2,8
Lainnya	0,0	0,8	0,1	0,1	0,4	0,6
Tempat Tinggal						
Perkotaan	0,5	0,9	0,1	0,2	3,5	4,1
Perdesaan	0,2	0,9	0,1	0,2	3,8	5,8
Kuintil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	0,1	0,8		0,1	0,2	2,4
Menengah bawah	0,1	1,0	0,1	0,3	0,3	2,3
Menengah	0,3	0,6	0,1	0,1	0,9	2,2
Menengah atas	0,5	1,1	0,1	0,2	1,2	2,3
Teratas	0,5	1,0	0,0	0,1	1,3	2,4

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur 55 – 64 tahun (0,5%) untuk yang terdiagnosis dokter, menurun sedikit pada umur \geq 65 tahun (0,2%), tetapi untuk yang terdiagnosis dokter dan gejala tertinggi pada umur \geq 75 tahun (0,8%). Untuk yang didiagnosis dokter prevalensi lebih tinggi pada perempuan (0,1%) dibanding laki-laki (0,0%), berdasar didiagnosis dokter dan gejala prevalensi lebih tinggi pada perempuan (0,2%) dibanding laki-laki (0,1%),. Prevalensi yang didiagnosis dokter dan gejala lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah, sama banyak antara di perkotaan dan di perdesaan (0,2% vs 0,1%). Prevalensi yang didiagnosis dokter lebih tinggi pada kuintil indeks kepemilikan menengah ke bawah. Untuk yang terdiagnosis dokter dan gejala sama banyak antara perkotaan dan perdesaan dan dengan kuintil indeks kepemilikan menengah bawah-atas.

Prevalensi penyakit stroke pada kelompok yang didiagnosis nakes serta yang didiagnosis nakes dan gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur 55-64 tahun (2,4% dan 2,9%). Prevalensi yang terdiagnosis nakes dan didiagnosis nakes diikuti gejala pada laki-laki lebih tinggi daripada wanita.

Prevalensi stroke cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah (tamat SD) baik yang didiagnosis nakes (3,1%) maupun diagnosis nakes dan gejala (3,9%). Prevalensi stroke di desa lebih tinggi dari di kota, baik berdasarkan diagnosis nakes (3,8%) maupun berdasarkan diagnosis nakes dan gejala (5,8%). Prevalensi lebih tinggi pada masyarakat yang tidak bekerja baik yang didiagnosis nakes (4,2%) maupun yang didiagnosis nakes dan gejala (5,5%). Prevalensi stroke yang didiagnosis dan gejala lebih tinggi pada kuintil indeks kepemilikan terbawah 2,4 permil, sedangkan yang didiagnosis nakes lebih tinggi pada kuintil kepemilikan teratas (1,3 permil).

3.5.9. Penyakit ginjal

Penyakit ginjal adalah kelainan yang mengenai organ ginjal yang timbul akibat berbagai faktor, misalnya infeksi, tumor, kelainan bawaan, penyakit metabolik atau degeneratif, dan lain-lain. Kelainan tersebut dapat mempengaruhi struktur dan fungsi ginjal dengan tingkat keparahan yang berbeda-beda. Pasien mungkin merasa nyeri, mengalami gangguan berkemih, dan lain-lain. Terkadang pasien penyakit ginjal tidak merasakan gejala sama sekali. Pada keadaan terburuk, pasien dapat terancam nyawanya jika tidak menjalani hemodialisis (cuci darah) berkala atau transplantasi ginjal untuk menggantikan organ ginjalnya yang telah rusak parah. Di Indonesia, penyakit ginjal yang cukup sering dijumpai antara lain adalah penyakit gagal ginjal dan batu ginjal. Didefinisikan sebagai gagal ginjal kronis jika pernah didiagnosis menderita penyakit gagal ginjal kronis (minimal sakit selama 3 bulan berturut-turut) oleh dokter. Didefinisikan sebagai penyakit batu ginjal jika pernah didiagnosis mengalami penyakit batu ginjal oleh dokter.

3.5.10. Penyakit Sendi/Rematik/Encok

Penyakit sendi/rematik/encok adalah suatu penyakit inflamasi sistemik kronik pada sendi-sendi tubuh. Gejala klinik penyakit sendi/ rematik berupa gangguan nyeri pada persendian yang disertai kekakuan, merah, dan pembengkakan yang bukan disebabkan karena benturan/kecelakaan dan berlangsung kronis. Gangguan terutama muncul pada waktu pagi hari. Didefinisikan sebagai penyakit sendi/rematik/encok jika pernah didiagnosis menderita penyakit sendi/rematik/encok oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau ketika bangun tidur pagi hari pernah menderita salah satu gejala: sakit/nyeri atau merah atau kaku atau bengkak di persendian yang timbul bukan karena kecelakaan.

Tabel 3.5.7 menunjukkan prevalensi gagal ginjal kronis berdasar diagnosis dokter di Kalimantan Barat sebesar 0,2 persen. Prevalensi tertinggi di Melawi sebesar 0,6 persen, diikuti Pontianak 0,4 persen, Sambas 0,3 persen, Sanggau dan Ketapang masing-masing 0,2 persen.

Prevalensi penderita batu ginjal berdasar wawancara terdiagnosis dokter di Kalimantan Barat sebesar 0,4 persen. Prevalensi tertinggi di Pontianak (1,2%), diikuti Ketapang (1,1%), Kubu Raya (0,7%), Kapuas Hulu dan Melawi masing-masing sebesar 0,4 persen.

Prevalensi penyakit sendi berdasar diagnosis nakes di Kalimantan Barat 13,3 persen dan berdasar diagnosis dan gejala 22,3 persen. Prevalensi berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Pontianak (28,3%), diikuti Sambas (24,0%), Melawi (21,9%) dan Landak (17,4%). Prevalensi penyakit sendi berdasarkan diagnosis nakes dan gejala tertinggi di Sekadau (37,4%), diikuti Pontianak (35,1%), dan Sambas (31,9%).

Tabel 3.5.7
Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis, batu ginjal, dan sendi pada umur ≥ 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Gagal Ginjal Kronis	Batu Ginjal	Penyakit Sendi	
	D	D	D	D/G
Sambas	0,3	0,5	24,0	31,9
Bengkayang	0,1	0,1	6,3	18,2
Landak	0,0	0,1	17,4	19,2
Pontianak	0,4	1,2	28,3	35,1
Sanggau	0,2	0,2	6,2	17,2
Ketapang	0,2	1,1	11,2	28,8
Sintang		0,3	16,0	24,6
Kapuas Hulu	0,3	0,6	17,7	20,8
Sekadau	0,1	0,2	10,1	37,4
Melawi	0,6	0,6	21,9	28,6
Kayong Utara	0,0	0,0	8,0	11,9
Kubu Raya		0,7	8,2	13,7
Kota Pontianak	0,1	0,1	7,3	12,2
Kota Singkawang	0,1	0,1	7,2	24,2
Provinsi Kalimantan Barat	0,2	0,4	13,3	22,3

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Tabel 3.5.8 menunjukkan prevalensi penyakit gagal ginjal kronis berdasarkan wawancara yang didiagnosis dokter meningkat seiring dengan bertambahnya umur, meningkat tajam pada kelompok umur 35-44 tahun (0,3%), diikuti umur 55-74 tahun (0,5%), tertinggi pada kelompok umur ≥ 75 tahun (0,5%). Prevalensi pada laki-laki (0,2%) lebih tinggi dari perempuan (0,1%), prevalensi lebih tinggi pada masyarakat perdesaan (0,2%), tamat SD (0,3%), pekerjaan wiraswasta (0,3%), dan kuintil indeks kepemilikan bawah dan atas serta teratas rendah bawah masing-masing 0,2 persen.

Prevalensi penyakit batu ginjal berdasarkan wawancara meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun (1,7%), menurun sedikit pada kelompok umur ≥ 75 tahun (0,5%). Prevalensi lebih tinggi pada perempuan (0,5%) dibanding laki-laki (0,4%). Prevalensi tertinggi pada masyarakat tamat SD (0,6%) serta masyarakat wiraswasta (0,6%) dan status ekonomi kuintil indeks kepemilikan menengah atas (0,6%). Prevalensi di perdesaan lebih tinggi dibandingkan perkotaan (0,5% dan 0,3%).

Tabel 3.5.8
Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis, batu ginjal, dan sendi pada umur ≥ 15 tahun menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Gagal Ginjal Kronis	Batu Ginjal	Penyakit Sendi*	
	D	D	D	D/G
Kelompok umur (tahun)				
15-24	0,0	0,1	1,7	5,2
25-34	0,0	0,3	7,8	15,1
35-44	0,3	0,5	15,5	25,6
45-54	0,1	0,8	22,8	35,0
55-64	0,3	0,6	29,3	45,4
65-74	0,2	1,7	35,2	53,1
75+	0,5	0,5	33,9	55,3
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	0,2	0,4	12,0	20,9
Perempuan	0,1	0,5	14,6	23,8
Pendidikan				
Tidak Sekolah	0,2	0,5	23,5	40,7
Tidak Tamat SD	0,1	0,3	19,2	31,4
Tamat SD	0,3	0,6	16,2	25,7
Tamat SMP	0,1	0,5	8,5	15,1
Tamat SMA	0,0	0,2	6,6	12,4
Tamat PT			6,2	12,1
Status Pekerjaan				
Tidak Bekerja	0,1	0,5	11,3	18,9
Pegawai	0,0	0,2	7,8	14,9
Wiraswasta	0,3	0,6	11,5	18,3
Petani/Nelayan/Buruh	0,1	0,4	17,2	29,2
Lainnya	0,2	0,5	15,2	21,8
Tempat Tinggal				
Perkotaan	0,1	0,3	9,6	16,4
Perdesaan	0,2	0,5	14,9	24,9
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	0,1	0,3	15,4	27,6
Menengah bawah	0,2	0,3	14,1	24,6
Menengah	0,1	0,5	13,5	20,8
Menengah atas	0,2	0,6	11,3	19,4
Teratas	0,2	0,5	11,4	18,1

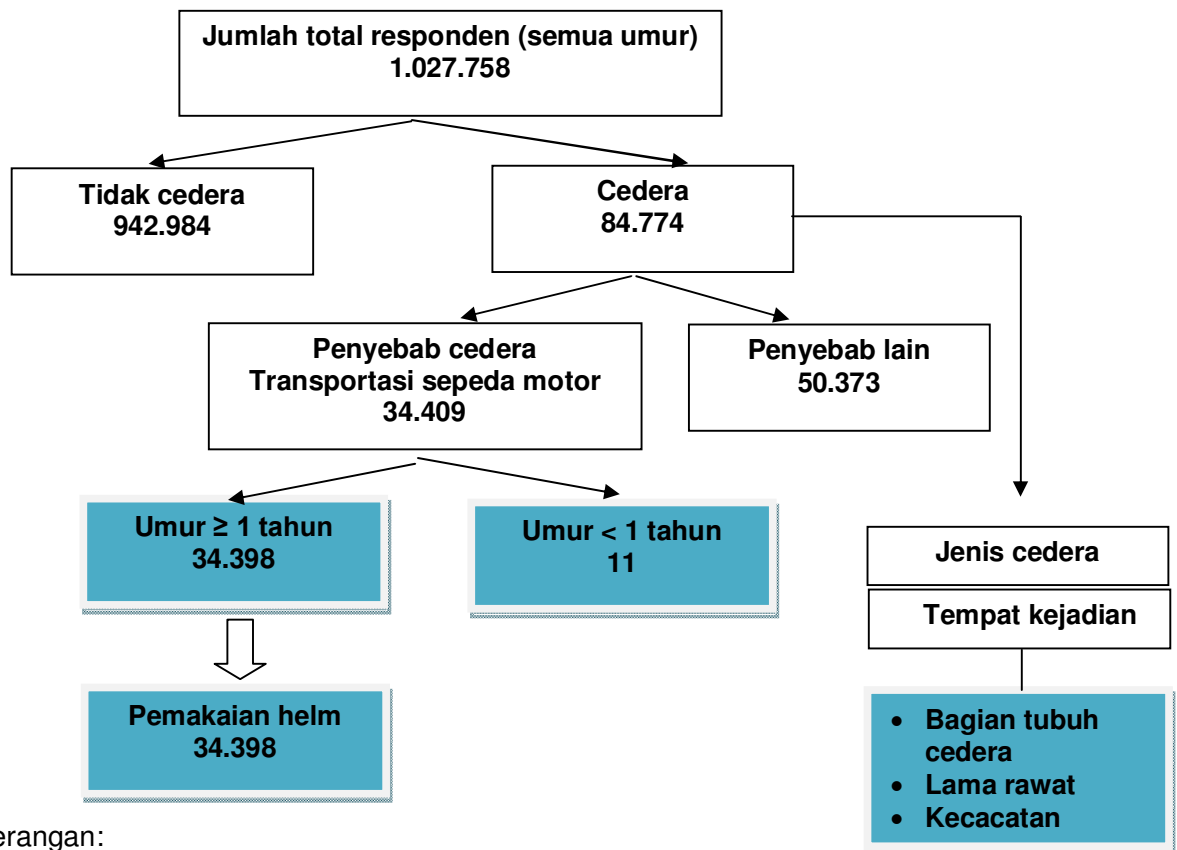
Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Prevalensi penyakit sendi berdasarkan wawancara yang didiagnosis nakes meningkat seiring dengan bertambahnya umur, demikian juga yang didiagnosis nakes dan gejala. Prevalensi tertinggi pada umur ≥ 75 tahun (33,9% dan 55,3%). Prevalensi yang didiagnosis nakes lebih tinggi pada perempuan (14,6%) dibanding laki-laki (12,0%) demikian juga yang didiagnosis nakes dan gejala pada perempuan (23,8%) lebih tinggi dari laki-laki (20,9%). Prevalensi lebih tinggi pada masyarakat tidak bersekolah baik yang didiagnosis nakes (23,5%) maupun diagnosis nakes dan gejala (40,7%). Prevalensi tertinggi pada pekerjaan petani/nelayan/buruh baik yang didiagnosis nakes (17,2%) maupun diagnosis nakes dan gejala (29,2%). Prevalensi yang didiagnosis nakes di perdesaan (14,9%) lebih tinggi dari perkotaan (9,6%), demikian juga yang diagnosis nakes dan gejala di perdesaan (24,9%), di perkotaan (16,4%). Kelompok yang didiagnosis nakes dan terdiagnosis nakes dan gejala prevalensi tertinggi pada kuintil indeks kepemilikan terbawah (15,4% dan 27,6%).

3.6. Cedera

Cedera merupakan kerusakan fisik pada tubuh manusia yang diakibatkan oleh kekuatan yang tidak dapat ditoleransi dan tidak dapat diduga sebelumnya (WHO, 2004). Kasus cedera diperoleh berdasarkan wawancara. Cedera yang ditanyakan adalah peristiwa yang dialami responden selama 12 bulan terakhir untuk semua umur. Definisi cedera dalam Riskesdas adalah kejadian atau peristiwa yang mengalami cedera yang menyebabkan aktivitas sehari-hari terganggu. Untuk kasus cedera yang kejadiannya lebih dari 1 kali dalam 12 bulan, kasus cedera yang ditanyakan adalah cedera yang paling parah menurut pengakuan responden.

Jumlah data yang dianalisis seluruhnya 1.027.758 orang untuk semua umur. Adapun responden yang pernah mengalami cedera 84.774 orang dan tidak cedera 942.984 orang. Responden yang mengalami cedera akibat kecelakaan transportasi sepeda motor sebanyak 34.409 orang. Khusus untuk analisis pemakaian helm diseleksi hanya pada kelompok umur 1 tahun keatas yang jumlahnya sekitar 34.398 orang. Skema jumlah data yang dianalisis sebagai berikut :



Keterangan:

 : ada di laporan Riskesdas 2013 dalam angka

3.6.1. Prevalensi Cedera dan penyebabnya

Penyebab terjadinya cedera meliputi penyebab yang disengaja (*intentional injury*), penyebab yang tidak disengaja (*unintentional injury*) dan penyebab yang tidak bisa ditentukan (*undetermined intent*) (WHO, 2004). Penyebab cedera yang disengaja meliputi bunuh diri, Kekerasan Dalam RT (KDRT) seperti dipukul orang tua/suami/istri/anak), penyerangan, tindakan kekerasan/pelecehan dan lain-lain. Penyebab cedera yang tidak disengaja antara lain: terbakar/tersiram air panas/bahan kimia, jatuh dari ketinggian, digigit/diserang binatang, kecelakaan transportasi darat/laut/udara, kecelakaan akibat kerja, terluka karena benda tajam/tumpul/mesin, kejatuhan benda, keracunan, bencana alam, radiasi, terbakar dan lainnya. Penyebab cedera yang tidak dapat ditentukan (*undetermined intent*) yaitu penyebab cedera yang sulit untuk dimasukkan kedalam kelompok penyebab yang disengaja atau tidak disengaja. Penyebab cedera yang dituliskan dalam laporan ini adalah penyebab yang tidak disengaja. Prevalensi dan proporsi penyebab cedera menurut kabupaten disajikan pada tabel 3.6.1.

Prevalensi cedera secara propinsi adalah 5,2 persen, prevalensi tertinggi ditemukan di Pontianak (12,4%) dan terendah di Bengkayang (1,7%). Kabupaten yang mempunyai prevalensi cedera lebih tinggi dari angka propinsi sebanyak 7 kabupaten.

Penyebab cedera terbanyak yaitu kecelakaan sepeda motor (41,7%) dan jatuh (38,0%) Adapun penyebab cedera yang mempunyai angka proporsi lebih dari 0 meliputi kecelakaan transportasi lainnya (7,7%), terkena benda tajam/tumpul (7,2%), dan kejatuhan (3,7%). Sedangkan untuk penyebab yang belum disebutkan proporsinya sangat kecil.

Penyebab cedera transportasi sepeda motor tertinggi ditemukan di Ketapang (50,1 persen) dan terendah di Sintang (21,6%). Adapun untuk transportasi darat lain proporsi tertinggi terjadi di Sanggau (18,0%) dan terendah ditemukan di Kayong Utara (0,5%). Proporsi jatuh tertinggi di Kayong Utara (53,7%) dan terendah di Ketapang (23,7%). Proporsi tertinggi terkena benda tajam/tumpul terjadi di Sintang (21,4%) dan terendah di Kota Pontianak (1,1%). Penyebab cedera karena kejatuhan ditemukan proporsi tertinggi di Bengkayang (9,6%) dan terendah (tanpa kasus) di Landak, Pontianak, Ketapang, Sintang Melawi, Kayong Utara, Kota Pontianak dan Kota Singkawang.

Adapun untuk gambaran prevalensi cedera dan penyebabnya menurut karakteristik disajikan pada tabel 3.6.2.

Prevalensi cedera tertinggi berdasarkan karakteristik responden yaitu pada kelompok umur 15-24 tahun (7,2%), laki-laki (8,5%), pendidikan tamat SD/MI (5,9%), yang wiraswasta (5,7% persen), bertempat tinggal di perkotaan (5,8%) dan pada kuintil Indeks kepemilikan menengah bawah (5,7%). Ditinjau dari penyebab cederanya, proporsi tertinggi adalah cedera karena kecelakaan sepeda motor (41,7%) pada kelompok umur 15-24 tahun, (64,2%) perempuan (42,1%), ta (61,6%), tamat SMA/MA (67,4%), tinggal di perkotaan (44,2%) dan kuintil indeks kepemilikan atas (53,8%). Selain itu penyebab cedera karena kecelakaan jatuh menempati peringkat kedua menunjukkan proporsi tertinggi yaitu 100 persen pada kelompok umur <1 tahun, perempuan (43,7%), tingkat pendidikan tidak sekolah (82,0%), pekerja lainnya (38,1%), tinggal di perkotaan (41,6%), dan kuintil indeks kepemilikan terbawah (47,0%). Sedangkan penyebab cedera transportasi darat lain proporsi tertinggi terjadi pada umur 5-14 tahun (16,6%), laki-laki sama besarnya dengan perempuan (7,7%), tidak tamat SD/MI (14,0%), tidak bekerja (8,3%) dan bertempat tinggal di perkotaan (8,1%) dan kuintil indeks kepemilikan teratas masing-masing 10,5 persen.

Tabel 3.6.1
Prevalensi cedera dan penyebabnya menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Cedera (%)	Penyebab cedera				
		Sepeda Motor (%)	Trans darat lain (%)	Jatuh (%)	Benda tajam/tumpul (%)	Kejatuhan (%)
Sambas	7,9	37,1	8,8	38,5	7,7	1,3
Bengkayang	1,7	40,5	1,4	28,1	17,6	9,6
Landak	2,2	44,8		41,2	7,9	
Pontianak	12,4	46,6	9,9	37,8	3,5	
Sanggau	5,5	49,7	18,0	26,5	2,7	2,0
Ketapang	3,8	50,1	5,5	23,7	14,2	
Sintang	6,2	21,6	6,2	43,3	21,4	
Kapuas Hulu	2,0	46,1	7,1	28,5	12,2	
Sekadau	5,3	44,0	4,3	36,5	6,9	2,9
Melawi	3,3	46,2	2,4	45,2	2,5	
Kayong Utara	3,0	41,3	0,5	53,7	1,6	
Kubu Raya	6,4	48,4	6,6	36,4	4,5	
Kota Pontianak	3,4	38,8	3,9	51,8	1,1	
Kota Singkawang	8,0	36,8	8,1	47,1	2,9	
Provinsi Kalimantan Barat	5,2	41,7	7,7	38,0	7,2	3,7

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

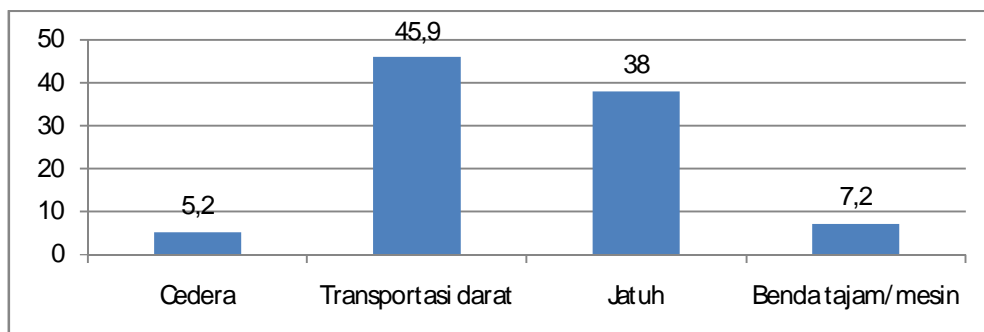
Tabel 3.6.2
Prevalensi cedera dan penyebabnya menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Cedera (%)	Penyebab cedera				Kejatuhan (%)
		Sepeda Motor (%)	Trans darat lain (%)	Jatuh (%)	Benda tajam/tumpul (%)	
Sambas	7,9	37,1	8,8	38,5	7,7	1,3
Bengkayang	1,7	40,5	1,4	28,1	17,6	9,6
Landak	2,2	44,8		41,2	7,9	
Pontianak	12,4	46,6	9,9	37,8	3,5	
Sanggau	5,5	49,7	18,0	26,5	2,7	2,0
Ketapang	3,8	50,1	5,5	23,7	14,2	
Sintang	6,2	21,6	6,2	43,3	21,4	
Kapuas Hulu	2,0	46,1	7,1	28,5	12,2	
Sekadau	5,3	44,0	4,3	36,5	6,9	2,9
Melawi	3,3	46,2	2,4	45,2	2,5	
Kayong Utara	3,0	41,3	0,5	53,7	1,6	
Kubu Raya	6,4	48,4	6,6	36,4	4,5	
Kota Pontianak	3,4	38,8	3,9	51,8	1,1	
Kota Singkawang	8,0	36,8	8,1	47,1	2,9	
Provinsi Kalimantan Barat	5,2	41,7	7,7	38,0	7,2	3,7

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Prevalensi cedera dikumpulkan pada Riskesdas tahun 2007 dan tahun 2013 dengan pertanyaan yang sama. Gambaran kecenderungan prevalensi cedera dan penyebabnya disajikan pada Gambar 3.6.1.

Penyebab cedera yang dapat dilaporkan kecenderungannya dari tahun 2007 dengan 2013 hanya untuk transportasi darat (transportasi sepeda motor dan darat lainnya), jatuh dan terkena benda tajam/tumpul. Adapun untuk penyebab cedera akibat transportasi darat tampak ada kenaikan cukup tinggi yaitu dari 25,9 persen menjadi 41,7 persen. Sedangkan untuk penyebab cedera yang menunjukkan penurunan proporsi terlihat pada jatuh yaitu dari 58 persen menjadi 38 persen dan terkena benda tajam/tumpul dari 20,6 persen menjadi hanya 7,2 persen.



Gambar 3.6.1
Kecenderungan prevalensi cedera dan penyebabnya di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.6.2. Jenis cedera

Jenis cedera merupakan jenis atau macam luka akibat trauma yang telah dialami yang dapat menyebabkan terganggunya aktifitas sehari-hari. Seseorang yang cedera bisa mengalami minimal 1 jenis (*multiple injuries*). Gambaran proporsi jenis cedera yang dialami penduduk menurut kabupaten disajikan pada Tabel 3.6.3.

Proporsi jenis cedera di Kalimantan Barat di dominasi oleh luka lecet/memar sebesar 71,1 persen, terbanyak terdapat di Pontianak (82,0%) dan yang terendah di Kayong Utara yaitu 33,5 persen. Jenis cedera terbanyak ke dua adalah terkilir, rata-rata di Kalimantan Barat 25,4 persen. Ditemukan terkilir terbanyak di Kayong Utara sebesar 49,7 persen. Luka robek menduduki urutan ketiga jenis cedera terbanyak, jenis luka ini tertinggi ditemukan di Kota Singkawang sekitar 42,8 persen jauh di atas Kalimantan Barat yaitu 23,2 persen dan terendah di Kayong Utara (15,4%). Jenis cedera lainnya proporsinya kecil, patah tulang 6,0 persen dan cedera lainnya 1,7 persen. Adapun untuk gambaran proporsi jenis cedera menurut karakteristik disajikan pada Tabel 3.6.4. Tabel 3.6.4 memberikan gambaran proporsi jenis cedera menurut karakteristik responden. Proporsi jenis luka yang menunjukkan 3 urutan proporsi tertinggi adalah luka lecet/memar, terkilir dan luka robek.

Berdasarkan kelompok umur, proporsi lecet/memar, luka robek, patah tulang dan terkilir yang menggambarkan pola positif yaitu semakin bertambah umur. Kecenderungan proporsi proposinya tinggi ditunjukkan pada jenis cedera patah tulang, sedangkan terkilir tinggi di usia <1 tahun selanjutnya semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Kelompok umur yang mempunyai proporsi tertinggi untuk jenis cedera lecet/memar pada umur <1 tahun (80,5%), luka robek pada umur 65-74 tahun (29,2%), patah tulang pada umur 65-74 tahun keatas (18,2%), terkilir pada umur >75 tahun (50,9%) dan jenis cedera lainnya tertinggi pada umur >75 tahun (9,2%).

Tabel 3.6.3
Proporsi jenis cedera menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Jenis Cedera				
	Lecet/Memar (%)	Luka Robek (%)	PatahTulang (%)	Terkilir (%)	Lainnya (%)
Sambas	60,9	17,4	9,4	38,6	1,9
Bengkayang	36,1	29,6	3,6	29,0	9,6
Landak	62,5	21,4	10,8	16,6	1,9
Pontianak	82,0	22,3	4,4	27,3	1,7
Sanggau	76,5	14,0	5,4	14,3	4,2
Ketapang	74,4	28,1	7,1	26,0	
Sintang	68,7	27,7	3,1	18,9	1,1
Kapuas Hulu	50,0	37,3	14,1	22,1	3,6
Sekadau	61,1	19,8	5,7	26,7	1,8
Melawi	70,8	23,2	2,7	13,9	
Kayong Utara	33,5	15,4	7,9	49,7	
Kubu Raya	79,4	20,9	4,5	24,2	
Kota Pontianak	81,0	25,2	6,8	18,3	2,6
Kota Singkawang	71,5	42,8	3,4	28,9	1,2
Provinsi Kalimantan Barat	71,1	23,2	6,0	25,4	1,7

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar proporsi jenis cedera menunjukkan angka proporsi yang lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan, kecuali pada jenis cedera lecet/memar, terkilir dan lainnya.

Berdasarkan pendidikan sebagian besar proporsi jenis cedera menunjukkan pola meningkat seiring dengan kenaikan tingkat pendidikan yaitu ada kecenderungan proporsi jenis cedera meningkat sejalan dengan tingkat pendidikan semakin tinggi, kecuali pada luka robek. Sedangkan menurut status pekerjaan, proporsi jenis cedera tidak menunjukkan pola tertentu.

Berdasarkan pada tempat tinggal, proporsi jenis cedera sebagian besar menunjukkan tidak ada perbedaan antar perkotaan dan perdesaan, kecuali pada proporsi lecet/memar yang lebih tinggi di perkotaan dan luka robek lebih tinggi proporsinya di perdesaan.

Tabel 3.6.4
Proporsi jenis cedera menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Jenis Cedera				
	Lecet/ Memar (%)	Luka robek (%)	Patah Tulang (%)	Terkilir (%)	Lainnya (%)
Kelompok umur (th)					
< 1	80,5			19,5	
1 – 4	87,8	5,6	5,9	8,0	1,3
5 – 14	72,2	19,6	4,6	19,6	2,2
15 – 24	75,3	29,0	5,8	27,9	1,0
25 – 34	69,7	27,2	5,8	25,1	2,1
35 – 44	66,8	25,6	6,0	28,0	2,3
45 – 54	61,8	23,9	7,4	31,8	0,9
55 – 64	65,9	21,3	9,5	43,1	0,4
65 – 74	56,0	29,2	18,2	40,3	
75+	55,1		5,1	50,9	9,2
Jenis Kelamin					
Laki-laki	68,3	27,4	6,8	25,0	1,6
Perempuan	76,2	15,6	4,5	26,3	1,9
Pendidikan					
Tidak sekolah	75,5	13,4	4,3	26,4	2,1
Tidak tamat SD/MI	68,1	20,7	7,7	23,3	2,2
Tamat SD/MI	69,4	24,4	7,7	27,2	1,7
Tamat SMP/MTS	60,8	35,2	3,3	29,3	1,4
Tamat SMA/MA	81,3	26,7	4,4	30,5	1,6
Tamat Diploma/PT	71,6	21,7	4,4	27,9	
Status pekerjaan					
Tidak bekerja	75,3	21,6	5,0	26,1	1,2
Pegawai	75,4	27,9	3,0	34,4	
Wiraswasta	72,4	34,9	6,3	22,8	2,8
Petani/nelayan/ buruh	59,8	25,5	7,4	32,7	2,7
Lainnya	57,9	29,2	17,2	27,8	0,0

Karakteristik Responden	Jenis Cedera				
	Lecet/ Memar (%)	Luka robek (%)	Patah Tulang (%)	Terkilir (%)	Lainnya (%)
Tempat tinggal					
Perkotaan	75,9	24,8	5,5	23,7	1,7
Perdesaan	68,7	22,4	6,2	26,3	1,7
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	68,6	19,4	4,5	28,6	1,1
Menengah bawah	64,2	25,4	8,5	25,8	1,8
Menengah	72,6	24,8	6,3	23,7	1,0
Menengah atas	75,4	23,4	6,3	26,6	1,4
Teratas	77,2	22,4	3,5	22,4	3,6

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

*Responden biasanya mempunyai lebih dari 1 jenis cedera (*multiple injuries*)

Menurut kuintil indeks kepemilikan tampak bahwa pola yang jelas hanya ditunjukkan pada jenis cedera yang proporsinya menunjukkan 3 angka besar dibandingkan dengan jenis cedera lainnya yaitu luka lecet, luka robek dan terkilir. Luka lecet menunjukkan pola positif dengan semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan semakin besar proporsi luka lecetnya, sedangkan untuk luka robek dan terkilir sebaliknya dengan semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan tampak jenis lukanya semakin menurun proporsinya.

3.6.3. Tempat Terjadinya Cedera

Tempat terjadinya cedera adalah lokasi atau area dimana peristiwa atau kejadian yang mengakibatkan cedera terjadi atau disebut juga dengan istilah TKP (Tempat Kejadian Perkara). Tempat kejadian cedera hanya menginformasikan data tentang lokasi/tempat tanpa disertai keterangan aktivitas yang sedang dilakukan responden pada saat kejadian cedera di lokasi tersebut. Keterangan tempat rumah dan sekolah termasuk lingkungan sekitarnya (*indoor* dan *outdoor*). Ruang lingkup pertanian termasuk perkebunan dan sejenisnya. Gambaran tentang tempat terjadinya cedera menurut provinsi disajikan pada Tabel 3.6.5.

Secara propinsi, cedera terjadi paling banyak di jalan raya yaitu 43,9 persen selanjutnya di rumah (34,0%), area pertanian (7,7%) dan sekolah (5,7%). Kabupaten yang memiliki angka proporsi tempat cedera di rumah dan sekitarnya tertinggi adalah Sintang (49,3%) dan terendah di Bengkayang (21,8%). Adapun untuk proporsi tempat cedera di sekolah tertinggi di Kota Singkawang (8,2%) dan terendah di Bengkayang (2,7%). Tempat kejadian cedera di jalan raya mempunyai proporsi paling tinggi dibandingkan dengan tempat yang lain. Kabupaten yang mempunyai proporsi tempat kejadian cedera di jalan raya yang melebihi angka propinsi sebanyak 10 kabupaten. Adapun proporsi kejadian cedera di jalan raya terbanyak di Melawi (50,0%) dan terendah di Sintang (20,2%). Kejadian cedera di tempat umum dan industri proporsinya tampak lebih kecil dibandingkan tempat lain. Sedangkan proporsi di area pertanian menunjukkan angka proporsi yang sangat melebihi angka propinsi yaitu 29,3 persen terjadi di Bengkayang dan terendah di Kota Singkawang (1,9%).

Gambaran proporsi tempat terjadinya cedera menurut karakteristik disajikan pada Tabel 3.6.6 Menurut kelompok umur tampak bahwa rumah menunjukkan proporsi yang tinggi terjadinya cedera pada kelompok umur balita dan lansia (lanjut usia). Adapun tempat kejadian cedera di sekolah kebanyakan terjadi pada kelompok umur 5–14 tahun) demikian juga dengan tempat

kejadian cedera di area olahraga. Adapun jalan raya merupakan tempat kejadian cedera yang banyak terjadi pada umur produktif dan tampak tertinggi khusus pada umur 15-24 yaitu 69,3 persen. Tempat umum, industri dan area pertanian menunjukkan pola yang sama yaitu kebanyakan terjadi pada kelompok umur produktif, kecuali di area pertanian proporsi tertinggi pada umur 45-54 tahun (20,4%).

Menurut jenis kelamin, proporsi tempat kejadian cedera mayoritas lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan kecuali di rumah dan sekolah. Adapun berdasarkan pendidikan yang menunjukkan pola negatif yaitu semakin tinggi pendidikan proporsi cedera semakin rendah terjadi di rumah, sekolah dan pertanian. Sedangkan proporsi menunjukkan pola positif dengan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi proporsi cedera ditunjukkan pada tempat kejadian cedera di area olahraga, jalan raya dan tempat umum.

Menurut status pekerjaan tampak proporsi tertinggi pada yang tidak bekerja, demikian juga pada sekolah dan area olahraga. Sedangkan di jalan raya, tempat umum dan industri memperlihatkan proporsi tertinggi pada buruh/nelayan/petani dan pekerja lainnya. Adapun untuk area pertanian tampak proporsi tertinggi pada status pekerjaan sebagai buruh/petani/nelayan (22,0%).

.Tabel 3.6.5
Proporsi tempat terjadinya cedera menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Tempat terjadinya cedera						
	Rumah (%)	Sekolah (%)	Olah raga (%)	Jalan raya (%)	Tempat umum (%)	Industri (%)	Pertanian (%)
Sambas	27,1	5,5	5,5	42,1	1,7	3,2	12,9
Bengkayang	21,8	1,0	3,6	36,6		2,4	29,3
Landak	26,7	4,3	1,4	46,6			21,0
Pontianak	30,1	4,2	2,4	51,8	2,5	0,7	6,8
Sanggau	45,3	3,3		47,3	0,7	1,3	2,2
Ketapang	23,8	6,0	4,5	54,3		3,9	7,5
Sintang	49,3	6,3	1,3	20,2	2,8	1,8	17,1
Kapuas Hulu	25,7	6,8	9,6	50,0			8,0
Sekadau	29,9	6,0	5,2	47,8		0,9	9,3
Melawi	24,6	8,7	4,6	51,0	4,5	4,0	0,9
Kayong Utara	48,2	6,0	4,0	41,8			
Kubu Raya	38,5	5,9	3,8	43,4	1,0	4,8	2,5
Kota Pontianak	35,4	6,8	4,3	42,8	7,7	0,7	
Kota Singkawang	31,9	10,0	3,4	49,0	1,8	2,0	1,9
Provinsi Kalimantan Barat	34,0	5,7	3,5	43,9	1,9	2,3	7,7

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Berdasarkan tempat tinggal, mayoritas proporsi tempat kejadian cedera yang menunjukkan lebih tinggi pada perkotaan dibanding perdesaan kecuali pada rumah, industry dan area pertanian.

Menurut kuintil indeks kepemilikan tampak bahwa mayoritas kecenderungan proporsi semakin tinggi seiring dengan status ekonomi, kecuali pada tempat kejadian di rumah dan area pertanian menunjukkan sebaliknya yaitu dengan semakin tinggi tingkat ekonominya kejadian cedera di kedua tempat tersebut semakin rendah.

Tabel 3.6.6
Proporsi tempat terjadinya cedera menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Tempat terjadinya cedera						
	Rumah (%)	Sekolah (%)	Olah raga (%)	Jalan raya (%)	Tempat umum (%)	Industri (%)	Pertanian (%)
Sambas	27,1	5,5	5,5	42,1	1,7	3,2	12,9
Bengkayang	21,8	1,0	3,6	36,6		2,4	29,3
Landak	26,7	4,3	1,4	46,6			21,0
Pontianak	30,1	4,2	2,4	51,8	2,5	0,7	6,8
Sanggau	45,3	3,3		47,3	0,7	1,3	2,2
Ketapang	23,8	6,0	4,5	54,3		3,9	7,5
Sintang	49,3	6,3	1,3	20,2	2,8	1,8	17,1
Kapuas Hulu	25,7	6,8	9,6	50,0			8,0
Sekadau	29,9	6,0	5,2	47,8		0,9	9,3
Melawi	24,6	8,7	4,6	51,0	4,5	4,0	0,9
Kayong Utara	48,2	6,0	4,0	41,8			
Kubu Raya	38,5	5,9	3,8	43,4	1,0	4,8	2,5
Kota Pontianak	35,4	6,8	4,3	42,8	7,7	0,7	
Kota Singkawang	31,9	10,0	3,4	49,0	1,8	2,0	1,9
Provinsi Kalimantan Barat	34,0	5,7	3,5	43,9	1,9	2,3	7,7

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

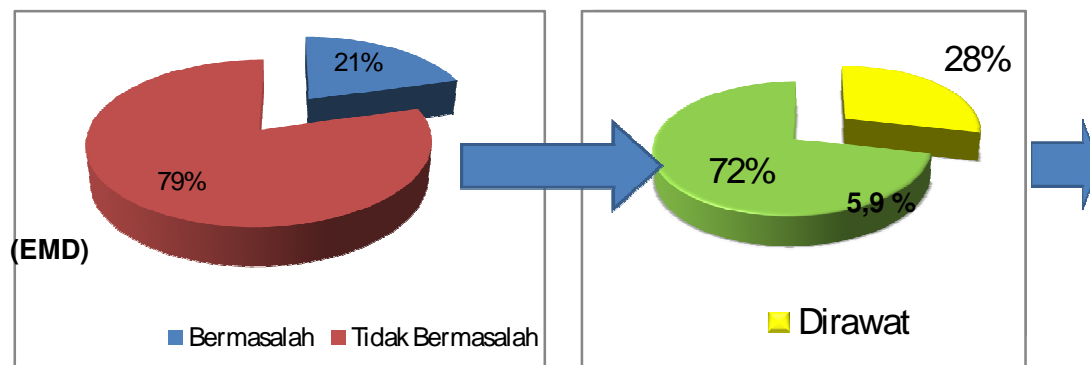
3.7. Kesehatan Gigi dan Mulut

Survei kesehatan gigi pertama kali dilaksanakan oleh Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan melalui Survei Kesehatan RT (SKRT) 1986, selanjutnya secara periodik dilaksanakan melalui survei Kesehatan RT (SKRT) 1995, SKRT 2001, SKRT 2004, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, dan Riskesdas 2013.

Riskesdas 2013 mengumpulkan data kesehatan gigi secara komprehensif yang meliputi indikator status kesehatan gigi, indikator jangkauan pelayanan dan perilaku kesehatan gigi. Pengumpulan data melalui wawancara maupun pemeriksaan gigi dan mulut dengan jumlah sampel keseluruhan 1.027.763 responden. Wawancara dilakukan terhadap responden semua umur. Pertanyaan perilaku ditanyakan kepada kelompok umur ≥ 10 tahun. Pemeriksaan gigi dan mulut dilakukan pada kelompok umur ≥ 12 tahun. Hasil ini dapat dibandingkan dengan Riskesdas 2007 sebagai evaluasi keberhasilan intervensi berbagai program perbaikan derajat kesehatan gigi dan mulut penduduk Indonesia. Pada tabel menurut karakteristik responden, ditambahkan juga kelompok umur menurut WHO. Pembagian kelompok menurut WHO ini diperlukan karena pada umur ≥ 12 tahun, seluruh gigi dari insisivus hingga molar satu sudah tumbuh semua {permanen}, umur 15 tahun, seluruh gigi dari insisivus hingga molar 2 sudah tumbuh semua, dan usia 18 tahun, seluruh gigi dari insisivus hingga molar tiga diharapkan sudah tumbuh semua. Penilaian dalam dentogram ini untuk gigi permanen saja. Demikian juga pada umur 35-54 tahun, diharapkan 20 gigi berfungsi, serta umur ≥ 65 tahun. (hasil lengkap di buku Riskesdas 2013 dalam Angka Provinsi Kalimantan Barat)

3.7.1. Effective Medical Demand(EMD)

Effective Medical Demand (EMD) didefinisikan sebagai persentase penduduk yang bermasalah dengan gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir dikalikan dengan persentase penduduk yang menerima perawatan atau pengobatan gigi dari tenaga medis.



Gambar 3.7.1

Proporsi penduduk semua umur yang bermasalah gigi dan mulut serta mendapat perawatan, dan EMD di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Berdasarkan hasil wawancara sebesar 20,6 persen penduduk Kalimantan Barat mempunyai masalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir (*potential demand*). Diantara mereka, terdapat 28,4 persen yang menerima perawatan dan pengobatan dari tenaga medis (perawat gigi, dokter gigi atau dokter gigi spesialis). Secara keseluruhan keterjangkauan/kemampuan untuk mendapatkan pelayanan dari tenaga medis gigi/EMD hanya 5,9 persen (lihat gambar 3.7.1).

Tabel 3.7.1

Prevalensi penduduk yang bermasalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir sesuai *effective medical demand* menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Penduduk menyatakan bermasalah gigit (%)	Penduduk bermasalah gigi & mulut yang menerima perawatan/pengobatan dari tenaga medis gigi (%)	Effective Medical Demand (%)
Sambas	28,9%	25,3	8,5
Bengkayang	23,8%	46,3	5,4
Landak	46,5%	32,8	5,2
Pontianak	47,3%	51,8	14,6
Sanggau	23,6%	32,2	5,8
Ketapang	25,7%	8,3	4,2
Sintang	19,3%	44,1	4,9
Kapuas Hulu	16,3%	8,9	2,3
Sekadau	14,1%	30,7	4,6
Melawi	35,6%	31,0	5,3
Kayong Utara	36,8%	39,5	5,8
Kubu Raya	26,2%	25,1	5,4
Kota Pontianak	48,5%	37,4	4,1
Kota Singkawang	26,5%	36,5	7,4
Provinsi Kalimantan Barat	20,6	28,4	5,9

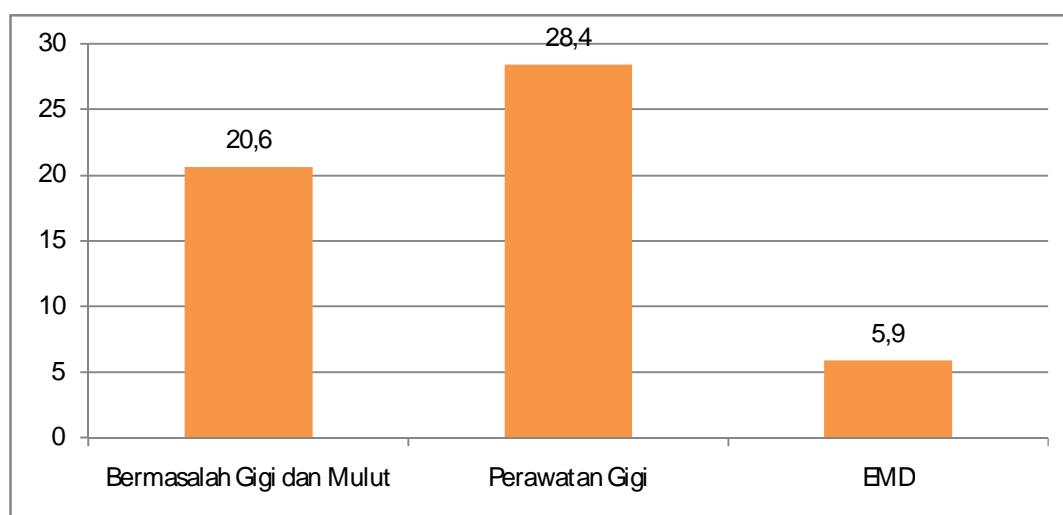
Tabel 3.7.1 menggambarkan proporsi penduduk dengan masalah gigi dan mulut yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi dalam 12 bulan terakhir menurut provinsi. Lima kabupaten yaitu Landak, Pontianak, Melawi, Kayong Utara dan Kota Pontianak mempunyai masalah gigi dan mulut yang cukup tinggi (>35%), dengan masing – masing EMD 5,2 persen, 14,6 persen, 5,3 persen, 5,8 persen dan 4,1 persen.

Tabel 3.7.2
Proporsi penduduk bermasalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Penduduk menyatakan bermasalah gilut (%)	Penduduk bermasalah gigi mulut yg menerima perawatan/ pengobatan gigi dari tenaga medis gigi (%)	<i>Effective Medical Demand</i> (%)
Indeks Umur (WHO)			
12	22,3	39,2	3,6
15	20,1	27,7	5,8
18	18,1	24,6	6,2
35-44	23,8	22,6	7,9
45-54	25,8	50,3	7,9
55-64	21,1	53,9	5,8
65+	14,6		3,1
Kelompok Umur			
0		100,0	0,5
1-4	21,7	19,1	1,1
5-9	63,5	26,6	6,1
10-14	32,1	24,1	5,0
15-24	39,8	27,7	5,5
25-34	40,2	28,9	6,4
35-44	36,7	33,6	7,9
45-54	24,8	30,8	7,9
55-64	27,1	27,9	5,8
65+	26,6	21,5	3,1
Jenis Kelamin			
Laki-laki	20,3	29,3	5,9
Perempuan	21,0	27,6	5,7
Daerah			
Perkotaan	17,5	37,7	6,5
Perdesaan	22,0	25,2	5,5
Pendidikan			
Tidak sekolah	23,2	20,7	4,8
Tidak tamat SD/MI	24,9	23,9	5,9
Tamat SD/MI	22,4	26,1	5,8
Tamat SLTP/MTS	21,6	33,0	7,1
Tamat SLTA/MA	17,9%	43,7%	7,8
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	17,5%	46,6%	8,1

Karakteristik	Penduduk menyatakan bermasalah gilut (%)	Penduduk bermasalah gigi mulut yg menerima perawatan/ pengobatan gigi dari tenaga medis gigi (%)	Effective Medical Demand (%)
Tidak Bekerja	20,3%	29,7%	6,0
Pegawai	17,9%	53,2%	9,5
Wiraswasta	21,1%	35,9%	7,5
Petani/nelayan/buruh	25,8%	21,8%	5,6
Lainnya	20,8%	22,7%	4,7
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	22,8%	16,0%	3,7
Menengah Bawah	22,5%	22,3%	5,0
Menengah	20,7%	32,1%	6,7
Menengah Atas	19,1%	36,9%	6,7
Teratas	17,2%	43,4%	7,6

Tabel 3.7.2 menunjukkan proporsi penduduk dengan masalah gigi dan mulut (*potential demand*) menurut karakteristik. Proporsi tertinggi pada usia produktif 25 – 34 tahun sebesar 40,2 persen dan 15-24 tahun sebesar 39,8 persen. Demikian pula proporsi EMD masing – masing 6,4 persen dan 5,5 persen. Proporsi EMD pada laki – laki (5,9%) lebih tinggi dibanding perempuan (5,7%). Terdapat kecenderungan peningkatan proporsi EMD pada kelompok pendidikan lebih tinggi (8,1%). Berdasarkan jenis pekerjaan, kelompok pegawai memiliki EMD terbesar (9,5%). Berdasarkan tempat tinggal, di daerah perkotaan (6,5%) lebih tinggi dibandingkan perdesaan (5,5%), dan cenderung meningkat pada kuintil indeks kepemilikan yang lebih tinggi.



Gambar 3.7.2
Proporsi penduduk bermasalah gigi dan mulut, menerima perawatan dari tenaga medis dan EMD di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Tabel 3.7.3 memperlihatkan proporsi penduduk berobat gigi berdasarkan jenis tenaga pelayanan menurut Kabupaten. Proporsi penduduk yang berobat ke dokter gigi spesialis terbanyak di Kota Pontianak (6,6%). Responden yang berobat ke dokter gigi lebih banyak di kota besar, seperti di Kota Pontianak (44,9%), dan Kota Singkawang sebesar (26,4%). Pemanfaatan pelayanan dokter gigi terendah di Kayong Utara (6,5%). Pemanfaatan pelayanan perawat gigi terbanyak di Kubu Raya (66,2%) dan terendah di Ketapang (16,8%).

Proporsi penduduk berobat gigi berdasarkan jenis tenaga pelayanan menurut karakteristik dapat dilihat pada buku Riskesdas 2013 dalam Angka tabel 3.7.8.

Tabel 3.7.3
Proporsi penduduk berobat gigi sesuai jenis tenaga kesehatan (nakes) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Dokter gigi Spesialis (%)	Dokter Gigi (%)	Perawat Gigi (%)	Paramedik lainnya (%)	Tukang gigi (%)	Lainnya (%)
Sambas	0,4	10,7	60,6	27,7	1,8	
Bengkayang	0,1	11,5	44,4	37,0	8,9	1,3
Landak		14,8	56,9	26,6	2,1	0,8
Pontianak	2,0	16,4	64,1	18,2	4,1	0,2
Sanggau	1,2	15,0	53,7	30,7	0,5	2,4
Ketapang	1,5	17,9	16,8	65,3	0,9	
Sintang	0,7	26,3	37,7	49,6		
Kapuas Hulu	5,2	24,9	47,8	19,6		8,0
Sekadau	2,1	10,1	31,3	53,9	3,1	0,2
Melawi	0,6	15,5	28,5	51,2		5,1
Kayong Utara		6,5	45,0	47,5	3,1	0,0
Kubu Raya	2,3	25,0	66,2	14,5	1,3	2,9
Kota Pontianak	6,6	44,9	51,6	1,0		
Kota Singkawang	0,5	26,4	50,5	21,9	2,4	1,2
Provinsi Kalimantan Barat	1,6	19,5	51,2	29,2	1,9	1,1

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

3.7.2. Perilaku menyikat gigi penduduk umur ≥ 10 tahun

Setiap orang perlu menjaga kesehatan gigi dan mulut dengan cara menyikat gigi dengan benar untuk mencegah terjadinya karies gigi. Pertanyaan tentang perilaku menyikat gigi dalam Riskesdas 2013 bertujuan untuk mengetahui kebiasaan dan waktu menyikat gigi. Jumlah total sampel dari seluruh provinsi di Indonesia untuk kelompok umur ≥ 10 tahun berjumlah 835.256 responden. Definisi berperilaku benar dalam menyikat gigi adalah kebiasaan menyikat gigi setiap hari sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Untuk Provinsi Kalimantan Barat, tabel 3.7.4 menunjukkan proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun sebagian besar (97,1%) menyikat gigi setiap hari. Kabupaten dengan proporsi tertinggi adalah Sambas (97,1%) dan terendah Kota Singkawang (55,5%) Sebagian besar penduduk juga menyikat gigi pada saat mandi sore, yaitu sebesar 65,9 persen dengan urutan tertinggi di Ketapang sebesar 86,4persen, dan yang terendah di Sambas sebesar 32,3 persen. Sebagian besar penduduk menyikat gigi setiap hari saat mandi pagi atau mandi sore. Kebiasaan yang keliru hampir merata tinggi di seluruh kelompok umur. Kebiasaan benar menyikat gigi penduduk

Kalimantan Barat hanya 3,5 persen, provinsi tertinggi untuk perilaku menyikat gigi dengan benar adalah Landak yaitu 11,8 persen.

Tabel 3.7.5 menggambarkan proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun menyikat gigi setiap hari dan berperilaku benar menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat. Menurut tempat tinggal, responden di perkotaan lebih banyak berperilaku menyikat gigi benar dibandingkan perdesaan. Laki-laki (3,3 %) lebih rendah dibandingkan perempuan (3,7 %). Demikian pula semakin tinggi pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan, maka semakin baik perilaku menyikat gigi dengan benar. Berdasarkan jenis pekerjaan, kelompok pegawai lebih banyak berperilaku menyikat gigi dengan benar.

Tabel 3.7.4
 Persentase penduduk umur ≥10 tahun menyikat gigi setiap hari dan berperilaku benar menyikat gigi menurut kabupaten/kota
 di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Sikat Gigi Setiap Hari	Waktu Menyikat Gigi						
		Mandi Pagi	Mandi Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Sesudah makan siang	Mandi Pagi dan sore
Sambas	97,1	84,1	32,3	5,7	9,8	59,5	8,4	30,9
Bengkayang	98,1	91,1	57,1	4,1	5,7	42,1	3,6	56,3
Landak	98,1	81,7	38,8	12,7	9,0	65,7	5,9	38,3
Pontianak	97,2	97,6	52,6	7,0	9,5	53,6	8,2	52,3
Sanggau	92,5	95,2	85,2	2,8	5,1	22,0	6,2	82,6
Ketapang	82,0	99,6	86,4	3,3	5,8	18,3	3,0	86,3
Sintang	55,5	93,3	78,3	2,6	3,6	26,7	2,9	73,5
Kapuas Hulu	97,1	97,5	77,0	9,6	23,6	31,1	5,5	76,6
Sekadau	98,1	97,4	78,9	4,3	6,0	17,0	10,4	77,2
Melawi	98,1	83,9	78,7	2,7	19,1	22,2	6,5	69,7
Kayong Utara	97,2	98,6	63,2	7,0	2,1	13,4	0,7	62,8
Kubu Raya	92,5	96,9	80,7	2,5	5,2	28,4	3,3	80,4
Kota Pontianak	82,0	95,8	55,9	4,5	6,8	58,8	8,3	55,1
Kota Singkawang	55,5	94,7	68,4	2,1	8,0	47,4	4,2	67,4
Provinsi Kalimantan Barat	97,1	93,2	65,9	5,7	8,0	38,9	5,7	64,4

Tabel 3.7.5
 Persentase Penduduk ≥ 10 tahun yang menyikat gigi setiap hari dan berperilaku benar menyikat gigi menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Sikat Gigi Setiap Hari	Waktu Menyikat Gigi						
		Mandi Pagi	Mandi Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Sesudah makan siang	Mandi Pagi dan sore
Kelompok Umur (thn)								
10 – 14	97,1	94,7	66,4	3,7	4,6	37,6	3,9	64,4%
15 – 24	98,1	92,7	67,5	5,1	9,1	42,3	3,7	65,6%
25 – 34	98,1	92,6	66,1	6,5	7,4	46,8	7,0	64,0%
35 – 44	97,2	92,8	65,4	4,4	8,7	39,2	5,8	64,1%
45 – 54	92,5	92,9	66,7	5,2	8,6	35,7	6,0	64,8%
55 – 64	82,0	92,3	64,6	4,0	7,4	31,6	5,1	62,7%
65 +	55,5	92,9	62,7	2,6	7,1	26,4	4,2	60,6%
Kelompok Umur 12 Th (WHO)								
12	95,8	94,9	65,1	4,1	5,6	38,1	4,4	65,3
15	98,8	92,9	67,3	5,7	8,3	43,9	5,8	66,0
18	98,7	93,2	65,7	5,2	8,5	39,5	6,6	64,4
35-44	97,2	92,8	65,4	4,4	8,7	39,2	5,8	64,1
45-54	92,5	92,9	66,7	5,2	8,6	35,7	6,0	64,8
55-64	82,0	92,3	65,1	4,1	5,6	38,1	5,1	62,7
≥ 65	55,5	92,9	67,3	5,7	8,3	43,9	4,2	60,6
Jenis Kelamin								
Laki – laki	94,0	94,6	61,6	5,3	8,0	52,1	7,0	65,2
Perempuan	94,2	92,6	67,9	4,6	7,9	32,9	5,1	63,5
Pendidikan								
Tidak Sekolah	79,0	94,6	61,6	5,3	8,0	52,1	7,0	86,3
Tidak Tamat SD	92,6	92,6	67,9	4,6	7,9	32,9	5,1	73,5
Tamat SD	93,9							76,6
Tamat SLTP	97,6	94,4	70,8	3,1	5,6	23,4	4,4	77,2
Tamat SLTA	98,3	93,7	67,8	3,7	6,0	30,5	4,8	69,7
Tamat PT	98,7	92,7	65,1	4,3	8,6	36,6	5,4	62,8
Pekerjaan								
Tidak Kerja	79,0	93,7	63,2	6,8	8,5	49,5	6,8	64,2

Karakteristik Responden	Sikat Gigi Setiap Hari	Waktu Menyikat Gigi						
		Mandi Pagi	Mandi Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Sesudah makan siang	Mandi Pagi dan sore
Wiraswasta	93,9							67,1
Petani/Nelayan/Buruh	97,6	93,5	65,7	4,5	7,9	42,2	5,6	63,5
Lainnya	98,3	95,6	65,1	5,6	7,9	49,6	8,1	65,1
Tempat Tinggal								
Perkotaan	95,6	91,6	65,5	4,5	7,3	30,7	5,3	60,7
Perdesaan	93,4	92,3	66,4	7,3	11,8	38,5	6,2	66,0
Kuintil Indeks Kepemilikan								
Terbawah	91,3	92,7	66,4	5,0	6,6	33,4	5,9	67,9
Menengah Bawah	93,4	94,1	64,0	4,3	8,3	43,0	5,5	64,9
Menengah	94,6	93,9	62,0	5,5	9,2	48,6	7,0	63,1
Menengah Atas	95,4	94,5	66,2	6,1	9,4	50,4	6,7	60,9
Teratas	96,3	94,7	66,4	3,7	4,6	37,6	3,9	64,8

Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

3.7.3. Indeks *DMF-T* dan Komponen *D-T*, *M-T*, *F-T*

Jumlah sampel untuk usia ≥ 12 tahun, berjumlah 789.771 orang responden. X adalah rata-rata dari D , rata-rata M , rata-rata F dan rata-rata DF . Indeks *DMF-T* merupakan penjumlahan dari komponen *D-T*, *M-T*, dan *F-T* yang menunjukkan banyaknya kerusakan gigi yang pernah dialami seseorang, baik berupa *Decay/D* (merupakan jumlah gigi permanen yang mengalami karies dan belum diobati atau ditambal), *Missing/M* (jumlah gigi permanen yang dicabut atau masih berupa sisa akar), dan *Filling/F* adalah jumlah gigi permanen yang telah dilakukan penempatan atau ditambal. Indeks *DMF-T* menggambarkan tingkat keparahan kerusakan gigi permanen.

Indeks *DMF-T* Kalimantan Barat sebesar 4,6 dengan nilai masing-masing: $D-T=1,6$; $M-T=2,9$; $F-T=0,08$; yang berarti kerusakan gigi penduduk Kalimantan Barat 460 buah gigi per 100 orang.

Tabel 3.7.6
Komponen D , M , F dan Index *DMF-T* menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik responden	$D - T$ (X)	$M - T$ (X)	$F - T$ (X)	$DF - T$	$DMF - T$ (X)
Kelompok Umur (WHO)					
12	2,05	0,55	0,02	0,00	2,6244
15	2,40	0,43	0,09	0,01	2,9151
18	2,52	0,69	0,17	0,02	3,3614
35 – 44	3,65	4,12	0,15	0,04	7,8747
45 – 54	4,60	6,92	0,07	0,03	11,5594
55 – 64	3,85	10,71	0,07	0,03	14,5944
65 +	2,92	18,98	0,04	0,00	21,9454
Kelompok Umur (Th)					
12-14	2,28	0,44	0,03	0,01	2,7449
15-24	2,86	0,68	0,11	0,02	3,6243
25-34	3,87	2,53	0,12	0,04	6,4800
35-44	3,65	4,12	0,15	0,04	7,8747
54-64	4,60	6,92	0,07	0,03	11,5594
≥ 65	3,85	10,71	0,07	0,03	14,5944
Jenis Kelamin					
Laki – laki	3,37	2,53	0,10	0,03	5,9623
Perempuan	3,11	3,32	0,10	0,02	6,5080
Pendidikan					
Tidak Sekolah	4,96	6,66	0,05	0,02	11,6528
Tidak tamat SD	3,68	3,07	0,05	0,01	6,7929
Tamat SD	3,10	2,83	0,05	0,02	5,9633
Tamat SLTP	2,83	1,86	0,12	0,03	4,7800
Tamat SLTA	2,68	2,47	0,28	0,09	5,3446
Tamat PT	1,94	2,29	0,36	0,07	4,5229

Karakteristik responden	$D - T$ (X)	$M - T$ (X)	$F - T$ (X)	$DF - T$	$DMF - T$ (X)
Pekerjaan					
Tidak bekerja	2,81	2,28	0,09	0,02	5,1579
Pegawai	3,49	2,71	0,26	0,03	6,4219
Wiraswasta	3,55	4,25	0,19	0,10	7,9007
Petani Nelayan/ Buruh	3,73	3,69	0,07	0,02	7,4599
Lainnya	4,85	4,73	0,10	0,02	9,6671
Tempat Tinggal					
Perkotaan	2,62	3,24	0,16	0,04	5,9761
Perdesaan	3,50	2,81	0,07	0,02	6,3572
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	3,63	2,69	0,04	0,02	6,3458
Menengah Terbawah	3,78	3,07	0,03	0,01	6,8681
Menengah	3,19	3,72	0,06	0,02	6,9523
Menengah Atas	2,98	2,86	0,17	0,05	5,9581
Teratas	2,19	2,42	0,26	0,05	4,8135

Tabel 3.7.6, menunjukkan indeks DMF-T menurut karakteristik. Index DMF-T meningkat seiring dengan bertambahnya umur yaitu sebesar 2,6 pada kelompok umur 12 tahun, kemudian 2,9 pada umur 15 tahun, 3,3 pada umur 18 tahun. Demikian pula pada umur 35-44 tahun, umur 45-54 tahun 55-64 tahun dan umur ≥ 65 tahun. Namun untuk kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi kuintil indeks, semakin rendah nilai DMF-T, hal ini terlihat pada kuintil indeks kepemilikan terbawah nilai DMF-T nya 6,3 sedang untuk yang teratas nilai DMF-T nya lebih rendah yaitu 4,8.

3.8. Status Disabilitas

Bahasan disabilitas bertujuan mendapatkan pemahaman seutuhnya tentang pengalaman hidup penduduk karena kondisi kesehatan termasuk penyakit atau cedera yang dialami. Setiap orang memiliki peran tertentu, seperti bekerja dan melaksanakan kegiatan / aktivitas rutin yang diperlukan. Kuesioner disabilitas dikembangkan oleh WHO untuk mendapatkan informasi sejauh mana seseorang dapat memenuhi perannya di rumah, tempat kerja, sekolah atau area sosial lain, hal yang tidak mampu dilakukan atau kesulitan melakukan aktivitas rutin (WHO 2010). Informasi besaran masalah disabilitas dapat dimanfaatkan untuk menyusun prioritas dan mengevaluasi efektivitas dan kinerja program kesehatan.

Instrumen untuk data disabilitas pada Riskesdas 2013 diadaptasi dari WHODAS 2 sebagai operasionalisasi dari konsep *International classification of functioning* (ICF), yang terdiri dari 12 pernyataan/komponen untuk mendapatkan informasi tentang status disabilitas seseorang. Instrumen ini dapat digunakan oleh enumerator non medis. Responden untuk topik disabilitas adalah mereka yang berusia 15 tahun ke atas. Data yang dikumpulkan meliputi ada tidaknya kondisi disabilitas dalam kurun waktu satu bulan sebelum survei. Terdapat lima opsi jawaban untuk responden, yaitu 1) tidak ada kesulitan, 2) sedikit kesulitan/ringan, 3) cukup mengalami kesulitan/sedang, 4) kesulitan berat, dan 5) sangat berat/tidak mampu melakukan kegiatan. Selanjutnya bagi responden dengan jawaban 2,3,4 atau 5 ditanyakan lama hari mengalami kesulitan, terdiri dari jumlah hari sama sekali tidak mampu melakukan aktivitas rutin dan jumlah hari masih dapat melakukan aktivitas rutin walaupun tidak optimal.

Tabel 3.8.1
Prevalensi disabilitas penduduk umur 15 Tahun ke atas menurut atatus dan kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Status Disabilitas	
	Tidak Masalah (%)	Masalah (%)
Sambas	91,6	8,4
Bengkayang	97,8	2,2
Landak	93,6	6,4
Pontianak	90,9	9,1
Sanggau	91,9	8,1
Ketapang	96,8	3,2
Sintang	89,4	10,6
Kapuas Hulu	96,0	4,0
Sekadau	91,7	8,3
Melawi	95,9	4,1
Kayong Utara	93,7	6,3
Kubu Raya	91,6	8,4
Kota Pontianak	96,3	3,7
Provinsi Kalimantan Barat	94,9	5,1

Tabel 3.8.2
Prevalensi disabilitas penduduk umur 15 Tahun ke atas menurut status dan karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Status Disabilitas	
	Tidak Masalah (%)	Masalah (%)
Tempat tinggal		
Kota	93,9	6,1
Desa	93,4	6,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	94,9	5,1
Perempuan	92,3	7,7
Kelompok umur		
15-24 tahun	97,7	2,3
25-34 tahun	97,5	2,5
35-44 tahun	96,7	3,3
45-54 tahun	93,0	7,0
55-64 tahun	83,6	16,4
65-74 tahun	63,4	36,6
75+ tahun	45,4	54,6
Pendidikan		
Tidak sekolah	79,2	20,8
Tidak Tamat SD	88,8	11,2
Tamat SD	94,4	5,6
Tamat SLTP	96,7	3,3

Karakteristik Responden	Status Disabilitas	
	Tidak Masalah	Masalah
	(%)	(%)
Tamat SLTA	97,4	2,6
Tamat D1-D3/PT	97,3	2,7
Status pekerjaan		
Tidak berkerja	91,4	8,6
Pegawai	97,5	2,5
Wiraswasta	96,4	3,6
Petani/Nelayan/Buruh	93,7	6,3
Lainnya	93,0	7,0
Kuintil indeks kepemilikan		
Terbawah	92,0	8,0
Menengah bawah	93,2	6,8
Menengah	93,7	6,3
Menengah atas	94,5	5,5
Teratas	94,8	5,2

Tabel 3.8.3
Indikator disabilitas menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Prevalensi (%)	Rerata hari produktif hilang			Jumlah hari produktif hilang	
		Total	Tidak mampu	Masih mampu	Tidak mampu	Masih mampu
Sambas	8,4	8,04	1,67	6,37	64.226	245.114
Bengkayang	2,2	11,44	6,17	5,27	30.247	25.817
Landak	6,4	4,83	1,61	3,22	45.839	91.615
Pontianak	9,1	5,90	1,62	4,27	34.829	91.810
Sanggau	8,1	8,86	2,12	6,74	73.840	234.190
Ketapang	3,2	9,06	4,15	4,91	58.086	68.625
Sintang	10,6	2,58	1,06	1,53	78.858	114.056
Kapuas Hulu	4,0	7,54	2,65	4,89	25.638	47.316
Sekadau	8,3	6,76	1,50	5,26	21.792	76.488
Melawi	4,1	8,34	3,70	4,64	26.251	32.903
Kayong Utara	6,3	8,28	1,24	7,05	6.988	39.788
Kubu Raya	8,4	6,07	0,91	5,16	40.967	232.028
Kota Pontianak	3,7	8,87	1,13	7,74	28.080	192.276
Kota Singkawang	5,1	15,47	1,10	14,37	8.559	111.830
Provinsi Kalimantan Barat	6,4	6,5	1,6	4,8	544.199	1.603.855

Tabel 3.8.3 menunjukkan prevalensi disabilitas, rerata hari produktif hilang, dan jumlah hari hilang. Prevalensi penduduk Kalimantan Barat dengan disabilitas sedang sampai sangat berat sebesar 6,4 %, bervariasi dari yang tertinggi di Sintang (10,6%) dan yang terendah di Bengkayang (2,2%). Rerata skor diperoleh dari sistem skoring WHODAS2, dengan rerata skor maksimal 100, semakin tinggi rerata skor mencerminkan semakin berat derajat disabilitas. Rerata skor penduduk Kalimantan Barat adalah 6,5. Rerata skor disabilitas tertinggi dimiliki penduduk di Kota Singkawang (15,47), sedangkanyang terendah di Sintang (2,58) dan Landak (4,83). Rerata hari produktif hilang adalah rerata lama hari seseorang tidak dapat berfungsi optimal dalam satu bulan, karena disabilitas. Rata-rata penduduk Kalimantan Barat tidak dapat berfungsi optimal selama 6,5 hari. Rerata hari produktif hilang tertinggi di Kota Singkawang (15,47 hari) dan terendah di Sintang (2,58 hari).

Jumlah hari produktif hilang merupakan jumlah hari seseorang tidak mampu melakukan kegiatan rutin secara optimal, diperoleh dari perkalian antara rerata hari produktif hilang dan jumlah penduduk dengan disabilitas. Kalimantan Barat mengalami jumlah kehilangan hari produktif 544.199. Kayong Utara merupakan provinsi dengan jumlah hari produktif hilang paling rendah karena penduduk dengan disabilitasnya terkecil. Dapat disebabkan oleh sedikitnya populasi dan kecilnya prevalensi penduduk dengan disabilitas di wilayah tersebut.

3.9. Kesehatan Jiwa

Indikator kesehatan jiwa yang dinilai pada Riskesdas 2013 antara lain gangguan jiwa berat, gangguan mental emosional serta cakupan pengobatannya. Gangguan jiwa berat adalah gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk. Gejala yang menyertai gangguan ini antara lain berupa halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh, misalnya agresivitas atau katatonik. Gangguan jiwa berat dikenal dengan sebutan psikosis dan salah satu contoh psikosis adalah skizofrenia.

Gangguan jiwa berat menimbulkan beban bagi pemerintah, keluarga serta masyarakat oleh karena produktivitas pasien menurun dan akhirnya menimbulkan beban biaya yang besar bagi pasien dan keluarga. Dari sudut pandang pemerintah, gangguan ini menghabiskan biaya pelayanan kesehatan yang besar. Sampai saat ini masih terdapat pemasungan serta perlakuan salah pada pasien gangguan jiwa berat di Indonesia. Hal ini akibat pengobatan dan akses ke pelayanan kesehatan jiwa belum memadai. Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah melalui Kementerian Kesehatan adalah menjadikan Indonesia bebas pasung oleh karena tindakan pemasungan dan perlakuan salah merupakan tindakan yang melanggar hak asasi manusia.

Disamping gangguan jiwa berat, Riskesdas 2013 juga melakukan penilaian gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia seperti pada Riskesdas 2007. Gangguan mental emosional adalah istilah yang sama dengan distres psikologis. Kondisi ini adalah keadaan yang mengindikasikan seseorang sedang mengalami perubahan psikologis. Berbeda dengan gangguan jiwa berat psikosis dan skizofrenia, gangguan mental emosional adalah gangguan yang dapat dialami semua orang pada keadaan tertentu, tetapi dapat pulih seperti semula. Gangguan ini dapat berlanjut menjadi gangguan yang lebih serius apabila tidak berhasil ditanggulangi.

Prevalensi gangguan mental emosional penduduk Kalimantan Barat berdasarkan Riskesdas 2007 adalah 11,6 persen dan bervariasi di antara provinsi dan kabupaten/kota. Pada Riskesdas tahun 2013, prevalensi gangguan mental emosional dinilai kembali dengan menggunakan alat ukur serta metode yang sama. Gangguan mental emosional diharapkan tidak berkembang

menjadi lebih serius apabila orang yang mengalaminya dapat mengatasi atau melakukan pengobatan sedini mungkin ke pusat pelayanan kesehatan atau berobat ke tenaga kesehatan yang kompeten.

Cakupan pengobatan ditanyakan berdasarkan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan, termasuk dikunjungi oleh tenaga kesehatan.

3.9.1. Gangguan Jiwa Berat

Gangguan jiwa berat dinilai melalui serangkaian pertanyaan yang ditanyakan oleh pewawancara (enumerator) kepada kepala RT atau ART yang mewakili kepala RT. Inti pertanyaan adalah mengenai ada tidaknya anggota RT (tanpa melihat umur) yang mengalami gangguan jiwa berat (psikosis atau skizofrenia) pada RT tersebut. Angka prevalensi yang diperoleh merupakan prevalensi gangguan jiwa berat seumur hidup (*life time prevalence*). RT yang memiliki ART dengan gangguan jiwa, ditanya mengenai riwayat pemasangan yang mungkin pernah dialami ART selama hidupnya. Pewawancara telah dilatih mengenai cara melakukan wawancara serta pengetahuan singkat mengenai ciri-ciri gangguan jiwa. Pelatihan singkat tersebut memberikan keterampilan kepada pewawancara tentang cara melakukan klarifikasi atau verifikasi terhadap jawaban yang diberikan oleh kepala RT atau orang yang mewakilinya.

Keterbatasan pengumpulan data dengan cara wawancara adalah adanya kemungkinan kasus tidak dilaporkan serta diagnosis yang kurang tepat mengenai gangguan jiwa berat. Upaya untuk mengatasi kelemahan ini dilakukan dengan cara menetapkan batasan operasional bahwa yang dinilai pada Riskesdas 2013 adalah gangguan jiwa berat (psikosis atau skizofrenia) yang dapat dikenali oleh masyarakat umum, sehingga gangguan jiwa berat dengan diagnosis tertentu dan memerlukan kemampuan diagnostik oleh dokter spesialis jiwa, kemungkinan tidak terdata.

Tabel 3.9.1
Prevalensi gangguan jiwa berat menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Gangguan Jiwa Berat (psikosis/skizofrenia) (per mil)
Sambas	0,1
Bengkayang	0,0
Landak	0,1
Pontianak	0,1
Sanggau	0,1
Ketapang	0,0
Sintang	0,0
Kapuas Hulu	0,0
Sekadau	0,1
Melawi	0,0
Kayong Utara	0,0
Kubu Raya	0,0
Kota Pontianak	0,0
Kota Singkawang	0,0
Provinsi Kalimantan Barat	0,7

Jumlah seluruh RT yang dianalisis dari sampel seluruh provinsi di Indonesia adalah 294.959, terdiri dari 1.027.763 ART yang berasal dari semua umur. RT yang menjawab memiliki ART

dengan gangguan jiwa berat sebanyak 1.655, terdiri dari 1.588 RT dengan 1 orang ART, 62 RT memiliki 2 orang ART, 4 RT memiliki 3 ART, dan 1 RT dengan 4 orang ART yang mengalami gangguan jiwa berat. Jumlah seluruh responden dengan gangguan jiwa berat di Indonesia berdasarkan data Riskesdas 2013 adalah sebanyak 1.728 orang.

Untuk Provinsi Kalimantan Barat, berdasarkan tabel 3.9.1, terlihat bahwa prevalensi psikosis tertinggi di lima kabupaten yaitu Sambas, Landak, Pontianak, Sanggau dan Sekadau masing-masing sebesar 0,1 permil. Prevalensi gangguan jiwa berat Kalimantan Barat sebesar 0,7 permil. Prevalensi gangguan jiwa berat berdasarkan tempat tinggal dan kuintil indeks kepemilikan dipaparkan pada buku Riskesdas 2013 dalam Angka tabel 3.9.2.

Angka prevalensi seumur hidup skizofrenia di dunia bervariasi berkisar 4 permil sampai dengan 1,4 persen (Lewis *et al.*,2001). Beberapa kepustakaan menyebutkan secara umum prevalensi skizofrenia sebesar 1 persen penduduk.

3.9.2. Gangguan Mental Emosional

Di dalam kuesioner Riskesdas 2013, pertanyaan mengenai gangguan mental emosional tercantum dalam kuesioner individu butir F01–F20. Gangguan mental emosional dinilai dengan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan SRQ ditanyakan pewawancara kepada ART umur ≥ 15 tahun yang memenuhi kriteria inklusi. Ke-20 butir pertanyaan ini mempunyai pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Nilai batas pisah yang ditetapkan pada survei ini adalah 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 dilakukan Hartono, 1995. Data yang dikumpulkan menggunakan instrumen SRQ memiliki keterbatasan hanya mengungkap status emosional individu sesaat (± 30 hari) dan tidak dirancang untuk mendiagnosis gangguan jiwa secara spesifik.

Jumlah ART umur ≥ 15 tahun yang dianalisis untuk gangguan mental emosional dari sampel seluruh provinsi di Indonesia sebanyak 703.946 orang, yang menjawab langsung semua pertanyaan yang dibacakan pewawancara. Responden yang terpaksa diwakili atau didampingi ART lain saat diwawancara dengan alasan karena yang bersangkutan menderita gangguan jiwa berat dengan kemampuan komunikasi sangat buruk, menderita penyakit fisik berat atau disabilitas lainnya yang menyebabkan responden tidak mampu menjawab pertanyaan yang diberikan, tidak dianalisis dalam laporan ini.

Untuk Provinsi Kalimantan Barat, berikut disajikan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur ≥ 15 tahun berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20**) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat pada tabel 3.9.2.

Tabel 3.9.2.
Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur ≥ 15 tahun berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20**) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

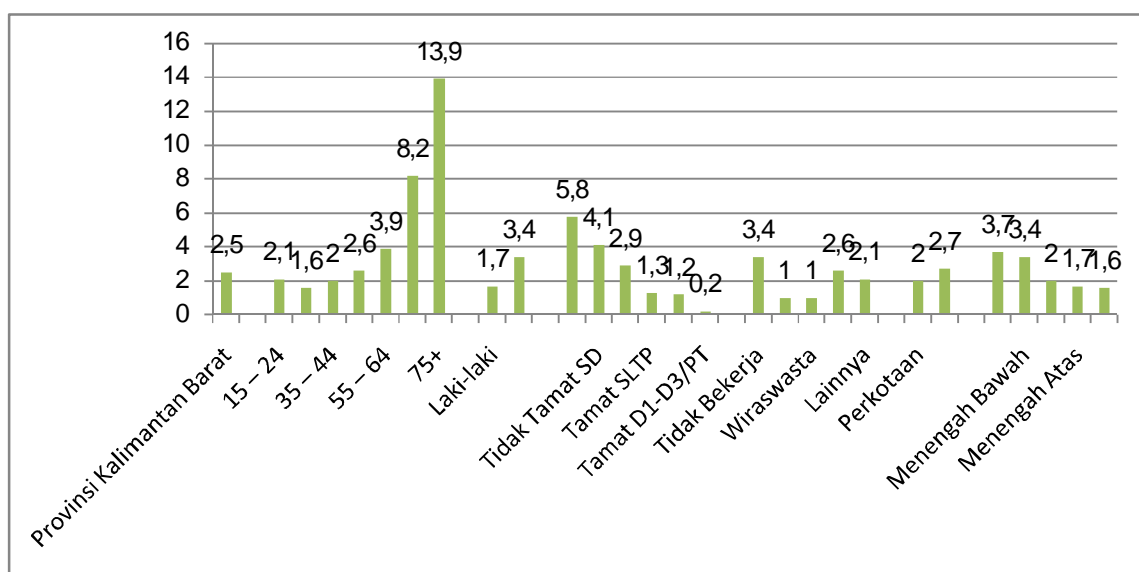
Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional (%)
Sambas	2,3
Bengkayang	1,7
Landak	1,5
Pontianak	5,2
Sanggau	3,7
Ketapang	1,4

Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional (%)
Sintang	1,3
Kapuas Hulu	11,1
Sekadau	11,1
Melawi	4,0
Kayong Utara	1,8
Kubu Raya	2,2
Kota Pontianak	1,1
Kota Singkawang	2,0
Provinsi Kalimantan Barat	2,5

*Nilai Batas Pisah (Cut off Point) ≥ 6

Prevalensi penduduk yang mengalami gangguan mental emosional di Provinsi Kalimantan Barat adalah 2,5% (37.728 orang dari subjek yang dianalisis). Kabupaten dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Kapuas Hulu (11,1%), sedangkan yang terendah di Kota Pontianak (1,1%). Prevalensi gangguan mental emosional berdasarkan karakteristik individu dan cakupan pengobatan terdapat pada laporan Riskesdas 2013 dalam Angka Provinsi Kalimantan Barat Tabel 3.9.6.

Penilaian gangguan mental emosional pada tahun 2013 menggunakan kuesioner serta metode pengumpulan data yang sama. Prevalensi gangguan mental emosional di Provinsi Kalimantan Barat berdasarkan karakteristik diperlihatkan dalam Gambar 3.9.1.



Gambar 3.9.1
Prevalensi gangguan mental emosional berdasarkan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.9.1 memperlihatkan bahwa pola prevalensi gangguan mental emosional sesuai kelompok umur, jenis kelamin, dan pendidikan ART menurut Riskesdas 2013, prevalensi gangguan mental emosional di perdesaan lebih tinggi daripada di perkotaan.

3.10. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Pengetahuan, sikap dan perilaku dikumpulkan pada penduduk kelompok umur 10 tahun atau lebih. Jumlah sampel sebesar 835,258 dari penduduk umur 10 tahun keatas. Topik yang dikumpulkan meliputi perilaku higienis, penggunaan tembakau, aktivitas fisik, perilaku konsumsi buah dan sayur, makanan berisiko (makan/minum manis, makanan asin, makanan berlemak, makanan dibakar, makanan olahan dengan pengawet, bumbu penyedap, kopi dan minuman berkafein buatan bukan kopi) dan konsumsi makanan olahan dari tepung terigu.

3.10.1. Perilaku Higienis

Perilaku higienis yang dikumpulkan meliputi kebiasaan/perilaku buang air besar (BAB) dan perilaku mencuci tangan.

Tabel 3.10.1.
Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun yang berperilaku benar dalam buang air besar dan cuci tangan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar dalam hal BAB*	Berperilaku benar dalam hal cuci tangan**
Sambas	71,8	13,4
Bengkayang	57,8	0,9
Landak	91,5	8,3
Pontianak	79,9	10,6
Sanggau	61,9	16,7
Ketapang	54,0	3,8
Sintang	37,8	1,6
Kapuas Hulu	74,9	2,2
Sekadau	40,0	12,2
Melawi	63,6	3,8
Kayong Utara	46,4	1,6
Kubu Raya	77,5	11,4
Kota Pontianak	82,3	9,5
Kota Singkawang	70,0	3,9
Provinsi Kalimantan Barat	76,0	60,3

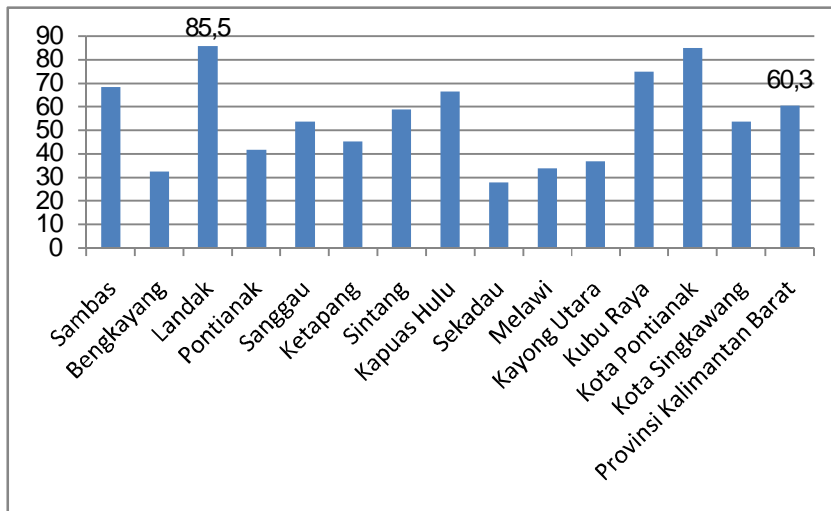
*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

**) Perilaku benar dalam cuci tangan bila cuci tangan pakai sabun sebelum menyiapkan makanan, setiap kali tangan kotor (memegang uang, binatang dan berkebun), setelah buang air besar, setelah menceboki bayi/anak, setelah menggunakan pestisida/insektisi, sebelum menyusui bayi, dan sebelum makan.

Perilaku BAB yang dianggap benar adalah bila penduduk melakukannya di jamban. Perilaku mencuci tangan yang benar adalah bila penduduk mencuci tangan dengan sabun sebelum menyiapkan makanan, setiap kali tangan kotor (antara lain memegang uang, binatang, berkebun), setelah buang air besar, setelah menceboki bayi/anak, setelah menggunakan pestisida/insektisida, dan sebelum menyusui bayi (Promkes, 2011).

Dari tabel 3.10.1 rerata propinsi proporsi perilaku cuci tangan secara benar di Provinsi Kalimantan Barat menunjukkan 60,3 persen dan lima kabupaten terendah adalah Bengkayang (0,9%), Sintang (1,2%), Kayong Utara (1,2%), Kapuas Hulu (2,2%) dan Ketapang serta Melawi masing-masing 3,8 persen.

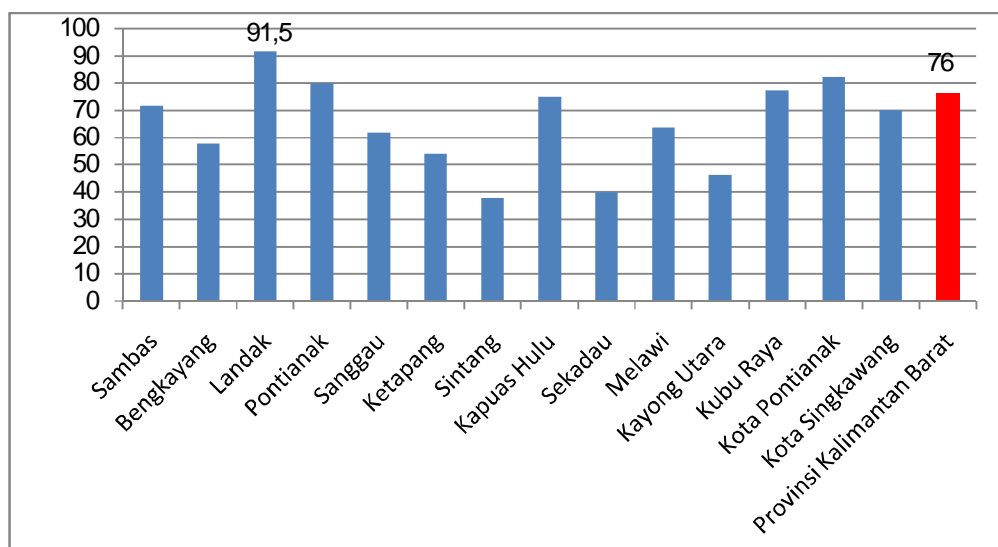
Rerata propinsi perilaku BAB di jamban adalah 76,0 persen. Lima kabupaten terendah adalah Sintang (37,8%), Sekadau (40,0%), Kayong Utara (46,4%), Ketapang (54,0%) dan Bengkayang (57,8%).



Gambar 3.10.1

Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun berperilaku cuci tangan dengan benar menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kecenderungan penduduk yang berperilaku BAB dengan benar yang terlihat pada gambar 3.10.2. Terlihat juga terjadi peningkatan perilaku penduduk Kalimantan Barat umur ≥ 10 tahun yang semula 71,1 persen (2007) menjadi 76,0 persen (2013). Sedangkan kenaikan terbesar terjadi di Landak sebesar 91,5 persen, disusul Kota Pontianak 82,3 persen.



Gambar 3.10.2

Kecenderungan proporsi penduduk Umur ≥ 10 tahun berperilaku BAB dengan benar menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.10.2. Penggunaan Tembakau

Informasi perilaku penggunaan tembakau dalam Riskesdas tahun 2013 dibagi menjadi dua kelompok yaitu perilaku merokok dengan hisap dan perilaku penggunaan tembakau dengan mengunyah. Hal tersebut dikarenakan efek samping yang ditimbulkan akibat merokok dengan hisap dan dengan metode kunyah berbeda. Perokok hisap menimbulkan polusi pada perokok pasif dan lingkungan sekitarnya, sedangkan kunyah tembakau hanya berdampak pada dirinya sendiri.

Berdasarkan tabel 3.10.2 rerata proporsi perokok saat ini di Kalimantan Barat adalah 22,3 persen. Proporsi perokok saat ini terbanyak di Ketapang dengan perokok setiap hari 36,9 persen dan Landak dengan perokok kadang-kadang sebesar 14,6 persen.

Tabel 3.10.2.
Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun menurut kebiasaan merokok dan kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari (%)	Perokok kadang-kadang (%)	Mantan perokok (%)	Bukan perokok (%)
Sambas	15,7	4,6	5,8	73,9
Bengkayang	22,1	8,5	3,4	66,0
Landak	9,0	14,6	8,9	67,5
Pontianak	23,0	9,2	2,7	65,2
Sanggau	25,2	0,1	8,0	66,7
Ketapang	36,9	14,4		48,8
Sintang	23,5	11,5	5,8	59,3
Kapuas Hulu	21,3			78,7
Sekadau	23,0	4,4	6,5	66,1
Melawi	26,6	0,2	9,5	63,7
Kayong Utara	15,0		12,2	72,8
Kubu Raya	30,4	2,5	4,7	62,4
Kota Pontianak	14,9		11,5	73,6
Kota Singkawang	9,1		6,7	84,2
Provinsi Kalimantan Barat	22,3	4,7	6,1	67,0

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Tabel 3.10.3 menunjukkan proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat. Proporsi terbanyak perokok aktif setiap hari pada umur 55-59 tahun sebesar 59,3 persen, umur 30-34 tahun 34,5 persen, sedangkan proporsi perokok setiap hari pada laki-laki lebih banyak dibandingkan perokok perempuan (52,1% banding 5,9%). Berdasarkan jenis pekerjaan, petani/nelayan/buruh adalah perokok aktif setiap hari yang mempunyai proporsi terbesar (52,7%) dibandingkan kelompok pekerjaan lainnya. Proporsi perokok setiap hari tampak cenderung menurun pada kuintil indeks kepemilikan yang lebih tinggi.

Dari tabel 3.10.4 tampak bahwa rerata batang rokok yang dihisap perhari per orang di Provinsi Kalimantan Barat adalah 14,9 batang (setara satu bungkus). Jumlah rerata batang rokok terbanyak yang dihisap ditemukan di Sambas (17,3 batang) dan Pontianak (16,3 batang).

Tabel 3.10.3
Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun menurut kebiasaan merokok
dan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik responden	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari (%)	Perokok kadang-kadang (%)	Mantan perokok (%)	Bukan perokok (%)
Kelompok umur (tahun)				
10-14				
15-19	10,0	1,5	10,3	78,2
20-24	23,5	3,6		73,0
25-29	15,5	7,7	3,4	73,4
30-34	34,5	0,1		65,4
35-39	29,0	4,7	2,2	64,0
40-44	20,0	11,8	8,2	60,0
45-49	20,4	1,9	6,0	71,7
50-54	24,2	2,0	2,6	71,2
55-59	59,3	1,7	5,2	33,8
60-64	19,4	6,6	8,5	65,6
65+	15,0	5,9	12,2	66,8
Jenis kelamin				
Laki-laki	52,1	7,1	12,7	28,0
Perempuan	5,9	3,3	2,5	88,3
Pendidikan				
Tidak sekolah	27,1	6,0	5,2	61,8
Tidak tamat SD	19,3	4,4	8,8	67,5
Tamat SD	22,5	3,6	5,4	68,6
Tamat SMP	17,4	2,5	7,1	72,9
Tamat SMA	24,7	8,9	3,5	62,9
Tamat PT	0,7			99,3
Pekerjaan				
Tidak bekerja	9,5	3,9	4,7	82,0
Pegawai	15,2			84,8
Wiraswasta	7,7	2,5	9,3	80,5
Petani/helayan/buruh	52,7	9,3		38,0
Lain-lain	36,5	19,6	6,6	37,3
Tempat tinggal				
Perkotaan	22,5	6,7	4,0	66,7
Perdesaan	22,2	3,9	6,8	67,1
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	24,6	4,1	2,4	69,0
Menengah bawah	24,1	1,9	4,8	69,2
Menengah	19,4	8,6	10,2	61,7
Menengah atas	26,2	3,9	11,1	58,7
Teratas	12,1	7,0	6,8	74,1

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Tabel 3.10.4
 Rerata jumlah batang rokok (kretek,putih dan liting) tiap haridan setiap minggu dihisap penduduk umur 10 tahun ke atas menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Rerata jumlah batang rokok (Kretek,putih dan liting) tiap hari	Rerata jumlah batang rokok (Kretek,putih dan liting) /minggu
Sambas	17,3	13,9
Bengkayang	12,6	12,9
Landak	12,9	19,8
Pontianak	16,3	13,2
Sanggau	14,7	11,7
Ketapang	15,1	10,7
Sintang	14,1	16,8
Kapuas Hulu	15,2	13,0
Sekadau	13,4	9,8
Melawi	14,1	9,0
Kayong Utara	13,5	25,7
Kubu Raya	14,1	15,9
Kota Pontianak	15,7	16,6
Kota Singkawang	16,2	9,5
Provinsi Kalimantan Barat	14,9	14,0

Tabel.3.10.5
 Rerata jumlah batang cerutu tiap hari dan terkadang dalam seminggu yang dihisap penduduk umur ≥10 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Rerata Jumlah Batang cerutu/Setiap Hari	Rerata Jumlah Batang cerutu/minggu
Sambas	16,5	8,8
Bengkayang	8,0	12,0
Pontianak	16,0	7,0
Sanggau		13,4
Ketapang		12,5
Sintang		13,4
Kapuas Hulu		12,6
Sekadau		12,5
Melawi	10,4	4,7
Kota Pontianak	15,3	17,9
Kota Singkawang		6,0
Provinsi Kalimantan Barat	12,1	12,2

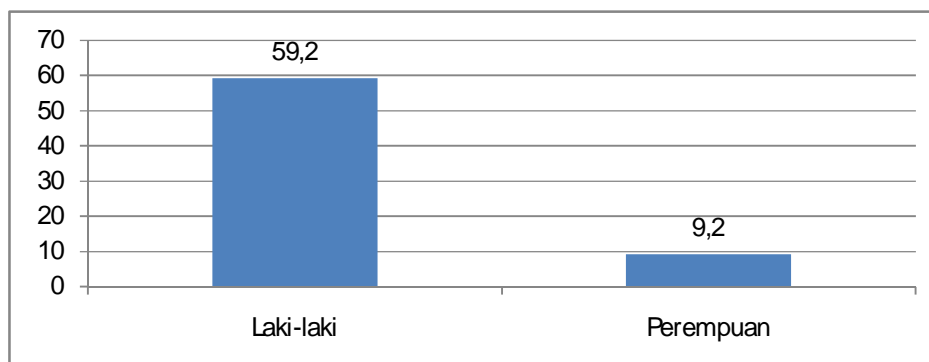
Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Tabel 3.10.6 menjelaskan proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun yang mempunyai kebiasaan mengunyah tembakau menurut kabupaten/kota. Terlihat kebiasaan mengunyah tembakau atau *smokeless* setiap hari di Kalimantan Barat sebesar 2,9 persen, sedangkan proporsi pengunyah tembakau terkadang sebesar 2,5 persen. Proporsi tertinggi pengunyah tembakau setiap hari yang berada di atas proporsi provinsi adalah Sintang (8,6%), Melawi (8,2%), Ketapang (5,0%), dan Sekadau (4,5%).

Tabel 3.10.6
Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun yang mempunyai kebiasaan mengunyah tembakau menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Pengunyah Tembakau saat ini		Tidak Mengunyah Tembakau	
	setiap hari (%)	kadang-kadang (%)	Mantan (%)	Tidak Pernah (%)
Sambas	2,9	0,7	0,3	96,1
Bengkayang	2,0	1,3	0,2	96,5
Landak	1,0	0,6	0,7	97,7
Pontianak	2,3	0,9	0,4	96,5
Sanggau	2,3	2,1	0,5	95,1
Ketapang	5,0	5,2	1,5	88,4
Sintang	8,6	11,2	0,4	79,8
Kapuas Hulu	1,4	1,3	0,2	97,1
Sekadau	4,5	2,9	0,7	91,9
Melawi	8,2	7,7	1,5	82,6
Kayong Utara	2,3	2,7	0,7	94,3
Kubu Raya	1,6	0,3	0,6	97,5
Kota Pontianak	0,6	0,4	0,3	98,8
Kota Singkawang	0,5	0,4	0,2	99,0
Provinsi Kalimantan Barat	2,9	2,5	0,6	94,0

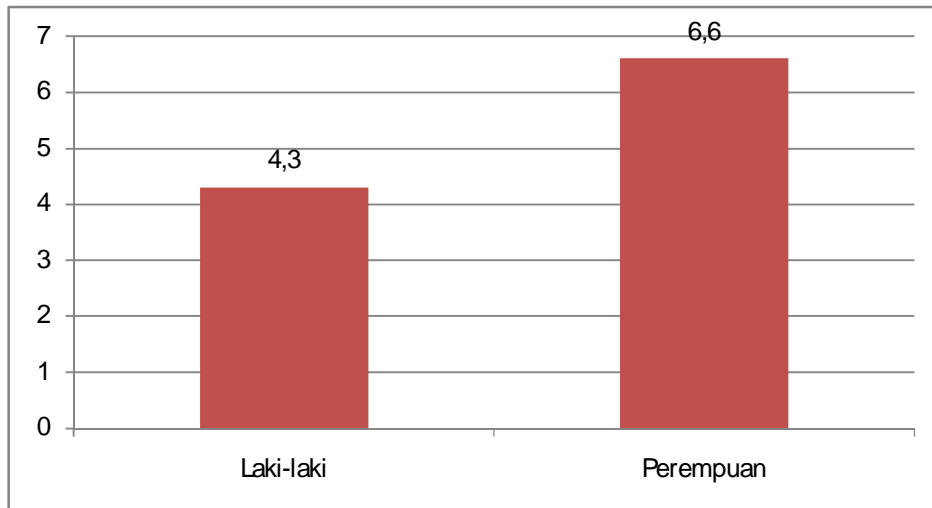
Di Indonesia, analisis survei penggunaan tembakau nasional yang memisahkan tembakau hisap dan tembakau kunyah, selain Riskesdas juga dilakukan oleh *Global Adults Tobacco Survey* (GATS), yang dapat dilihat pada Gambar 3.10.4.



Gambar 3.10.3

Proporsi Perokok umur ≥ 15 tahun berdasarkan hasil survei GATS tahun 2011 dan Riskesdas 2013

Gambar 3.10.5 menunjukkan proporsi penduduk mengunyah tembakau menurut jenis kelamin dari data Riskesdas 2013. Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan pada laki-laki sebesar 2,2 persen dan 3,7 persen pada perempuan.



Gambar 3.10.4

Proporsi penduduk umur ≥ 15 tahun mengunyah tembakau menurut jenis kelamin di Provinsi Kalimantan Barat, berdasarkan Riskesdas 2013

3.10.3. Perilaku aktivitas fisik

Aktifitas 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. Aktifitas fisik berat adalah kegiatan yang secara terus menerus melakukan kegiatan fisik minimal 10 menit sampai meningkatnya denyut nadi dan napas lebih cepat dari biasanya (misalnya menimba air, mendaki gunung, lari cepat, menebang pohon, mencangkul, dll.) selama minimal tiga hari dalam satu minggu dan total waktu beraktivitas ≥ 1500 MET minute. MET minute aktifitas fisik berat adalah lamanya waktu (menit) melakukan aktifitas dalam satu minggu dikalikan bobot sebesar 8 kalori. Aktifitas fisik sedang apabila melakukan aktifitas fisik sedang (menyapu, mengepel, dll) minimal 5 hari atau lebih dengan total lamanya beraktivitas 150 menit dalam satu minggu. Selain dari dua kondisi tersebut termasuk dalam aktifitas fisik ringan (WHO GPAQ, 2012; WHO STEPS, 2012).

Dalam Riskesdas 2013 ini kriteria aktifitas fisik "aktif" adalah individu yang melakukan aktifitas fisik berat atau sedang atau keduanya, sedangkan kriteria 'kurang aktif' adalah individu yang tidak melakukan aktifitas fisik baik sedang ataupun berat. Perilaku sedentari adalah perilaku duduk atau berbaring dalam sehari-hari baik di tempat kerja (kerja di depan komputer, membaca, dll), di rumah (nonton TV, main game, dll), di perjalanan/transportasi (bis, kereta, motor), tetapi tidak termasuk waktu tidur.

Penelitian di Amerika tentang perilaku sedentari yang menggunakan nilai *cut of point* < 3 jam, 3-5,9 jam, ≥ 6 jam, menunjukkan bahwa pengurangan aktifitas sedentari sampai dengan < 3 jam dapat meningkatkan umur harapan hidup sebesar 2 tahun (Katzmarzyk, P & Lee, 2012). Perilaku sedentari merupakan perilaku berisiko terhadap salah satu terjadinya penyakit penyumbatan pembuluh darah, penyakit jantung dan bahkan mempengaruhi umur harapan hidup.

Untuk Provinsi Kalimantan Barat, berikut disajikan proporsi penduduk melakukan aktifitas fisik “aktif” dan “kurang aktif” pada table 3.10.7 Proporsi aktivitas fisik tergolong kurang aktif secara umum adalah 32,2 persen. Ada 8 kabupaten dengan penduduk aktivitas fisik tergolong kurang aktif berada diatas rata-rata Kalimantan Barat. Lima tertinggi adalah kabupaten penduduk Melawi (52,0%), Sanggau (47,3%), Kubu Raya (40,8%), Kapuas Hulu (37,5%), dan Pontianak (35,6%).

Tabel 3.10.7
Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun dengan aktivitas fisik
menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Aktivitas Fisik	
	Aktif (%)	Kurang Aktif*) (%)
Sambas	85,7	14,3
Bengkayang	87,3	12,7
Landak	79,6	20,4
Pontianak	64,4	35,6
Sanggau	52,7	47,3
Ketapang	60,1	39,9
Sintang	65,3	34,7
Kapuas Hulu	62,5	37,5
Sekadau	75,0	25,0
Melawi	68,4	31,6
Kayong Utara	48,0	52,0
Kubu Raya	59,2	40,8
Kota Pontianak	66,2	33,8
Kota Singkawang	76,9	23,1
Provinsi Kalimantan Barat	67,8	32,2

*) Kurang aktivitas adalah kegiatan kumulatif kurang dari 150 menit dalam seminggu

Tabel 3.10.8 menunjukkan untuk Provinsi Kalimantan Barat, hampir separuh proporsi penduduk kelompok umur ≥ 10 tahun dengan perilaku sedentari 3-5,9 jam (35,7%), sedangkan sedentari ≥ 6 jam perhari sebesar 32,1 persen. Lima kabupaten dengan penduduk sedentari ≥ 6 jam adalah Bengkayang (54,1%), Landak (48,7%), Sambas (47,1%), Ketapang (39,0%), dan Melawi (37,8%).

Tabel 3.10.8
Proporsi aktivitas duduk (sedentari) penduduk umur ≥ 10 tahun ke atas menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Aktivitas Sedentari		
	<3 jam	3-5,9 jam	>6 jam
Samba	14,3	38,7	47,1
Bengkayang	12,7	33,2	54,1
Landak	20,4	31,0	48,7
Pontianak	35,6	38,7	25,7
Sanggau	47,3	33,8	18,9
Ketapang	39,9	21,0	39,0
Sintang	34,7	35,5	29,8
Kapuas Hulu	37,5	28,6	33,9
Sekadau	25,0	48,2	26,8
Melawi	31,6	30,5	37,8
Kayong Utara	52,0	25,7	22,3
Kubu Raya	40,8	37,3	21,9
Kota Pontianak	33,8	43,7	22,5
Kota Singkawang	23,1	51,8	25,1
Provinsi Kalimantan Barat	14,3	35,7	32,1

Tabel 3.10.9, menunjukkan proporsi perilaku sedentari berdasarkan karakteristik penduduk umur ≥ 10 tahun. Berdasarkan kelompok umur ada kecenderungan semakin bertambahnya umur semakin menurun perilaku sedentari ≥ 6 jam, namun mulai meningkat pada umur ≥ 50 tahun. Proporsi perilaku sedentari ≥ 6 jam lebih banyak pada laki-laki, penduduk dengan pendidikan rendah (tamat SD), petani/buruh/nelayan, tinggal di daerah perdesaan, dan penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan menengah bawah dibandingkan dengan yang lebih atas.

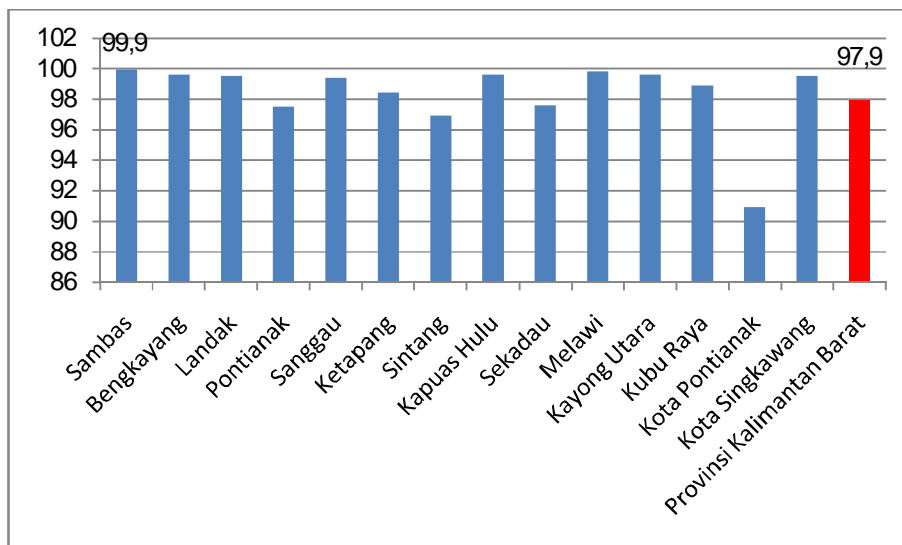
Tabel 3.10.9
Proporsi aktivitas duduk (sedentari) penduduk umur ≥ 10 tahun ke atas menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Aktivitas Sedentari		
	<3 jam (%)	3-6 jam (%)	>6 jam (%)
Kelompok umur (tahun)			
10-14			
15-19	59,5	37,5	3,0
20-24	41,2	41,2	17,6
25-29	28,3	38,9	32,9
30-34	22,5	39,7	37,8
35-39	19,9	34,3	45,9
40-44	21,4	33,2	45,4
45-49	20,9	33,4	45,7
50-54	23,3	30,6	46,1
55-59	26,8	31,2	41,9
60-64	28,5	34,2	37,3
65+	35,7	31,7	32,6
Jenis kelamin			
Laki-laki	32,1	24,1	43,8
Perempuan	32,2	47,9	19,9
Pendidikan			
Tidak sekolah	39,0	31,8	29,2
Tidak tamat SD	40,1	34,6	25,3
Tamat SD	28,1	33,7	38,2
Tamat SLTP	29,3	37,0	33,7
Tamat SLTA	30,3	38,9	30,8
Tamat D1-D3/PT	34,7	47,1	18,2
Pekerjaan			
Tidak bekerja	44,2	45,4	10,4
Pegawai	29,4	39,1	31,5
Wiraswasta	27,4	29,4	43,2
Petani/buruh/nelayan	17,9	23,1	59,1
Lain-lain	28,1	35,2	36,7
Tempat tinggal			
Perkotaan	36,3	41,0	22,8
Perdesaan	30,3	33,4	36,3
Kuintil indeks kepemilikan			
Terbawah	29,3	31,3	39,3
Menengah bawah	28,0	32,0	39,9
Menengah	31,9	38,0	30,1
Menengah atas	35,3	36,6	28,1

3.10.4. Perilaku konsumsi sayur dan buah

Informasi 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/atau buah apabila makan sayur dan/atau buah minimal 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu. Dikategorikan 'kurang' apabila konsumsi sayur dan/atau buah kurang dari ketentuan di atas. Riskesdas 2013 melakukan analisis kecenderungan proporsi penduduk 10 tahun keatas yang mengonsumsi kurang sayur dan buah.

Pada gambar 3.10.6 terlihat kecenderungan proporsi penduduk di Provinsi Kalimantan Barat yang kurang makan sayur dan buah tertinggi di Kabupaten Sambas (99,9%) dan terendah di Kota Pontianak (90,9%).



Gambar 3.10.6
Proporsi penduduk ≥ 10 tahun kurang makan sayur dan buah menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.10.5. Pola konsumsi makanan berisiko

Perilaku konsumsi makanan berisiko antara lain kebiasaan mengonsumsi makanan/minuman manis, asin, berlemak, dibakar/panggang, diawetkan, berkafein, dan berpenyedap adalah perilaku berisiko penyakit degeneratif. Perilaku konsumsi makanan berisiko dikelompokkan 'sering' apabila penduduk mengonsumsi makanan tersebut satu kali atau lebih setiap hari.

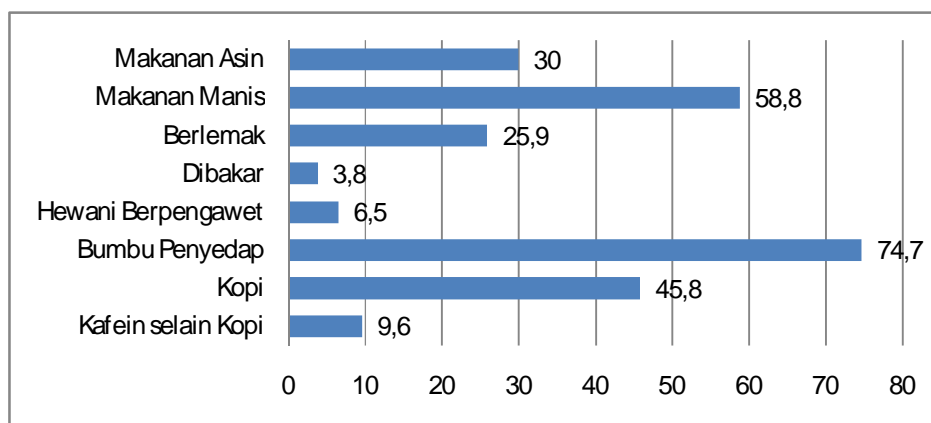
Tabel 3.10.10 mempresentasikan proporsi penduduk ≥ 10 tahun dengan makanan berisiko menurut provinsi. Konsumsi makanan/minuman manis ≥ 1 kali dalam sehari di Provinsi Kalimantan Barat adalah 58,8 persen (Gambar 3.10.7). Lima kabupaten tertinggi konsumsimakanan/minuman manis dilaporkan di Bengkayang (82,5%), Kota Pontianak (80,0%), Sekadau (71,9%), Kubu Raya (70,0%) dan Ketapang (65,5%) (Tabel 3.10.10).

Proporsi provinsi penduduk dengan perilaku konsumsi makanan berlemak, berkolesterol dan makanan gorengan ≥ 1 kali perhari 25,9 persen (Gambar 3.10.7). Lima kabupaten tertinggi di atas rerata provinsi adalah Bengkayang (48,2%), Kota Singkawang (36,5%), Kota Pontianak (30,1%), Sekadau (29,9%), dan Pontianak (29,7%) (Tabel 3.10.11).

Hampir empat dari lima (Gambar 3.10.7) penduduk Kalimantan Barat mengonsumsi penyedap ≥ 1 kali dalam sehari (74,7%), tertinggi di Kayong Utara (90,9%) terendah di Melawi (51,9%) (Tabel 3.10.12). Untuk mengetahui karakteristik penduduk ≥ 10 tahun yang mengonsumsi makanan berisiko selengkapnya dapat dilihat pada buku Riskesdas 2013 dalam Angka.

Tabel 3.10.10
Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan/minuman manis menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Makanan/Minuman Manis		
	≥ 1 kali per hari (%)	1 - 6 kali per minggu (%)	≤ 3 kali per bulan (%)
Sambas	43,9	46,4	9,7
Bengkayang	82,5	14,3	3,2
Landak	52,1	40,2	7,7
Pontianak	61,1	31,9	7,1
Sanggau	64,2	33,2	2,6
Ketapang	65,5	27,9	6,6
Sintang	50,4	44,9	4,6
Kapuas Hulu	64,0	34,4	1,6
Sekadau	71,9	23,7	4,5
Melawi	57,6	39,5	2,9
Kayong Utara	43,1	51,7	5,3
Kubu Raya	70,0	28,3	1,7
Kota Pontianak	50,0	45,1	4,9
Kota Singkawang	55,8	36,1	8,1
Provinsi Kalimantan Barat	58,8	36,1	5,1

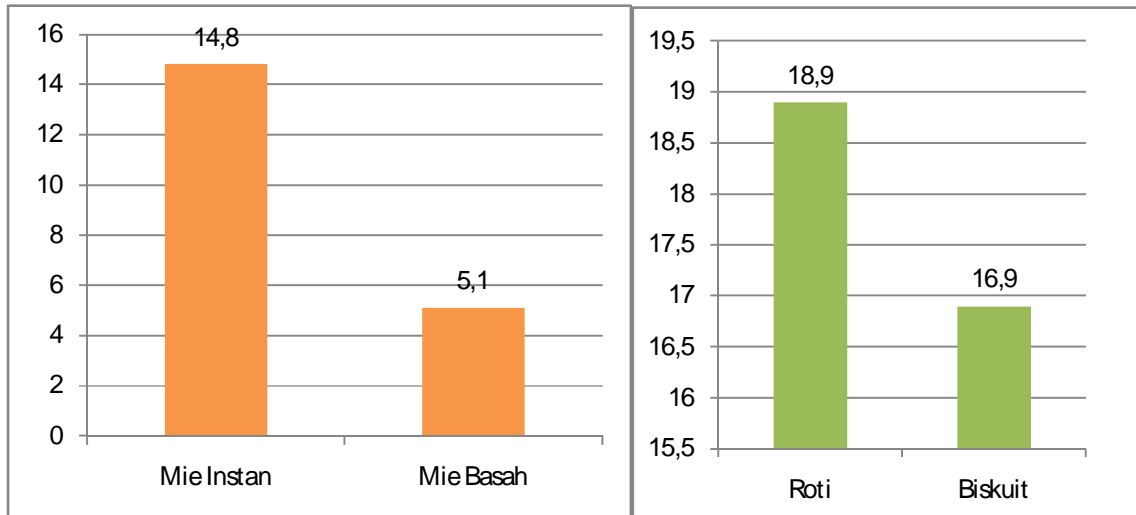


Gambar 3.10.7
Proporsi penduduk ≥ 10 tahun yang mengonsumsi makanan berisiko di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Analisis kecenderungan makanan berisiko tahun 2013 berdasarkan empat kelompok konsumsi makanan berisiko yaitu jenis makanan yang dibakar, makanan asin, makanan dan minuman manis serta makanan berbahan bumbu penyedap,

3.10.6. Konsumsi makanan olahan dari tepung

Perilaku mengonsumsi makanan jadi dari olahan tepung baru dikumpulkan pada Riskesdas 2013. Makanan olahan dari tepung dicurigai mengandung bahan atau lapisan lilin, dan bahan pengawet. Contoh makanan jadi olahan dari tepung adalah mie instan, mie basah, roti dan biskuit. Analisis jenis makanan ini dapat dilihat pada Gambar 3.10.9.



Gambar 3.10.9
Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun menurut frekuensi makanan bersumber tepung terigu ≥ 1 kali/hari di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Tabel 3.10.11, menunjukkan rerata penduduk Kalimantan Barat berperilaku mengonsumsi mie instan. Satu dari sepuluh penduduk mengonsumsi mie instan ≥ 1 kali per hari. Empat kabupaten tertinggi yang mengonsumsi mie instan ≥ 1 kali per hari di atas rerata provinsi adalah Kapuas Hulu (57,0%), Pontianak (25,8%), Melawi (19,2%) dan Ketapang (18,5%). Hampir sebagian penduduk (5,1%) dari penduduk mengonsumsi mie basah ≥ 1 kali per hari. Sebanyak 16,9 persen penduduk Kalimantan Barat mengonsumsi biskuit ≥ 1 kali per hari. Proporsi penduduk mengonsumsi biskuit berada di atas rerata provinsi yaitu Kapuas Hulu (38,3%), Pontianak (34,7%), Kota Pontianak (29,8%), Sekadau (21,57%), Sambas (17,7%) dan Melawi (17,0%).

Informasi yang sama menurut karakteristik penduduk dapat dilihat pada buku Riskesdas 2013 dalam angka.

Tabel 3.10.11
Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun dengan perilaku konsumsi makanan olahan dari tepung menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Makanan olahan tepung ≥ 1 kali per hari			
	Mi Instant	Mi Basah	Roti	Biskuit
Sambas	12,8	1,6	23,1	17,7
Bengkayang	11,7	5,5	16,9	9,7
Landak	4,0	2,2	5,6	4,4
Pontianak	25,8	9,3	36,0	34,7
Sanggau	7,0	2,4	9,8	9,1
Ketapang	18,5	3,7	12,3	11,3
Sintang	10,8	2,4	14,5	13,1
Kapuas Hulu	57,0	30,5	38,4	38,3
Sekadau	13,1	5,5	19,8	21,5
Melawi	19,2	1,6	17,2	17,0
Kayong Utara	8,2	2,8	9,1	12,0
Kubu Raya	10,9	2,1	9,8	9,2
Kota Pontianak	13,6	7,8	34,2	29,8
Kota Singkawang	10,7	1,8	15,0	14,2
Provinsi Kalimantan Barat	14,8	5,1	18,9	16,9

3.10.7. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

Indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) terdiri dari sepuluh indikator yang mencakup perilaku individu dan gambaran RT (Promkes 2009). Data PHBS pada tahun 2007 mengacu pada indikator PHBS yang sudah ditetapkan tahun 2004. Pada Indikator individu meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif, kepemilikan/ketersediaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, penduduk tidak merokok, penduduk cukup beraktivitas fisik, dan penduduk cukup mengonsumsi sayur dan buah. Indikator RT meliputi RT memiliki akses terhadap air bersih, akses jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni ($\geq 8\text{m}^2$ / orang), dan RT dengan lantai rumah bukan tanah. Pada PHBS tahun 2007 untuk RT dengan balita digunakan 10 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah 10; sedangkan untuk RT tanpa balita terdiri dari 8 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah delapan (8). PHBS diklasifikasikan “kurang” apabila mendapatkan nilai kurang dari enam (6) untuk RT mempunyai balita dan nilai kurang dari lima (5) untuk RT tanpa balita.

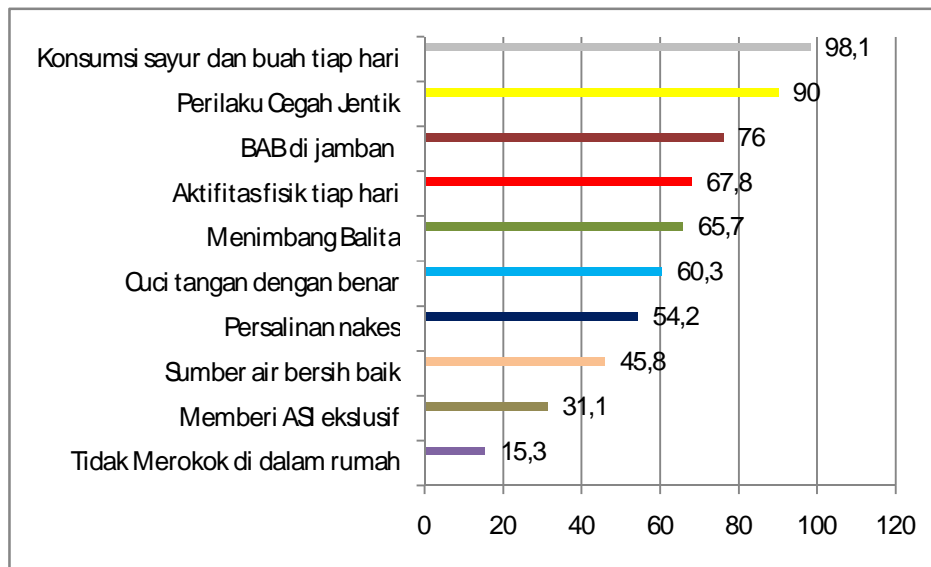
Pada tahun 2011 telah dibuat indikator PHBS yang baru dan sedikit berbeda dengan indikator PHBS ditetapkan sebelumnya. Indikator PHBS yang ditetapkan pada tahun 2011 oleh Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan mencakup 10 indikator yang meliputi :1) Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan;2) melakukan penimbangan bayi dan balita; 3) memberikan ASI eksklusif;4) penggunaan air bersih; 5) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun;6) memberantas jentik nyamuk;7) memakai jamban sehat;8)makan buah dan sayur setiap hari;9)melakukan aktifitas fisik setiap hari;10) tidak merokok dalam rumah. Pada PHBS tahun 2013 untuk RT dengan balita digunakan 10 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah sepuluh (10); sedangkan untuk RT tanpa balita terdiri dari 7 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah tujuh (7),Penilaian PHBS RT baik diukur dengan batasan yang sama dengan penilaian RT PHBS tahun 2007 dimana kriteria RT dengan PHBS baik adalah RT yang memenuhi indikator baik sebesar 6 indikator atau lebih untuk RT yang punya balita dan 5 indikator atau lebih untuk RT yang tidak mempunyai balita, Jumlah sampel RT dalam analisis PHBS ini adalah sebesar 294.959 (220.895 RT tanpa balita dan 74.064 RT yang memiliki balita),

Dalam Riskesdas 2013 indikator yang dapat digunakan untuk PHBS sesuai dengan kriteria PHBS yang ditetapkan oleh Pusat Promkes pada tahun 2011, yaitu mencakup delapan indikator individu (cuci tangan, BAB dengan jamban, konsumsi sayur dan buah, aktifitas fisik, merokok dalam rumah, persalinan oleh tenaga kesehatan, memberi ASI eksklusif, menimbang balita), dan dua indikator RT (sumber air bersih dan memberantas jentik nyamuk). Pengertian indikator yang digunakan dalam PHBS Riskesdas 2013 ini adalah sebagai berikut:

1. Persalinan oleh tenaga kesehatan,
Data ini didapatkan dari data persalinan yang terakhir yang ditolong oleh tenaga kesehatan dari riwayat persalinan dalam tiga tahun terakhir sebelum survey (kurun waktu tahun 2010 sampai tahun 2013)
2. Melakukan penimbangan bayi dan balita,
Indikator ini menggunakan variabel individu usia 0 sampai 59 bulan yang mempunyai riwayat pernah ditimbang dalam enam bulan terakhir,
3. Memberikan ASI eksklusif,
Indikator ini menggunakan data dari riwayat pernah diberikan ASI eksklusif diantara individu baduta usia 0 – 23 bulan, Pengertian pemberian ASI eksklusif dalam analisis ini adalah bayi usia ≤ 6 bulan yang hanya mendapatkan ASI saja dalam 24 jam terakhir saat wawancara atau individu baduta yang pertama kali diberi minuman atau makanan berumur enam bulan atau lebih,
4. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun,
Indikator mencuci tangan dengan benar mencakup mencuci tangan dengan air bersih dan sabun saat sebelum menyiapkan makanan, setiap kali tangan kotor, setelah buang air besar, setelah menggunakan pestisida (bila menggunakan), setelah menceboki bayi dan sebelum menyusui bayi (bilasedang menyusui),
5. Memakai jamban sehat,
Perilaku menggunakan jamban sehat diukur dari perilaku buang air besar menggunakan jamban saja,
6. Melakukan aktivitas fisik setiap hari,
Indikator ini diukur berdasarkan individu yang biasa melakukan aktifitas fisik berat atau sedang dalam tujuh hari seminggu,
7. Konsumsi buah dan sayur setiap hari,
Perilaku konsumsi buah dan sayur diukur berdasarkan individu yang biasa konsumsi buah dan sayur selama tujuh hari dalam seminggu,
8. Tidak merokok dalam rumah,
Pengertian tidak merokok di dalam rumah adalah individu yang tidak mempunyai kebiasaan merokok di dalam rumah pada saat ada anggota RT lainnya serta memperhitungkan juga RT yang tidak ada anggota RT yang merokok,
9. Penggunaan air bersih,
Perilaku menggunakan air bersih didapatkan dari data RT yang menggunakan sumber air bersih dengan kategori baik untuk seluruh keperluan RT.
10. Memberantas jentik nyamuk,
RT dengan perilaku memberantas jentik nyamuk dalam indikator ini adalah RT yang menguras bak mandi satu kali atau lebih dalam seminggu atau yang tidak menggunakan bak mandi dan tidak mandi di sungai,

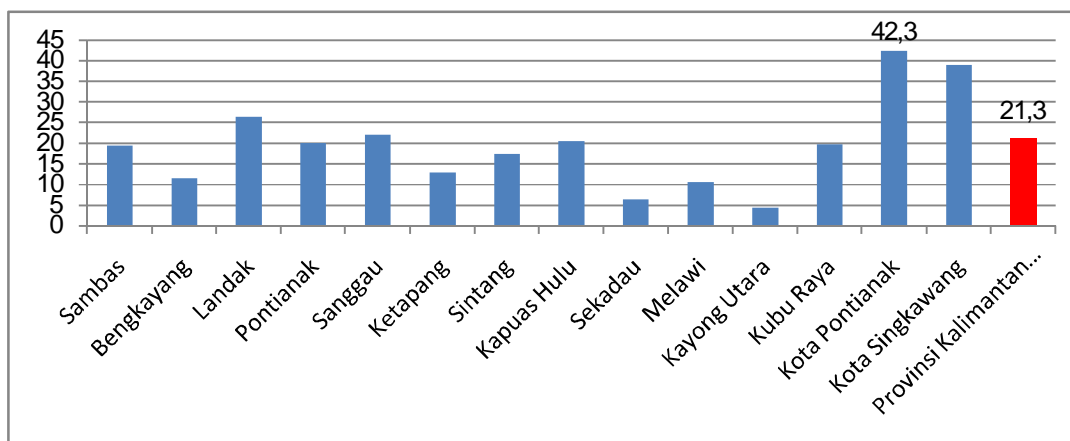
Beberapa indikator yang digunakan dalam Riskesdas 2013 ini berbeda dengan indikator yang digunakan dalam Riskesdas 2007 sehingga tidak bisa menggambarkan kecenderungan kenaikan atau penurunan proporsi RT ber-PHBS.

Berikut adalah proporsi RT dengan 10 indikator PHBS yang dikumpulkan dalam Riskesdas 2013.



Gambar 3.10.10
Proporsi RT melakukan PHBS menurut 10 indikator di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Ada perbedaan angka pada indikator PHBS dengan cakupan pada pelayanan kesehatan, antara lain: 1) penolong persalinan oleh nakes, reproduksi ditampilkan data 3 tahun terakhir; 2) ASI 24 jam untuk kelompok umur 6 bulan merupakan data ASI dalam 24 jam dalam PHBS ditampilkan data penolong persalinan terakhir, sedangkan dalam kesehatan jam terakhir dan tidak diberikan makanan prelakteal; sedangkan pada anak usia 6 – 59 bulan ditanyakan pada usia berapa pertama kali diberikan makanan tambahan; 3) penimbangan balita adalah frekuensi penimbangan anak umur 6-59 bulan dalam 6 bulan terakhir; 4) sumber air bersih “baik” adalah air bersih yang digunakan RT selain air minum; 5) aktivitas fisik mencakup aktivitas fisik “berat” atau “sedang” setiap hari tanpa memperhitungkan lama beraktivitas; 6) konsumsi buah dan sayur adalah konsumsi buah dan sayur setiap hari tanpa memperhitungkan jumlah porsi.

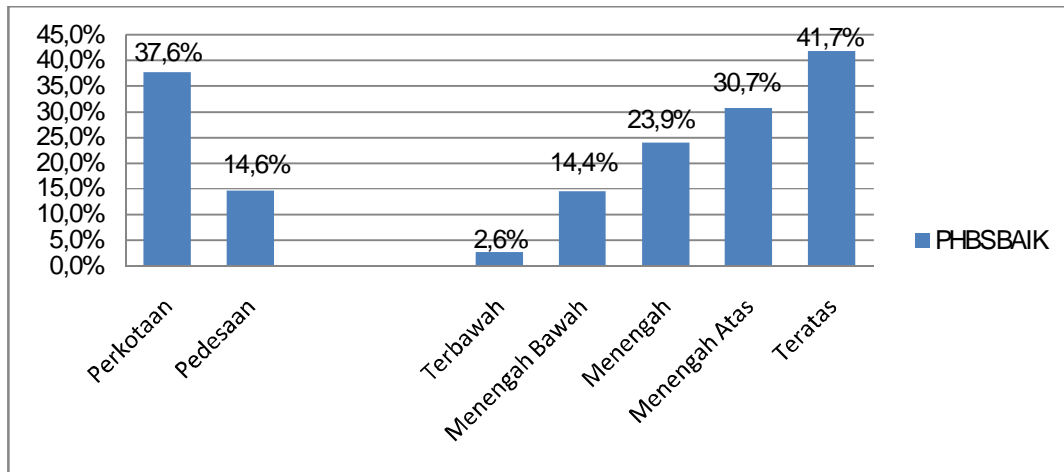


Catatan: PHBS baik adalah rupa yang memenuhi kriteria ≥ 6 indikator untuk RT dengan balita dan ≥ 5 indikator untuk RT tidak punya balita,

Gambar 3.10.11
Proporsi RT yang memenuhi kriteria perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baik menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.10.11 menunjukkan bahwa proporsi propinsi RT dengan PHBS baik adalah 21.3 persen, dengan proporsi tertinggi pada Kota Pontianak (42,3%) dan terendah pada Kayong Utara (4,4%). Terdapat 11 dari 14 kabupaten yang masih memiliki RT PHBS baik di bawah proporsi provinsi.

Gambar 3.10.12 menyajikan proporsi RT dengan PHBS baik lebih tinggi di perkotaan (37,6%) dibandingkan di pedesaan (14,6%). Proporsi RT dengan PHBS baik meningkat dengan semakin tingginya kuintil indeks kepemilikan (terbawah 2,6%, teratas 41,7%).



Gambar 3.10.12
Proporsi RT memenuhi kriteria perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baik menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.11. Pembiayaan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah meningkatkan derajat kesehatan (*health status*), ketanggapan (*responsiveness*), dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*). (WHO, 2000) Pada topik ini dikumpulkan informasi tentang jenis kepemilikan dan penggunaan jaminan kesehatan, pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, dan sumber pembiayaan yang paling sering dimanfaatkan penduduk beserta besaran biaya yang dikeluarkannya.

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan upaya kesehatan/memperbaiki keadaan kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah untuk menjamin dana yang cukup, tidak hanya bagi penyedia pelayanan kesehatan, namun juga seluruh penduduk dapat memiliki akses kepada upaya pelayanan kesehatan masyarakat dan perseorangan yang efektif dan berkualitas.(WHO,2000).

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Perpres no 12 tahun 2013)

Menurut UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan Pasal 130 bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat

kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Unsur-unsur pembiayaan terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan. Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, masyarakat, swasta, dan sumber lain.

Syarat pokok pembiayaan kesehatan meliputi: (1) jumlah harus memadai untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan tidak menyulitkan masyarakat yang memanfaatkan; (2) distribusinya harus sesuai dengan kebutuhan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan masyarakat; serta (3) pemanfaatannya harus diatur setepat mungkin agar tercapai efektivitas dan efisiensi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang optimal (UU No. 36, 2009).

Pada Riskesdas 2013, analisis pembiayaan kesehatan meliputi kepemilikan dan penggunaan jaminan kesehatan serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap berikut sumber dan besaran biayanya. Sumber biaya dibedakan menjadi Biaya sendiri, Asuransi Kesehatan Sosial (meliputi Askes PNS, Pensiun, Veteran, TNI/Polri), Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja), Asuransi kesehatan Swasta, Tunjangan kesehatan dari Perusahaan, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

3.11.1 Kepemilikan Jaminan Kesehatan

Hasil analisis memberikan informasi tentang proporsi penduduk yang telah tercakup maupun yang tidak tercakup jaminan kesehatan. Jenis jaminan kesehatan terdiri dari; asuransi kesehatan (PNS, veteran, pensiunan PNS, pensiunan TNI/Polri), ASABRI (TNI/Polri aktif, staf Kementerian Hukum dan Keamanan), JPK Jamsostek, asuransi kesehatan swasta, tunjangan kesehatan dari perusahaan, Jamkesmas dan Jamkesda. Untuk kepentingan analisis Askes dan ASABRI dimasukkan dalam satu kelompok dikarenakan pemerintah juga membayar sebagian dari iuran jaminan tersebut.

Salah satu tujuan system kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), di samping peningkatan derajat kesehatan (*health status*) dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*).

Pembiayaan kesehatan meliputi untuk perawatan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sumber biaya dibedakan menjadi sumber biaya sendiri, asuransi (Askes PNS/Asabri Jamsostek, Askes Swasta, Perusahaan, Jamkesmas, Jamkesda). Dari data ini diperoleh gambaran tentang seberapa besar persentase RT yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan.

Tabel 3.11.1
Proporsi penduduk menurut kepemilikan jaminan kesehatan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Jenis Jaminan Kesehatan						
	Askes/ Asabri	Jamsostek	Askes Swasta	Perusahaan	Jamkesmas	Jamkesda	Tidak punya
Sambas	5,2	0,0	0,3	0,0	20,5	2,9	71,8
Bengkayang	2,5	0,1		0,1	17,5	1,0	79,1
Landak	2,5	0,6	0,2	0,1	42,1	0,3	54,4
Pontianak	8,5	1,5	0,7	0,1	32,2	0,8	56,7
Sanggau	3,6	4,4	1,2	3,4	9,3	52,1	32,0
Ketapang	4,7	3,2	0,1	3,5	17,2	3,8	75,9
Sintang	4,6	0,2	0,3	0,1	10,9	27,5	58,1
Kapuas Hulu	10,0	1,1	0,0	0,0	29,1	40,6	19,1
Sekadau	2,3	2,9	0,4	0,1	25,1	0,3	70,5
Melawi	6,3	1,0	0,5	0,8	27,7	11,3	53,0
Kayong Utara	3,1	0,0	0,0	0,1	29,6	76,8	1,8
Kubu Raya	4,4	1,6	0,6	0,2	25,8	1,1	66,7
Kota Pontianak	8,9	3,4	1,7	0,4	24,4	0,5	60,8
Kota Singkawang	10,0	1,2	1,7	1,5	11,4	4,5	70,1
Provinsi Kalimantan Barat	5,5	1,7	0,6	0,9	22,2	12,5	58,6

Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Tabel 3.11 memperlihatkan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan keseluruhan untuk Provinsi Kalimantan Barat masih belum memiliki jaminan kesehatan (58,6), kemudian berturut-turut disusul dengan kepemilikan jamkesmas (22,2), Jamkesda (12,5), Askes/Asabri (5,5), Jamsostek (1,7), Perusahaan (0,9) dan Askes Swasta (0,6).

Gambaran pembiayaan kesehatan tidak menggunakan fasilitas jaminan kesehatan yang tertinggi di Kabupaten Bengkayang (79,1) dan terendah di Kabupaten Kayong Utara (1,8). Sedangkan proporsi terbanyak tentang kepemilikan jaminan kesehatan sebagai pembiayaan kesehatan menggunakan Jamkesmas tertinggi di Kabupaten Landak (42,1) dan terendah di Kabupaten Sanggau (9,3) (Tabel 3.11.1).

Tabel 3.11.2
Proporsi penduduk menurut kepemilikan jaminan kesehatan dan karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Jenis Jaminan Kesehatan						
	Askes/ Asabri (%)	Jamsostek (%)	Askes Swasta (%)	Perusahaan (%)	Jamkesmas (%)	Jamkesda (%)	Tidak punya (%)
Kelompok umur (tahun)							
0 - 4	3,1	0,9	0,5	1,5	13,4	12,4	69,6
5 -14	4,0	0,7	0,5	0,8	22,2	11,7	61,4
15-24	5,5	1,6	0,6	0,8	21,8	12,6	59,2
25-34	4,2	3,6	0,7	1,1	22,3	12,8	58,4
35-44	6,4	2,6	0,8	1,0	25,0	13,7	53,3
45-54	10,7	1,7	1,0	0,8	23,5	12,8	51,8
55-64	9,5	0,8	0,2	0,3	24,9	12,3	53,9

Karakteristik	Jenis Jaminan Kesehatan						
	Askes/ Asabri	Jamsostek	Askes Swasta	Perusahaan	Jamkesmas	Jamkesda	Tidak punya
65-74	4,6	0,8	0,4	0,0	26,3	10,9	57,9
75+	4,0	0,4	1,2		27,3	13,5	55,6
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Pekerjaan							
Tidak bekerja	6,4	1,1	0,6	0,6	22,7	11,8	58,4
Pegawai	27,0	10,4	1,9	3,9	15,6	7,0	41,3
Wiraswasta	3,4	1,8	1,6	0,4	18,5	16,1	59,7
Petani/Nelayan/Buruh	0,4	1,0	0,1	0,3	29,2	14,0	57,1
Lainnya	6,6	1,4	0,6	0,3	17,3	15,8	59,1
Tempat tinggal							
Perkotaan	11,4	2,4	1,5	0,6	17,9	5,6	61,3
Perdesaan	2,9	1,5	0,2	1,0	24,1	15,6	57,4
Kuintil Indeks Kepemilikan							
Terbawah	0,2	0,4		0,1	29,4	15,9	56,1
Menengah bawah	0,8	1,8	0,1	1,1	28,8	12,9	57,5
Menengah	3,3	2,1	0,3	1,1	24,3	9,7	61,3
Menengah atas	7,5	2,3	0,4	1,4	16,1	12,4	61,3
Teratas	18,7	2,2	2,6	0,8	9,0	11,6	56,7

Tabel 3.11.2 memperlihatkan bahwa gambaran kepemilikan jaminan kesehatan sebagai pembiayaan kesehatan di Kalimantan Barat berdasarkan umur sebagian besar pada semua kelompok umur tidak memiliki jaminan kesehatan, proporsi tertinggi pada kelompok umur 0 – 4 tahun dan terendah umur 45-54 tahun (51,8%)

Menurut tipe daerah, kecenderungan masyarakat di perkotaan banyak yang tidak mempunyai jaminan kesehatan untuk membantu pembiayaan kesehatan (61,3) dibandingkan masyarakat di perdesaan (57,4), Sedangkan masyarakat di perdesaan lebih banyak memanfaatkan kepemilikan Jamkesmas sebagai pembiayaan kesehatan (24,1) dibanding masyarakat perkotaan (17,9).

3.11.2 Mengobati Sendiri

Pola pencarian pengobatan seseorang dikategorikan dalam mengobati sendiri, memanfaatkan rawat jalan, dan memanfaatkan rawat inap. Informasi mengobati sendiri didapatkan dengan mengetahui perilaku seseorang yang pernah mengobati sendiri dengan cara membeli obat di apotik atau toko obat tanpa resep dalam satu bulan terakhir. Besaran biaya juga ditanyakan dan hasil analisis merupakan rerata total besar biaya dalam sebulan terakhir dengan menggunakan median.

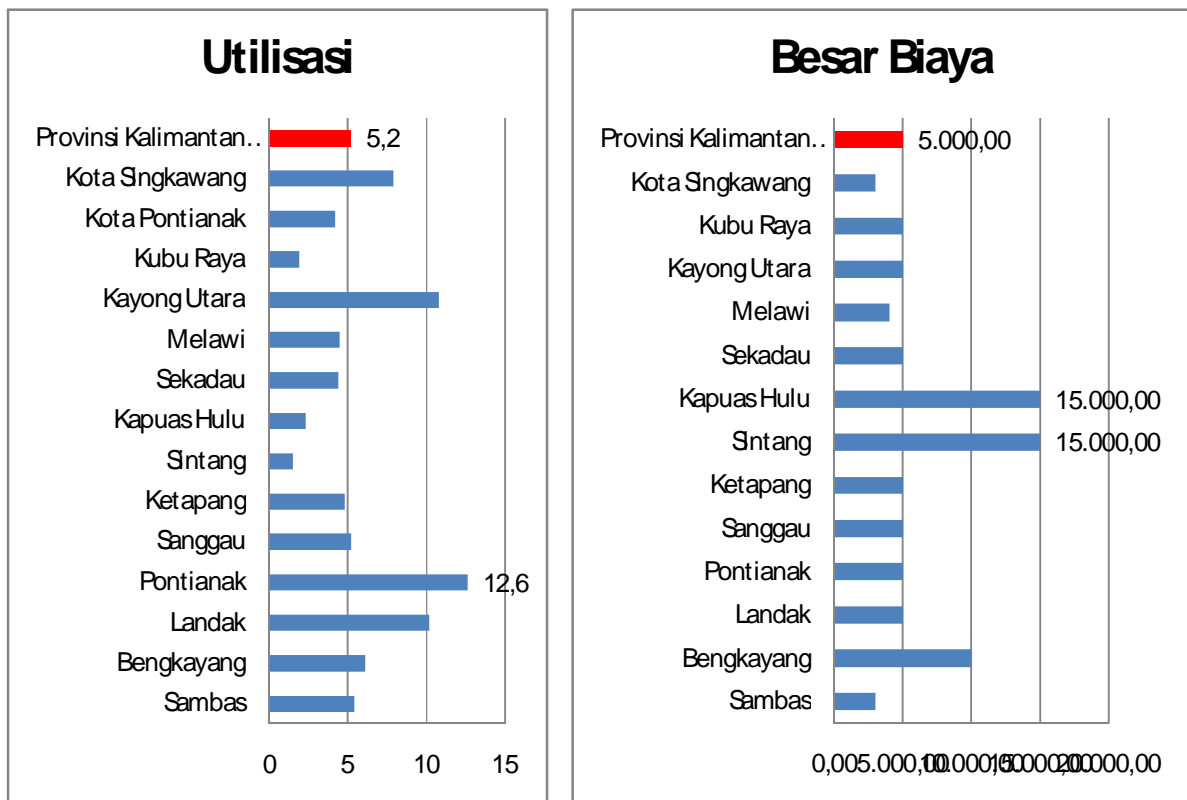
Gambar 3.11.1 menggambarkan proporsi penduduk Kalimantan Barat yang mengobati diri sendiri dalam satu bulan terakhir adalah 14,5 persen dengan rerata pengeluaran sebesar Rp.5.000. Kabupaten Pontianak merupakan provinsi tertinggi (22,3 %) dengan rerata pengeluaran sebesar Rp.5.000. Sebaliknya, Kapuas Hulu merupakan kabupaten dengan proporsi terendah (6,1%) namun dengan rerata pengeluaran terbesar yaitu sebesar (Rp.15.000). (Dalam buku Riskesdas 2013 dalam angka)

Tabel 3.9.3 menggambarkan bahwa penduduk daerah perkotaan lebih banyak yang mengobati sendiri (13,4%) dari pada perdesaan (15,0%). Dari segi biaya, yang dikeluarkan perkotaan dengan di perdesaan sama besar, yaitu Rp.5.000.

Tabel 3.11.3
Proporsi penduduk yang mengobati sendiri sebulan terakhir dan besaran biayanya menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Mengobati diri sendiri	
	(%)	Rp
Tempat tinggal		
Perkotaan	13,4	5.000,00
Perdesaan	15,0	5.000,00
Kuintil Indeks Kepemilikan		
Terbawah	14,9	5.000,00
Menengah bawah	16,2	5.000,00
Menengah	14,0	5.000,00
Menengah atas	13,9	5.000,00
Teratas	13,0	10.000,00

Menurut kuintil indeks kepemilikan, kelompok teratas merupakan kelompok yang terbawah untuk mengobati sendiri (13,0%) namun dari sisi biaya yang dikeluarkan adalah terbesar diantara lainnya yaitu Rp.10.000.



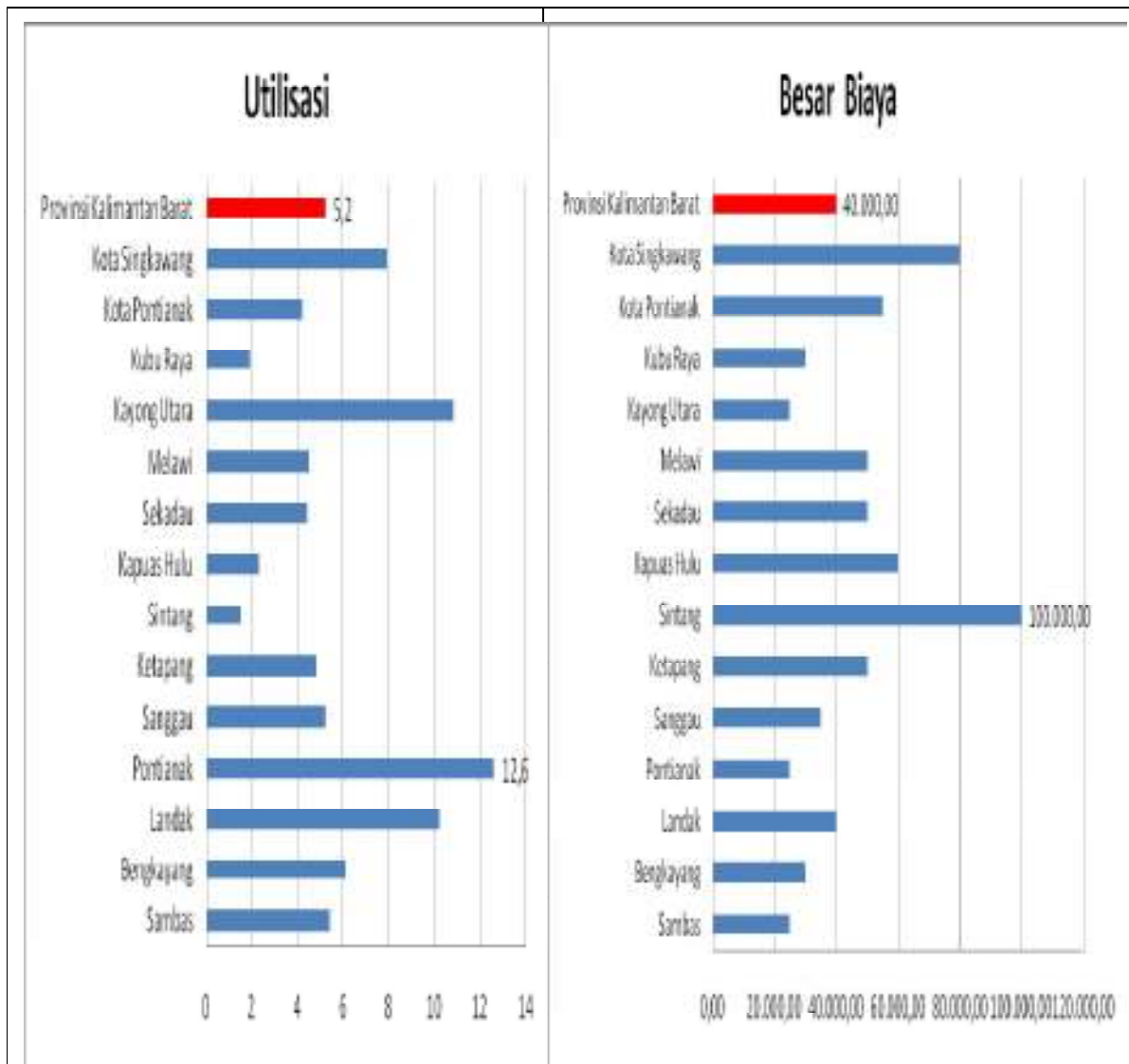
Gambar 3.11.1

Proporsi penduduk yang mengobati sendiri sebulan terakhir dan besaran biayanya menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskedas 2013

3.11.3 Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan adalah semua pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal dirawat inap. Pemanfaatan atau utilisasi fasilitas kesehatan ditanyakan dalam satu bulan terakhir termasuk besaran biayanya. Hasil analisis dsajikan secara umum tanpa melihat jenis fasilitas kesehatan dan besar biaya merupakan rerata total besar biaya dalam sebulan terakhir (rawat jalan) dengan menggunakan median.

Pemanfaatan rawat jalan menurut fasilitas kesehatan dapat dibaca dalam Buku 2 Laporan Riskedas 2013 dalam Angka Provinsi Kalimantan Barat Tabel 3.11.4.



Gambar 3.11.2

Proporsi pemanfaatan rawat jalan beserta biaya yang dikeluarkan (Rp) berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Risesdas 2013

Gambar 3.11.2 menggambarkan 5,2 persen penduduk Kalimantan barat dalam satu bulan terakhir melakukan rawat jalan dan median biaya yang dikeluarkan sebesar Rp.40.000. Penduduk Kayong Utara merupakan kabupaten tertinggi yang melakukan rawat jalan (10,8%) dengan median biaya sebesar Rp.25.000,-. Penduduk Sintang merupakan yang terendah dalam memanfaatkan fasilitas rawat jalan (1,5%) dengan pengeluaran rerata sebesar Rp.100.000,-.

Tabel 3.11.4

Proporsi pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap beserta biaya yang dikeluarkan (Rp) berdasarkan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Risesdas 2013

Karakteristik Responden	Rawat Jalan	
	(%)	Rp
Kelompok Umur		
0-4 tahun	8,2	30.000,00
5-14 tahun	3,2	30.000,00
15-24 tahun	3,5	40.000,00
25-34 tahun	4,9	35.000,00
35-44 tahun	5,0	40.000,00
45-54 tahun	7,0	50.000,00
55-64 tahun	9,5	50.000,00
65-74 tahun	11,0	45.000,00
75+ tahun	11,3	40.000,00
Jenis Kelamin		
Laki-laki	4,5	40.000,00
Perempuan	6,0	35.000,00
Pekerjaan		
Tidak bekerja	5,2	40.000,00
Pegawai	4,7	50.000,00
Wiraswasta	5,1	55.000,00
Petani/Nelayan/Buruh	5,0	40.000,00
Lainnya	5,5	30.000,00
Tempat tinggal		
Perkotaan	5,1	50.000,00
Perdesaan	5,3	35.000,00
Kuintil Indeks Kepemilikan		
Terbawah	4,5	40.000,00
Menengah bawah	4,9	30.000,00
Menengah	5,6	35.000,00
Menengah atas	5,9	40.000,00
Teratas	5,3	80.000,00

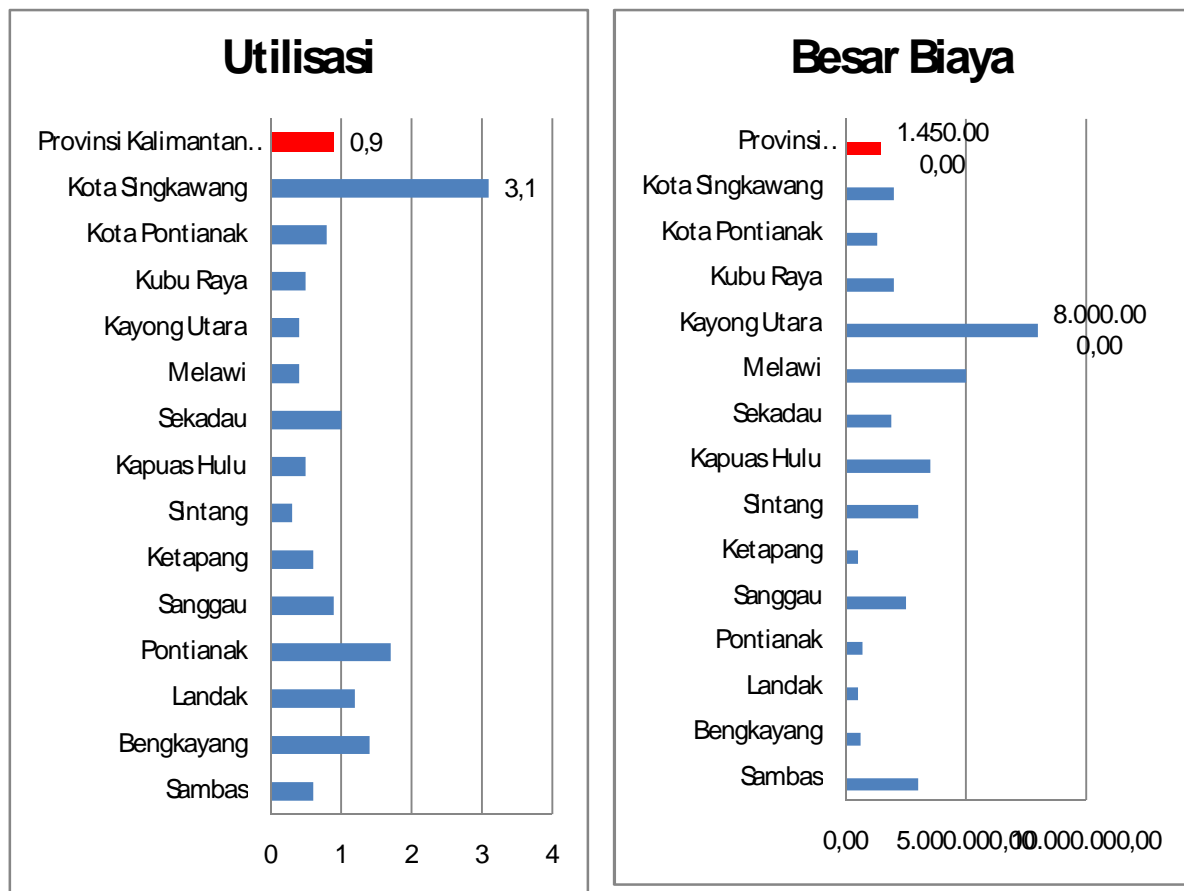
Tabel 3.11.4 menggambarkan pemanfaatan rawat jalan di berbagai fasilitas kesehatan dalam satu bulan terakhir. Kelompok balita sebesar 8,5 persen dan sebanyak 11,3 persen kelompok umur 75+ tahun melakukan rawat jalan dan kelompok ini merupakan kelompok proporsi tertinggi yang melakukan rawat jalan dengan median biaya sebesar Rp 40.000,-, sebaliknya penduduk

umur 5-14 tahun adalah kelompok terendah. Makin bertambah umur, penduduk makin banyak yang memanfaatkan rawat jalan dan median biayanya pun cenderung semakin besar. Penduduk mur 45-54 dan 55– 64 tahun adalah kelompok dengan median pengeluaran rawat jalan terbesar (Rp 50.000,-) dan proporsi masing-masing sebanyak 7% dan 9,5%.Pemanfaatan rawat jalan di perkotaan dan perdesaan tidak terlalu berbeda, namun untuk biaya yang dikeluarkan dalam satu bulan terakhir untuk rawat jalan di perkotaan sebesar Rp 50.000,-, sedangkan di perdesaan sebesar Rp 35.000,-. Menurut kuintil indeks kepemilikan, median pengeluaran untuk rawat jalan paling tinggi pada kelompok penduduk kuintil teratas (Rp 80.000,-) dengan proporsi pemanfaatan median (5,3%). Pemanfaatan tertinggi rawat jalan terdapat pada kuintil menengah atas(5,9%) dengan median pengeluaran sebesar Rp. 40.000,-.

3.11.4 Rawat Inap

Rawat Inap menurut Azwar Azrul (1996:73) suatu bentuk pelayanan kesehatan kedokteran intensif (*hospitalization*) yang diselenggarakan oleh rumah sakit, rumah sakit bersalin, maupun rumah bersalin. Pemanfaatan rawat inap ditanyakan dalam kurun waktu dua belas bulan terakhir. Hasil analisis dsajikan secara umum tanpa melihat jenis fasilitas kesehatan dan besar biaya merupakan rerata total besar biaya dalam dua belas bulan terakhir (rawat jalan) dengan menggunakan median.

Pemanfaatan rawat inap menurut fasilitas kesehatan dapat dibaca dalam Buku Riskedas 2013 dalam angka.



Gambar 3.11.3

Proporsi pemanfaatan rawat inap beserta biaya yang dikeluarkan (Rp) berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.11.3 menggambarkan 0,9 persen penduduk Provinsi Kalimantan Barat dalam satu bulan terakhir melakukan rawat inap dan median biaya yang dikeluarkan sebesar Rp 1.450.000,-. Penduduk ternyata selain tertinggi dalam pemanfaatan rawat jalan juga tertinggi untuk pemanfaatan rawat inap Kayong Utara sebesar 0,4 persen dengan median biaya dalam satu tahun terakhir sebesar Rp 8.000.000,- disusul oleh Melawi (0,4%) dengan median biaya sebesar Rp 5.000.000,-. Penduduk Sintang merupakan terendah untuk pemanfaatan rawat jalan, yaitu 0,3 persen. .

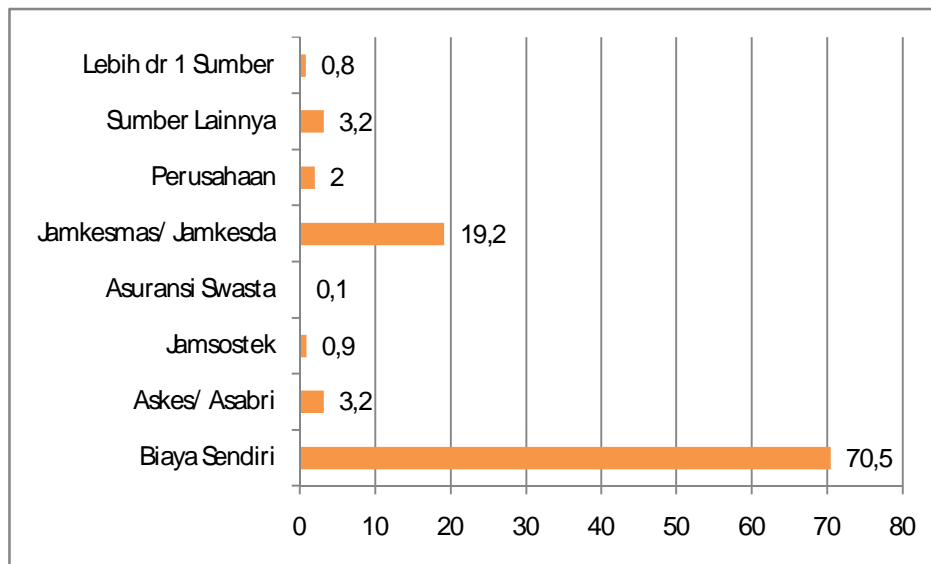
Tabel 3.11.5
Proporsi pemanfaatan rawat inap beserta biaya yang dikeluarkan (Rp) berdasarkan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Rawat Inap	
	(%)	Rp
Kelompok Umur		
0-4 tahun	1,2	1.450.000,00
5-14 tahun	0,6	1.450.000,00
15-24 tahun	0,5	1.450.000,00
25-34 tahun	0,8	1.450.000,00
35-44 tahun	0,9	1.450.000,00
45-54 tahun	0,8	1.450.000,00
55-64 tahun	1,6	1.450.000,00
65-74 tahun	3,0	1.450.000,00
75+ tahun	3,1	1.450.000,00
Jenis Kelamin		
Laki-laki	0,8	1.700.000,00
Perempuan	1,0	1.300.000,00
Pekerjaan		
Tidak bekerja	1,0	1.300.000,00
Pegawai	1,2	2.500.000,00
Wiraswasta	0,8	2.400.000,00
Petani/Nelayan/Buruh	0,5	500.000,00
Lainnya	1,0	1.794.872,05
Tempat tinggal		
Perkotaan	1,3	2.000.000,00
Perdesaan	0,7	800.000,00
Kuintil Indeks Kepemilikan		
Terbawah	0,4	2.200.000,00
Menengah bawah	0,8	600.000,00
Menengah	0,7	1.000.000,00
Menengah atas	1,1	800.000,00
Teratas	1,5	3.200.000,00

Tabel 3.11.5 menggambarkan sebesar 1,2 persen balita memanfaatkan rawat inap. Kelompok usia lanjut merupakan kelompok tertinggi yang memanfaatkan fasilitas rawat inap dan juga besaran biayanya. Pemanfaatan rawat jalan di perkotaan dan perdesaan tidak terlalu berbeda, namun untuk biaya rawat inap satu tahun terakhir di perkotaan sebesar Rp 2.000.000,- dan biaya rawat inap di perdesaan, yaitu sebesar Rp 800.000,-. Menurut kuintil indeks kepemilikan, kelompok penduduk kuintil teratas merupakan kelompok paling tinggi dalam pemanfaatan rawat inap (1,5%) dan pengeluaran sebesar Rp 3.200.000,-.

3.11.5 Sumber Pembiayaan

Sumber biaya kesehatan menurut SKN terdiri dari biaya pemerintah dan masyarakat. Riskesdas 2013 memberikan informasi tentang proporsi sumber biaya kesehatan penduduk yang memanfaatkan rawat jalan dalam satu bulan terakhir dan atau rawat inap dalam satu tahun terakhir. Sumber biaya dikelompokkan menjadi: biaya sendiri, asuransi kesehatan (PNS, veteran, pensiunan PNS, pensiunan TNI/Polri), ASABRI (TNI/Polri aktif, staf Kementerian Hukum dan Keamanan), JPK Jamsostek, asuransi kesehatan swasta, tunjangan kesehatan dari perusahaan, Jamkesmas dan Jamkesda.



Gambar 3.11.4

Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat jalan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.11.4 memperlihatkan bahwa sumber biaya rawat jalan secara keseluruhan untuk Kalimantan Barat masih didominasi (70,5%) pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri atau keluarga (*out of pocket*), kemudian berturut-turut disusul pembiayaan oleh Jamkesmas dan Jamkesda (19,2%) dan terendah adalah pembiayaan oleh asuransi swasta (0,1%). Sumber biaya rawat jalan dari Askes/ASABRI sebesar 3,2 persen, Jamsostek 0,9 persen, tunjangan kesehatan Perusahaan 2,0 persen, sumber lainnya 3,2 persen dan sebanyak 0,8 persen dibiayai lebih dari satu sumber.

Proporsi penduduk menurut sumber biaya untuk rawat jalan berdasarkan kabupaten/kota di Kalimantan Barat provinsi dapat dibaca dalam Buku 2 Laporan Riskesdas 2013 dalam angka.

Tabel 3.11.6 memperlihatkan bahwa menurut tempat tinggal, sumber biaya rawat jalan pada semua jenis fasilitas kesehatan dari berbagai jaminan kesehatan baik Askes, ASABRI, JPK Jamsostek, asuransi kesehatan swasta, dan tunjangan kesehatan perusahaan lebih banyak

dimanfaatkan di daerah perkotaan. Di daerah pedesaan lebih banyak memanfaatkan Jamkesmas dan Jamkesda.

Menurut kuintil indeks kepemilikan, sumber biaya rawat jalan untuk semua jenis fasilitas kesehatan yang berasal dari biaya sendiri pada semua kelompok penduduk mempunyai proporsi lebih dari 70 persen. Pada penduduk kuintil terbawah didapati 74,9 persen melakukan rawat jalan dengan biaya sendiri atau tanpa jaminan kesehatan apapun dan pada penduduk teratas terdapat 75,4 persen. Sumber biaya rawat jalan dari Jamkesmas yang tertinggi adalah pada penduduk kuintil menengah (24,8%), sebaliknya pada penduduk kuintil teratas ada 9,9 persen yang menggunakannya. Proporsi dan pemanfaatan sumber biaya rawat jalan dari Askes, ASABRI, JPK-Jamsostek, asuransi kesehatan swasta, dan tunjangan kesehatan perusahaan cenderung meningkat pada kuintil indeks kepemilikan yang semakin tinggi. Sedangkan pemanfaatan sumber biaya dari Jamkesda menunjukkan variasi yang tidak terlalu berbeda antar karakteristik penduduk baik menurut tempat tinggal maupun kuintil indeks kepemilikan.

Tabel 3.11.6

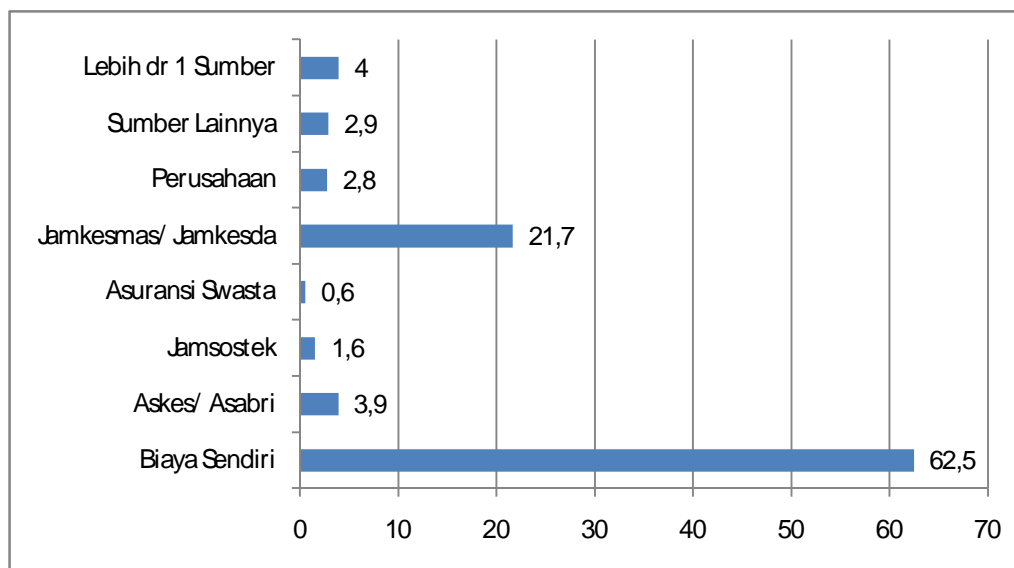
Proporsi penduduk menurut sumber biaya untuk rawat jalan berdasarkan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskedas 2013

Karakteristik Responden	Sumber Biaya Rawat Jalan Semua Fasilitas							Lebih dr 1 Sumber (%)
	Biaya Sendiri (%)	Askes/Asabri (%)	Jamsostek (%)	Asuransi Swasta (%)	Jamkesmas/Jamkesda (%)	Perusahaan (%)	Sumber Lainnya (%)	
Kelompok Umur								
0 - 4 tahun	82,7	5,1			6,5	3,6	2,1	
5-14 tahun	68,8		0,2		24,1	2,8	3,1	1,1
15-24 tahun	69,8	1,0	0,5		19,7	1,6	7,2	0,1
25-34 tahun	76,2	3,5	1,8	0,8	14,4	1,8	1,5	
35-44 tahun	73,2	1,6	0,2		19,1	2,4	3,3	0,1
45-54 tahun	69,3	2,7	3,9		13,7	3,6	4,4	2,5
55-64 tahun	67,6	7,4	0,2		22,0	1,8	0,3	0,7
65-74 tahun	69,4	5,7			21,5	0,1	0,6	2,5
75+ tahun	66,2	3,8	0,6		23,8		5,5	
Jenis Kelamin								
Laki-laki	69,6	3,2	1,6	0,1	18,3	2,3	3,6	1,3
Perempuan	71,1	3,2	0,4	0,1	19,9	1,8	2,9	0,5
Pekerjaan								
Tidak bekerja	70,7	4,5	0,6		18,7	1,8	3,3	0,3
Pegawai	59,2	16,3	3,5	1,5	8,1	6,6	1,4	3,5
Wiraswasta	79,8	1,9	1,5		11,4	1,0	3,8	0,6
Petani/Nelayan/Buruh	70,3	0,3	0,6		25,5	1,5	0,4	1,3
Lainnya	64,4	4,9	4,2		15,5	0,2	10,0	0,8
Tempat tinggal								
Perkotaan	62,1	7,2	1,0	0,3	17,9	1,4	9,1	1,0
Perdesaan	74,0	1,6	0,9		19,8	2,2	0,7	0,7

Karakteristik Responden	Sumber Biaya Rawat Jalan Semua Fasilitas							Lebih dr 1 Sumber
	Biaya Sendiri	Askes/ Asabri	Jamsostek	Asuransi Swasta	Jamkesmas/ Jamkesda	Perusahaan	Sumber Lainnya	
Indeks Kuintil Kepemilikan								
Terbawah	74,9	0,6			23,5		0,6	0,4
Menengah bawah	67,6	0,3	0,6		24,8	4,4	1,9	0,3
Menengah	66,7	1,1	1,4		22,3	1,8	5,8	0,9
Menengah atas	69,6	6,8	0,7	0,3	13,8	1,6	5,4	1,7
Teratas	75,4	8,3	2,0	0,1	9,9	2,0	1,5	0,7

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Gambar 3.11.5 memperlihatkan bahwa sumber biaya yang dipakai untuk rawat inap pada semua fasilitas kesehatan di Kalimantan Barat masih didominasi oleh biaya sendiri (*out of pocket*), yaitu sekitar 62,5 persen. Kondisi ini dimungkinkan karena hanya sekitar 21,7 persen penduduk Kalimantan Barat memiliki jaminan kesehatan. Pola pemanfaatan jaminan kesehatan sebagai sumber biaya untuk rawat jalan dan rawat inap tidak berbeda.



Gambar 3.11.5
Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat inap di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Selanjutnya, sumber biaya yang paling banyak digunakan untuk rawat inap berturut-turut adalah biaya sendiri 62,5 persen, Jamkesmas/Jamkesda 21,7 persen, Askes/ASABRI 3,9 persen, sebanyak 4 persen penduduk Kalimantan barat yang rawat inap menggunakan lebih dari satu sumber biaya dan 2,9 persen dari sumber lainnya. Sementara itu sumber biaya untuk rawat inap dari Jamsostek digunakan oleh 1,6 persen, 0,6 persen dari Asuransi kesehatan swasta dan 2,8 persen dari tunjangan kesehatan perusahaan.

Proporsi penduduk menurut sumber biaya untuk rawat inap berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat dapat dibaca dalam Buku 2 Laporan Riskesdas 2013 dalam Angka Provinsi Kalimantan Barat Tabel 3.11

Tabel 3.11.7
Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat inap menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Sumber Biaya Rawat inap Semua Fasilitas							Lebih dr 1 Sumber (%)
	Biaya Sendiri (%)	Askes/Asabri (%)	Jamsostek (%)	Asuransi Swasta (%)	Jamkesmas/Jamkesda (%)	Perusahaan (%)	Sumber Lainnya (%)	
Kelompok Umur								
0 - 4 tahun	72,8	5,2			17,2		4,9	
5 -14 tahun	59,7	1,2			29,0	5,1	2,4	2,5
15-24 tahun	74,8	3,2			11,0	3,0	1,6	6,3
25-34 tahun	67,7		5,6		15,5		4,7	6,4
35-44 tahun	59,8	3,3			23,7	9,9	1,6	1,7
45-54 tahun	39,5	13,3	5,3		23,1	2,0	8,5	8,3
55-64 tahun	60,3	7,8			27,5			4,4
65-74 tahun	63,4	2,3	1,7		30,2			2,2
75+ tahun	59,6	5,1		20,0	5,5			9,9
Jenis Kelamin								
Laki-laki	56,2	5,2	2,5	1,4	25,6	2,5	3,2	3,3
Perempuan	67,4	2,8	0,9		18,7	3,0	2,6	4,6
Pekerjaan								
Tidak berkerja	64,6	3,1	1,3	1,6	22,1	2,1	2,0	3,5
Pegawai	45,0	19,3	9,3		4,6	8,6	5,8	7,5
Wiraswasta	70,5	0,8	2,1		14,9	3,4	2,4	6,0
Petani/Nelayan/Buruh	58,5				34,5		2,6	4,4
Lainnya	79,0	2,7			8,1			10,2
Tempat tinggal								
Perkotaan	60,1	7,3	1,6	1,4	19,3	2,5	4,6	3,2
Perdesaan	64,3	1,1	1,6		23,6	3,1	1,5	4,7
Indeks Kuintil Kepemilikan								
Terbawah	67,0				24,3		2,6	6,1
Menengah bawah	52,4	1,8			29,2	8,4	2,6	5,4
Menengah	57,4	1,5	2,1		24,5	3,7	7,8	3,0
Menengah atas	61,5	3,8	2,3		28,6	1,2	0,6	2,0
Teratas	71,5	8,1	2,4	2,1	8,9	0,6	1,9	4,5

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Tabel 3.11.7 memperlihatkan bahwa menurut tempat tinggal sumber biaya rawat inap pada semua jenis fasilitas kesehatan dari berbagai jaminan kesehatan baik Askes, ASABRI, JPK Jamsostek, asuransi kesehatan swasta, dan tunjangan kesehatan perusahaan lebih banyak dimanfaatkan di daerah perkotaan. Sumber biaya rawat inap dari Jamkesmas dan Jamkesda lebih banyak dimanfaatkan di daerah perdesaan.

Menurut kuintil indeks kepemilikan, proporsi sumber biaya rawat inap dari jaminan kesehatan selain Jamkesmas dan Jamkesda cenderung meningkat seiring dengan makin tingginya kuintil. Sumber biaya rawat inap untuk semua jenis fasilitas kesehatan yang berasal dari biaya sendiri pada semua kelompok penduduk mempunyai proporsi lebih dari 62,5 persen. Pada penduduk kuintil terbawah didapati 67,0 persen melakukan rawat inap dengan biaya sendiri atau tanpa jaminan kesehatan apapun dan pada penduduk teratas didapatkan 71,5 persen. Sumber biaya rawat inap dari Jamkesmas/Jamkesda yang tertinggi adalah pada penduduk kuintil menengah terbawah (24,3%), sebaliknya pada penduduk teratas hanya 8,9 persen yang menggunakannya.

3.12. Kesehatan Reproduksi

Kesehatan Reproduksi (Kespro) mulai dimasukkan dalam Riskesdas tahun 2010, dan pada saat itu hanya memberikan gambaran nasional. Pada Riskesdas 2013 ini bertujuan untuk menyediakan informasi tentang kesehatan reproduksi untuk tingkat nasional maupun provinsi sehingga provinsi memungkinkan untuk mendapatkan informasi tentang indikator cakupan pelayanan kesehatan ibu berbasis komunitas sebagai komplemen dari data rutin.

Tujuan dari blok kesehatan reproduksi adalah menyediakan informasi yang terkait dengan MDGs ke lima yaitu meningkatkan status kesehatan ibu dan isu kesehatan reproduksi.

Informasi yang dikumpulkan pada Blok Kespro sebagai berikut:

1. Kehamilan saat ini yaitu, kejadian kehamilan seluruh penduduk perempuan 10-54 tahun yang dilaporkan oleh RT pada saat wawancara.
2. Penggunaan cara/alat Keluarga Berencana (KB) saat ini
3. Cakupan pelayanan kesehatan ibu dari masa kehamilan sampai masa nifas (*antenatal care /ANC*, penolong persalinan dan pelayanan ibu nifas).
4. Isu kespro (umur perkawinan pertama kali, umur pertama kali melakukan hubungan seksual, kehamilan yang tidak diinginkan).

Pertanyaan blok kesehatan reproduksi terkait dengan masalah kesehatan ibu, ditanyakan kepada semua perempuan 10-54 tahun.

Analisis data kesehatan reproduksi ini menggunakan 3 subset data hasil Riskesdas 2013, sebagai berikut;

1. Data keterangan anggota RT untuk mendapatkan proporsi penduduk yang sedang hamil saat ini.
2. Data individu perempuan 10-54 tahun untuk penggunaan cara/alat KB dan beberapa isu kespro. Untuk indikator CPR (*Contraceptive Prevalence Rate*) khusus WUS (wanita usia subur) 15-49 tahun berstatus kawin/ hidup bersama.
3. Data riwayat kelahiran (lahir hidup/lahir mati/keguguran) pada periode 1 Januari 2010 sampai saat wawancara, termasuk yang sedang hamil saat wawancara berlangsung. Untuk analisis cakupan pelayanan saat hamil sampai masa nifas menggunakan data dari seluruh kelahiran (lahir hidup/lahir mati)

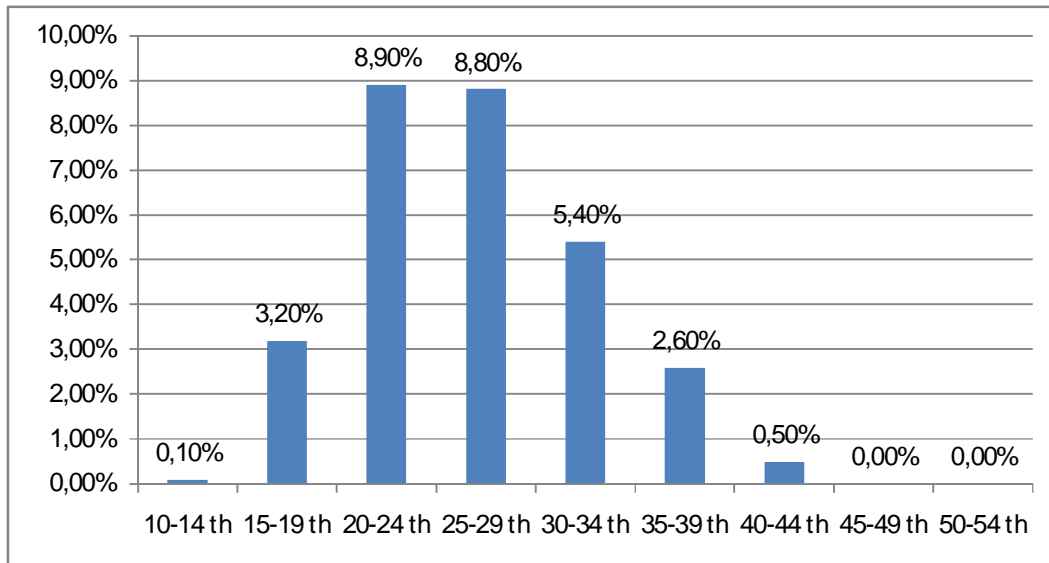
Resume jumlah sampel dari keseluruhan provinsi di Indonesia yang digunakan untuk analisis data kesehatan reproduksi ini disajikan dalam Tabel 3.12.1.

Tabel 3.12.1
Indikator utama, unit analisis dan jumlah sampel yang digunakan
Blok Kesehatan Reproduksi, Riskesdas 2013

Indikator	Unit Analisis	Jumlah sampel
Proporsi Hamil		
Proporsi kehamilan	Semua anggota RT perempuan 10-54 tahun	357.830
PELAYANAN PROGRAM KB		
Penggunaan KB saat ini, CPR, jenis KB yang digunakan	WUS (15-49 tahun) berstatus kawin	191.818
Tenaga & Tempat pelayanan KB modern	WUS kawin yg menggunakan KB modern	104.851
Alasan utama tidak KB	WUS kawin yang tidak menggunakan KB	86.024
PELAYANAN KESEHATAN IBU		
Masa Kehamilan:		
Pemeriksaan kehamilan: K1, K1 ideal, K4 dan ANC 4x + Konsumsi zat besi, Buku KIA	Jumlah kelahiran (LH dan LM) dari riwayat kehamilan 1 Jan 2010 sd wawancara	49.605 kelahiran
Pelayanan ANC: - Tempat - Tenaga	Jumlah kelahiran (LH dan LM) periode 1 Januari 2010 sd saat wawancara, yang melakukan ANC	46.189 kelahiran
Saat Bersalin:		
Cakupan pelayanan ibu bersalin: - Proporsi Linakes, - Proporsi tempat bersalin	Jumlah kelahiran (LH dan LM) periode 1 Jan 2010 sd wawancara	49.605 kelahiran
Masa Nifas:		
Cakupan Masa Nifas (KF) Cakupan Kb Pasca Salin	Jumlah kelahiran (LH dan LM) periode 1 Jan 2010 sd wawancara	49.605 kelahiran
ISU KESEHATAN REPRODUKSI		
- Umur perkawinan pertama - Umur pertama melakukan hubungan seksual	Semua perempuan 10-54 tahun yang berhasil diwawancarai	357.830

3.12.1 Kehamilan Saat Ini

Riskedas 2013 mengumpulkan informasi tentang karakteristik seluruh Anggota RT (ART) dengan menggunakan kuesioner RT (RKD2013.Ruta). Kepala RT atau yang mewakili selain ditanya tentang informasi karakteristik seluruh ART, juga ditanya tentang adanya ART perempuan 10-54 tahun yang sedang hamil. Informasi tentang kehamilan ini memberi gambaran proporsi penduduk Indonesia yang sedang hamil (Gambar 3.12.1).



Gambar 3.12.1
Proporsi penduduk yang sedang hamil berdasarkan laporan RT menurut kelompok umur, Riskesdas 2013.

Proporsi kehamilan usia 10-54 tahun di Kalimantan Barat adalah 2,68 persen. Di antara penduduk perempuan 10-54 tahun tersebut, terdapat kehamilan pada umur sangat dini (< 15 tahun) meskipun dengan proporsi yang sangat kecil (0,10%) dan kehamilan pada umur remaja (15-19 tahun) adalah 3,20 persen.

3.12.2. Pelayanan Program Keluarga Berencana

Pelayanan KB merupakan upaya untuk mendukung kebijakan Program Keluarga Berencana Nasional. Salah satu indikator program KB adalah penggunaan KB saat ini dan CPR.

CPR yaitu persentase penggunaan cara/alat KB oleh pasangan usia subur (PUS) dalam hal ini adalah WUS kawin/hidup bersama (Rajaguguk, Omas Bulan, 2010).

Analisis penggunaan KB ini dilakukan pada kelompok WUS berstatus kawin dan hidup bersama. Pada saat analisis, penetapan jenis alat/cara KB merujuk pada efektivitas alat/cara KB yang digunakan. Apabila responden menggunakan lebih dari 1 alat/cara KB maka yang dipilih adalah yang paling efektif.

Indikator penggunaan KB dan CPR KB modern ini memungkinkan untuk memberikan gambaran sampai tingkat provinsi dan Kab/Kota yang disajikan dalam Laporan Riskesdas Provinsi. Khusus untuk tempat dan tenaga yang memberi pelayanan KB, analisis dilakukan dari penduduk yang menggunakan KB modern.

3.12.2.1 Pola Penggunaan KB Saat ini

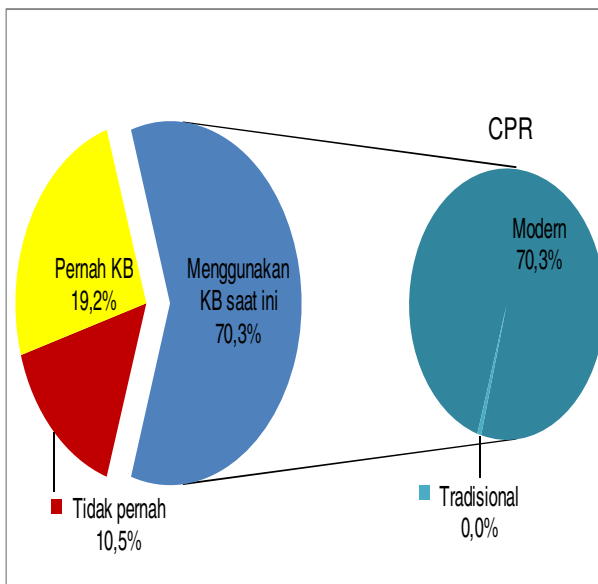
Proporsi penggunaan KB hasil Riskesdas 2013 menurut kabupaten/kota secara rinci dapat dilihat pada Buku 2 Tabel 3.11.2. Pada Riskesdas 2013 penggunaan KB saat ini di Provinsi Kalimantan Barat adalah 70,3 persen.

Gambar tersebut juga menunjukkan bahwa secara umum proporsi penggunaan KB antar kabupaten bervariasi. Pada Riskesdas 2013, besarnya proporsi penggunaan KB terendah 60,6 persen (Kota Singkawang) dan tertinggi 80,1 persen (Landak). Sebaliknya proporsi WUS kawin

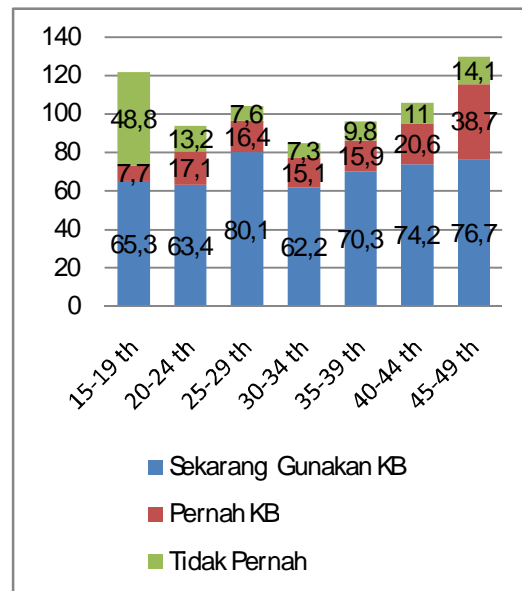
yang tidak pernah menggunakan KB di Provinsi Kalimantan barat sebesar 10,5 persen. Kabupaten/kota yang tertinggi di Kabupaten Bengkayang (17,4%) dan terendah di Kabupaten Landak (5,1 %).

Penggunaan alat/cara KB terdiri dari alat/cara KB modern dan cara tradisional. Penggunaan menurut alat atau cara tersebut juga mencerminkan CPR KB modern dan CPR KB tradisional. Indikator CPR modern merupakan salah indikator MDGs ke lima dengan target peningkatan CPR modern sebesar 65 persen (Kemenkes RI, 2011).

Gambar 3.12.2 menyajikan pola penggunaan KB yang didominasi oleh alat/cara KB modern (70,3%) dibanding cara tradisional (0,0%). Alat/cara KB modern terdiri dari kondom pria/wanita, sterilisasi pria, sterilisasi wanita, IUD/AKDR/spiral, pil, suntikan, dan diafragma serta susuk/implant. Sedangkan alat/cara KB tradisional meliputi metode menyusui alami, pantang berkala/kalender dan senggama terputus dan lainnya. Kabupaten/kota dengan proporsi penggunaan KB modern tertinggi di Kabupaten Landak (80,1%) dan terendah di Kabupaten Pontianak (62,2%) (Buku 2 Tabel 3.12.2).



Gambar 3.12.2
Proporsi penggunaan alat/cara KB saat ini oleh WUS kawin di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013



Gambar 3.12.3
Proporsi penggunaan alat/cara KB saat ini oleh WUS kawin dan kelompok umur di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Pengguna alat/cara KB menurut kelompok umur, terlihat pada Gambar 3.12.3 bahwa proporsi penggunaan KB saat yang terbanyak adalah kelompok umur 25-29 tahun yaitu lebih dari 80,1 persen. Kelompok umur 20-24 tahun dan 30-34 tahun adalah kelompok umur yang paling sedikit menggunakan alat/cara KB yaitu masing-masing 63,4 persen dan 62,2 persen yang merupakan kelompok umur yang berisiko. Hal ini seharusnya dapat dikontrol dengan penggunaan KB. Proporsi penggunaan cara/alat KB menurut karakteristik lainnya disajikan pada buku 2 Tabel 3.12.1. Wilayah perdesaan lebih banyak menggunakan KB (70,9%) dibanding di perkotaan (68,7%). Sedangkan berdasarkan kuintil indeks kepemilikan terbanyak pengguna alat/cara KB adalah kelompok menengah bawah dan menengah (71,9% dan 72,0%). WUS kawin yang tidak pernah menggunakan KB sebanyak 10,5 persen.

3.12.2.2 Penggunaan KB Jenis Kandungan Hormonal dan Jangka Waktu Efektivitas

Penggunaan KB menurut jenisnya dapat dilihat pada buku 2 Riskesdas dalam Angka Provinsi Kalimantan Barat Tabel 3.12.4 tentang jenis-jenis alat/cara KB yang digunakan menurut kelompok KB modern dan KB tradisional. Berdasarkan jenis alat KB modern tersebut dapat dikelompokkan menurut kandungan hormonal dan jangka waktu efektivitas alat KB modern yang digunakan.

Pengelompokan KB hormonal adalah KB modern jenis susuk, suntikan dan pil sedangkan non hormonal adalah sterilisasi pria, sterilisasi wanita, spiral/IUD, diafragma dan kondom. Pengelompokan jenis alat KB modern menurut jangka waktu efektivitas untuk MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang) adalah susuk, sterilisasi pria, sterilisasi wanita serta, spiral/IUD, sedangkan non MKJP adalah jenis suntikan, pil, diafragma, dan kondom.

Tabel 3.12.2 adalah proporsi penggunaan KB modern menurut kandungan hormonal dan jangka waktu efektivitas. Apabila merujuk pada Tabel 3.12.4 Buku 2 Riskesdas dalam Angka Provinsi Kalimantan Barat dominasi kelompok hormonal dan Non MKJP karena sangat dipengaruhi oleh penggunaan KB suntikan yang tinggi.

Tabel 3.12.2
Proporsi WUS kawin yang menggunakan alat/cara KB modern berdasarkan pengelompokan jenis kandungan hormonal, jangka waktu efektivitas KB menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Cara Modern	Kandungan Hormon		Jangka Waktu Efektivitas	
		Cara KB Hormonal	Cara KB Non Hormonal	MKJP	Non MKJP
Kelompok Umur					
15-19 th	43,5	42,4	1,1	1,1	42,4
20-24 th	69,7	68,5	1,2	1,8	67,9
25-29 th	75,8	73,4	2,6	3,0	73,0
30-34 th	77,5	73,6	4,0	5,9	71,7
35-39 th	73,8	69,1	5,1	6,4	67,8
40-44 th	67,9	62,2	6,1	6,8	61,6
45-49 th	46,9	40,8	6,4	7,1	40,1
Pendidikan					
Tidak sekolah	60,8	59,4	1,4	2,0	58,9
Tidak tamat SD	67,8	66,2	1,6	2,9	64,9
Tamat SD	70,5	68,4	2,2	3,2	67,4
Tamat SMP	74,7	71,4	3,7	5,0	70,1
Tamat SMA	69,0	61,3	8,3	8,8	60,9
Tamat PT	69,9	50,7	19,2	19,2	50,7

Karakteristik Responden	Cara Modern	Kandungan Hormon		Jangka Waktu Efektivitas	
		Cara KB Hormonal	Cara KB Non Hormonal	MKJP	Non MKJP
Pekerjaan					
Tidak bekerja	69,3	64,7	4,9	5,7	64,0
Pegawai	68,8	55,6	13,4	14,8	54,3
Wiraswasta	63,2	59,8	3,6	4,4	59,0
Petani/nelayan/buruh	72,5	71,3	1,3	2,5	70,1
Lainnya	71,4	69,5	2,6	4,3	67,8
Tempat Tinggal					
Perkotaan	68,0	57,7	11,0	11,2	57,4
Perdesaan	70,8	69,4	1,5	2,7	68,2
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	70,6	69,9	0,9	1,1	69,6
Menengah bawah	71,9	70,5	1,3	2,9	68,9
Menengah	71,9	67,6	4,4	5,0	67,0
Menengah atas	68,3	63,4	5,2	6,3	62,3
Teratas	66,3	56,7	10,4	11,8	55,3

Provinsi Kalimantan Barat yang menggunakan alat/cara KB hormonal (66,1%), sedangkan kabupaten/kota paling sedikit dalam penggunaan alat/cara KB hormonal adalah Kota Singkawang (49,8%). Sedangkan Alat/cara KB non hormonal yang menggunakan di Kalimantan Barat sebanyak 4,2 persen dan kabupaten yang paling sedikit menggunakan adalah di Kabupaten Sekadau (1,1%)..

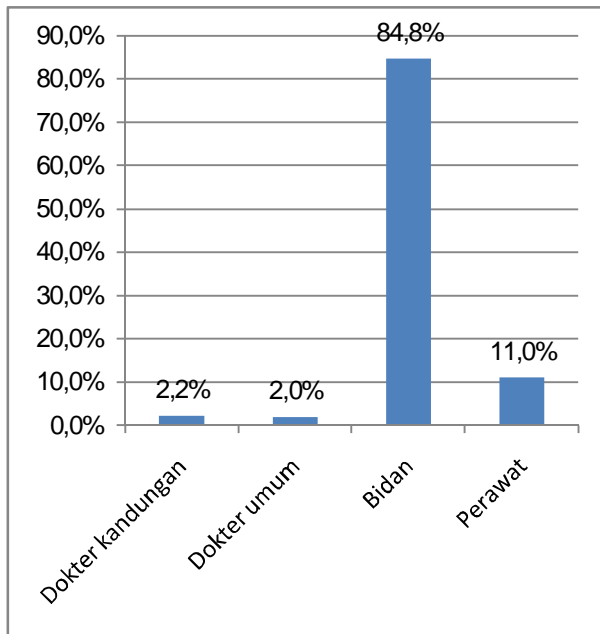
Kabupaten/kota yang terbanyak WUS kawin yang menggunakan alat/cara KB non MKJP adalah Kota Pontianak (16,3 %) dan Kota Singkawang (10,8 %) dan terendah adalah Kabupaten Melawi (1,3%) dan Kabupaten Sanggau (2,3%)..

Tabel 3.12.5 pada Buku 2 adalah proporsi penggunaan KB modern berdasarkan jenis kandungan hormon, dan jangka waktu efektivitas menurut karakteristik. Jenis KB kelompok hormonal banyak dipakai oleh kelompok umur 30-34 tahun (73,6persen), tidak tamat SD sampai tamat SLTP (59,4-71,4%), petani/nelayan/buruh (71,3%) dan tidak bekerja (64,76%), tinggal di perdesaan (69,4%) dan di perkotaan (57,7%). Kuintil indeks kepemilikan, penggunaan jenis KB hormonal pada kelompok terbawah sampai menengah (>69,9%).

Pola yang hampir sama juga terlihat pada penggunaan KB modern menurut jangka waktu efektivitas. Proporsi penggunaan KB modern kelompok yang cenderung banyak menggunakan alat/cara KB MKJP adalah pada kelompok umur 35-49 tahun, pendidikan tinggi (tamat PT), bekerja sebagai pegawai, bertempat tinggal di perkotaan dan indeks kepemilikan teratas. Sebaliknya Non MKJP lebih banyak digunakan oleh WUS pada kelompok umur 20-39 tahun, pendidikan < SMA, bertempat tinggal di perdesaan dan indeks kepemilikan menengah sampai terbawah.

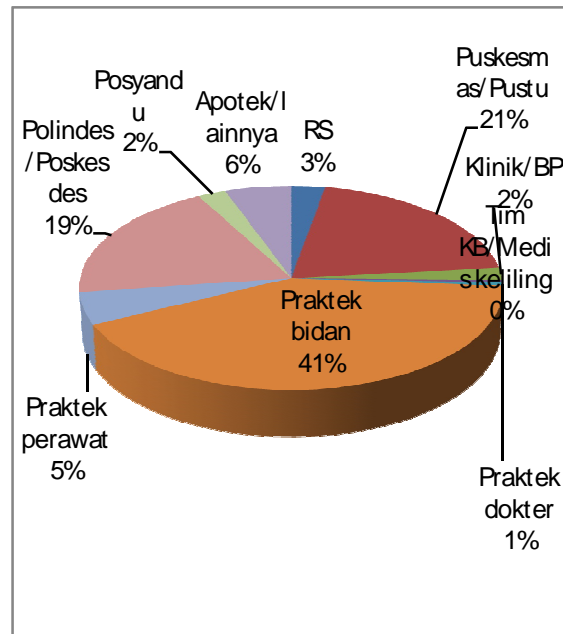
3.12.2.2.1 Tenaga dan Tempat untuk Pelayanan KB Modern

Informasi tenaga dan tempat pelayanan KB modern bermanfaat untuk evaluasi pelaksanaan program pelayanan KB. Gambar 3.11.4 dan Gambar 3.11.5 menunjukkan proporsi WUS berstatus kawin (15-49 tahun) berdasarkan tenaga dan tempat pelayanan KB. Tenaga yang banyak memberi pelayanan KB adalah bidan hingga 76,6 persen, sangat kontras dengan tenaga kesehatan lainnya hanya mencapai 6 persen.



Gambar 3.12.4

Proporsi tenaga kesehatan yang dipilih WUS kawin untuk mendapat pelayanan KB di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013



Gambar 3.12.5

Proporsi penggunaan fasilitas kesehatan untuk mendapat pelayanan KB yang dipilih WUS kawin di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Pada Gambar 3.12.5, tempat pelayanan KB yang paling diminati adalah praktek bidan (84,8%), selanjutnya adalah di puskesmas (20,5%), apotek/lainnya (5,5 %) dan rumah sakit (2,8%) serta yang paling sedikit adalah di tim KB/medis keliling (1,9%). Hasil ini tidak terlalu berbeda dengan Riskesdas 2010 yang juga menunjukkan dominasi praktek bidan (51,9%), dan yang terendah adalah tim KB keliling (0,9%) (Badan Litbangkes, 2010).

Pada Tabel 3.12.8 Buku 2 menunjukkan proporsi WUS kawin berdasarkan tenaga pemberi pelayanan KB modern di Provinsi Kalimantan barat dengan persentase tenaga bidan tertinggi yang memberi pelayanan KB (84,8%). Kabupaten/kota dengan persentase terendah untuk bidan yang memberi pelayanan KB yaitu Sintang (72,1%).

Tabel 3.12.7 buku 2 menunjukkan penggunaan tenaga kesehatan untuk pelayanan KB menurut karakteristik. WUS kawin yang banyak memilih bidan sebagai tenaga pemberi pelayanan KB adalah dari kelompok umur 15-24 tahun (83,3-83,4%), tingkat pendidikan tamat SD-SMP (85,6-84,8%), status pekerjaan lainnya, tidak bekerja dan petani/ nelayan/buruh (84,0-85,2%), tempat tinggal di perdesaan (83,9%) dan kuintil indeks kepemilikan mulai dari terbawah hingga menengah (81,3-86,6%).

Sebaliknya pola karakteristik yang berbeda terlihat pada WUS yang memilih dokter umum, kebidanan dan dokter kandungan sebagai tenaga pemberi pelayanan KB lebih banyak pada WUS kawin kelompok umur 40-49 tahun (0,5-84,0%), tingkat pendidikan tamat PT pada dokter

umum(1,0%),dokter kandungan (10,3%), bidan (81,0%).Status pekerjaan sebagai wiraswasta dan pegawai (0,6-88,0%), tempat tinggal di perkotaan (3,1-87,1%) dan dari kuintil indeks kepemilikan teratas (3,9-85,3%).

Tabel 3.12.9 dan Tabel 3.12.10 pada Buku 2 adalah distribusi persentase WUS berstatus kawin menurut tempat pelayanan KB. Praktek bidan banyak diminati sebagai tempat untuk mendapat pelayanan KB kelompok umur 20-24 tahun (45,6%), pendidikan tamat SMP (44,1%), status pekerjaan tidak bekerja (43,4%), tempat tinggal di perdesaan (36,6%) dan yang berada di kuintil indeks kepemilikan menengah (41,3%).

Sedangkan karakteristik WUS berstatus kawin yang mendapatkan pelayanan KB di puskesmas/pustu adalah paling banyak terdapat di kelompok umur 35-39 tahun (21,3%), pendidikan tidak sekolah (26,3%), status pekerjaan lainnya (21,8%), tempat tinggal di perdesaan (20,7%) dan yang berada di kuintil indeks kepemilikan terbawah (21,4%).

3.12.3 Pelayanan Kesehatan Masa Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Setiap kehamilan memiliki risiko untuk menghadapi kematian ibu. Pemantauan dan perawatan kesehatan yang memadai selama kehamilan sampai masa nifas sangat penting untuk kelangsungan hidup ibu dan bayinya. Dalam upaya mempercepat penurunan kematian ibu, Kementerian Kesehatan menekankan pada ketersediaan pelayanan kesehatan ibu di masyarakat.

Riskesdas 2013 menanyakan kepada semua perempuan 10-54 tahun yang pernah melahirkan. Selanjutnya pada responden yang pernah melahirkan (lahir hidup dan lahir mati) pada periode 1 Januari 2010 sampai dengan wawancara ditanyakan lebih lanjut tentang pengalaman mendapat pelayanan kesehatan selama periode hamil sampai masa nifas. Analisis dilakukan terhadap 49.603 kelahiran untuk mendapat gambaran indikator pelayanan kehamilan, persalinan sampai masa nifas.

Terdapat 2 indikator MDGs yang diperoleh dari bagian ini yaitu.

1. Cakupan ANC minimal 1 kali dan ANC minimal 4 kali
2. Proporsi penolong persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.

Definisi Operasional Indikator ANC

K1 tau ANC minimal 1kali adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal 1 kali tanpa memperhitungkan periode waktu pemeriksaan.

K1 ideal adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil pertama kali pada trimester 1.

K4 adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil selama 4 kali dan memenuhi kriteria 1-1-2 yaitu minimal 1 kali pada trimester 1, minimal 1 kali pada trimester 2 dan minimal 2 kali pada trimester 3.

ANC minimal 4 kali adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal 4 kali tanpa memperhitungkan periode waktu pemeriksaan.

Tabel 3.12.3
Proporsi pelayanan kesehatan ibu hamil dan indikator cakupan ANC pada semua kelahiran yang dilaporkan 1 Januari 2009 sd wawancara menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Melakukan ANC			Cakupan ANC		
	Ya	Tidak	Total	K1 ideal*	ANC K4**	ANC > 4x
Umur saat bersalin						
< 20 th	95,2	4,8	100,0	70,0	55,6	69,8
20-34 th	90,2	9,8	100,0	79,6	60,5	72,6
≥35.th	85,7	14,3	100,0	69,3	54,5	67,0
Pendidikan						
Tidak sekolah	67,3	32,7	100,0	63,8	44,4	57,2
Tidak tamat SD	80,0	20,0	100,0	61,0	41,1	55,0
Tamat SD	86,4	13,6	100,0	72,6	54,4	67,2
Tamat SMP	94,6	5,4	100,0	84,0	68,0	80,2
Tamat SMA	98,8	1,2	100,0	86,0	69,8	81,6
Tamat PT	99,1	0,9	100,0	92,4	67,1	75,1
Pekerjaan						
Tidak bekerja	91,8	8,2	100,0	79,6	61,5	73,3
Pegawai	100,0		100,0	89,7	74,6	82,7
Wiraswasta	99,0	1,0	100,0	85,7	66,5	72,3
Petani/nelayan/buruh	79,5	20,5	100,0	65,5	48,4	63,4
Lainnya	97,4	2,6	100,0	78,8	57,2	73,0
Tempat Tinggal						
Perkotaan	93,7	6,3	100,0	81,8	66,7	75,8
Perdesaan	87,9	12,1	100,0	74,6	55,6	69,2
Kuintil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	74,6	25,4	100,0	56,1	38,4	52,8
Menengah bawah	90,2	9,8	100,0	80,1	60,1	74,3
Menengah	91,4	8,6	100,0	81,6	62,3	74,2
Menengah atas	97,7	2,3	100,0	83,1	64,1	79,6
Teratas	99,4	0,6	100,0	88,4	75,9	80,3

Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Pada laporan ini disajikan indikator ANC yang sesuai dengan MDGs maupun indikator ANC untuk program pelayanan kesehatan ibu di Indonesia seperti cakupan K4.

Tabel 3.12.6 menunjukkan bahwa 95 persen dari kelahiran yang melakukan ANC yang berarti juga mendapat ANC minimal 1 kali atau K1. Cakupan K1 bervariasi dengan rentang antara 69,3-79,6 persen berdasarkan umur bersalin <20-24 tahun di Provinsi Kalimantan Barat..

Pada Tabel 3.12.6 juga menyajikan cakupan indikator ANC yang lain yaitu K1 ideal, K4 dan ANC minimal 4 kali. Indikator K1 dan ANC minimal 4x merupakan indikator MDGs, sedangkan K4 dan K1 ideal adalah indikator untuk melihat frekuensi dan merujuk pada periode trimester saat melakukan pemeriksaan kehamilan. Kementerian Kesehatan menetapkan K4 sebagai salah satu indikator ANC (Direktorat Bina Kesehatan Ibu, 2010).

Indikator cakupan ANC yang meliputi K1 ideal, K4 dan ANC minimal 4x juga bervariasi menurut Provinsi Kalimantan Barat. Umur bersalin < 20 tahun cakupan ANC K1 adalah 70 persen, dan Cakupan K4 adalah 68,9 persen. Umur bersalin 20-34 tahun cakupan ANC K1 adalah 79,6 persen, dan cakupan K4 adalah 72,0 persen. Umur bersalin ≥ 35 tahun cakupan ANC K1 adalah 69,3 persen, dan Cakupan K4 adalah 67,0 persen.

Seharusnya setiap ibu yang menerima ANC pada trimester 1 (K1 ideal) akan menerima pelayanan ibu hamil secara berkelanjutan. Hal ini dapat dilihat dari indikator ANC K4. Tabel 3.12.6 terlihat Umur bersalin ≥ 35 tahun cakupan ANC K1 adalah 69,3 persen, dan Cakupan K4 adalah 67,0 persen, artinya terjadi penurunan sebesar 3 persen, dari ibu yang menerima K1 ideal tidak semua melanjutkan ANC sampai sesuai standar minimal ANC (1-1-2).

Tabel 3.12.6 menunjukkan bahwa cakupan ANC menurut karakteristik di Kalimantan Barat. Semakin muda umur ibu cenderung melakukan ANC dibandingkan ibu umur lebih tua. Semakin tinggi pendidikan ibu semakin tinggi persentase yang melakukan ANC dibandingkan dengan pendidikan ibu yang lebih rendah, yaitu 99,1 persen ibu berpendidikan tertinggi dibandingkan 63,7 persen untuk ibu berpendidikan terendah (tidak sekolah).

Tidak terlihat adanya variasi dalam penerimaan ANC atau K1 berdasarkan status pekerjaan. Ibu yang tinggal di perkotaan relatif lebih tinggi melakukan ANC dibandingkan ibu yang tinggal di pedesaan masing-masing 81,8 persen dan 74,6 persen. Cakupan K1 mempunyai hubungan positif yang kuat dengan kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi tingkat kuintil indeks kepemilikan semakin tinggi K1 ibu (56,1 persen untuk kuintil indeks kepemilikan terendah dan 88,4 persen untuk kuintil indeks kepemilikan teratas).

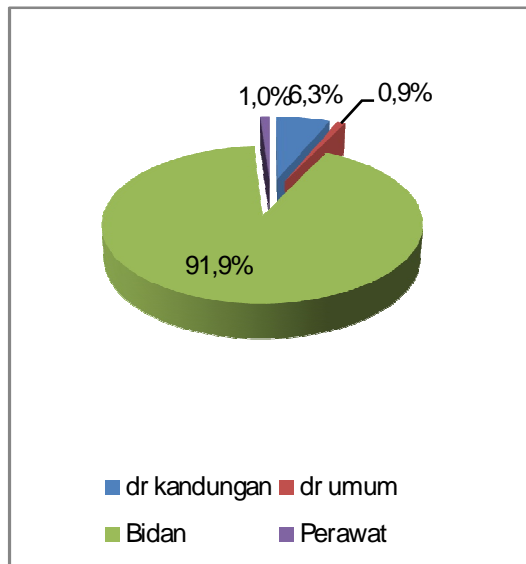
Cakupan K1 ideal, polanya hampir sama dengan K1 keseluruhan tanpa melihat kurun waktu trimester kehamilan berdasarkan karakteristik ibu. Semakin muda umur ibu, semakin tinggi tingkat pendidikan ibu dan semakin tinggi status kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi penerimaan K1 ideal dibanding dengan tingkatan dibawahnya.

Sebesar 72,6 persen kelahiran melakukan ANC minimal 4x. Persentase ini lebih tinggi dibanding dengan K1 ideal dan ANC K4. Artinya ada kelahiran yang melakukan ANC pertama kali tidak pada trimester pertama, tidak melakukan ANC sesuai standar minimal (K4). Misalnya, Ibu dengan kelompok umur 20-34 tahun, hanya 79,6 persen yang K1 ideal, turun menjadi 65,5 persen yang ANC K4.

3.12.3.1 Tenaga dan Tempat Pemeriksa Kehamilan

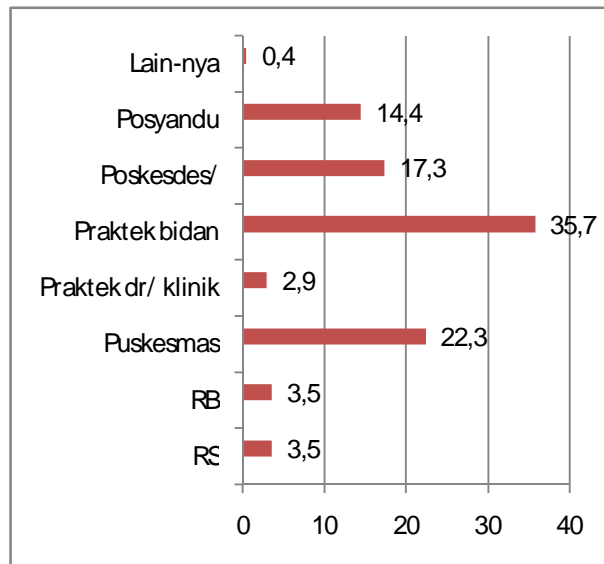
Tenaga kesehatan yang memberi pelayanan pemeriksaan kesehatan adalah dokter kebidanan dan kandungan, dokter umum, bidan dan perawat. Proporsi tenaga kesehatan yang dipilih ibu hamil seperti yang disajikan pada Gambar 3.11.6 menunjukkan bahwa bidan merupakan tenaga yang paling berperan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil sebesar 91,9 persen. Hal ini juga terlihat di semua provinsi. Proporsi tenaga kesehatan yang memberi pelayanan pemeriksaan kehamilan karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat dapat dilihat pada Buku 2 Tabel 3.12.12. Masyarakat dengan karakteristik tinggal di pedesaan, pendidikan rendah dan berada pada kuintil indeks kepemilikan terbawah hingga menengah cenderung memilih bidan saat melakukan pemeriksaan kehamilan. Sebaliknya dokter spesialis kebidanan dan kandungan dipilih oleh masyarakat di perkotaan, pendidikan tinggi dan indeks kepemilikan atas.

Fasilitas kesehatan disediakan untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil dari RS hingga posyandu yang merupakan salah satu upaya untuk mendekatkan tenaga kesehatan yang memberi pelayanan kepada masyarakat. Gambar 3.11.7 memperlihatkan bahwa sebagian besar ibu hamil adalah praktek bidan (35,7 %), Puskesmas/Pustu sebesar 22,3 persen dan pemanfaatan Posyandu sebesar 14,4 persen. Proporsi fasilitas kesehatan yang dipilih masyarakat untuk pemeriksaan kehamilan menurut karakteristik responden dapat dilihat pada Buku 2 (Tabel 3.12.13)



Gambar 3.12.6

Proporsi tenaga kesehatan yang memberi pelayanan ANC di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013



Gambar 3.12.7

Proporsi fasilitas kesehatan untuk pelayanan ANC di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.12.3.2 Konsumsi Zat Besi

Konsumsi zat besi sangat dibutuhkan oleh ibu hamil untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil dan menjaga pertumbuhan janin secara optimal. Kementerian Kesehatan menganjurkan agar ibu hamil mengkonsumsi paling sedikit 90 pil zat besi selama kehamilannya (Depkes RI, 2001). Pada Riskesdas 2013 menanyakan berapa hari mengkonsumsi zat besi selama hamil. Zat besi yang dimaksud adalah semua konsumsi zat besi selama masa kehamilannya termasuk yang di jual bebas maupun multivitamin yang mengandung zat besi.

Tabel 3.10.4 menunjukkan konsumsi zat besi dan variasi jumlah asupan zat besi selama hamil di Provinsi Kalimantan Barat. Konsumsi zat besi yang dilaporkan oleh ibu selama kehamilannya pada kelompok umur < 20 tahun adalah 81,0 persen, kelompok umur 20-34 tahun adalah 80,6 persen dan kelompok umur \geq 35 tahun adalah 79,3 persen. Dari kehamilan yang mengkonsumsi zat besi minimal 90 hari selama kehamilannya pada kelompok umur < 20 tahun adalah 17,6 persen, kelompok umur 20-34 tahun adalah 21,5 persen dan kelompok umur \geq 35 tahun adalah 20,1 persen.

Konsumsi zat besi menurut karakteristik dapat dilihat pada Buku 2 Tabel 3.12.14, yang menunjukkan semakin tinggi pendidikan semakin besar persentase cakupan konsumsi zat besi demikian juga dengan kuintil indeks kepemilikan semakin meningkat indeks semakin besar persentasenya, hal juga tercermin pada pekerjaan pegawai merupakan persentase paling besar.

Tabel 3.12.4
Proporsi konsumsi zat besi selama hamil dari riwayat kelahiran yang dilaporkan 1 periode Januari 2009 sd wawancara menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Mengonsumsi Zat Besi?				Tidak mengonsumsi
	Mengonsumsi Zat Besi	Jumlah Hari Mengonsumsi			
		90+	< 90	Lupa	
Umur saat bersalin					
< 20 th	81,0	17,6	45,2	18,3	19,0
20-34 th	80,6	21,5	40,7	18,3	19,4
>= 35 th	79,3	20,1	41,9	17,3	20,7
Pendidikan					
Tidak sekolah	50,1	11,3	34,9	3,8	49,9
Tidak tamat SD	71,7	13,6	36,0	22,1	28,3
Tamat SD	78,7	19,8	39,3	19,7	21,3
Tamat SMP	80,9	26,5	40,1	14,3	19,1
Tamat SMA	91,6	24,0	46,8	20,8	8,4
Tamat PT	88,7	19,7	57,4	11,6	11,3
Pekerjaan					
Tidak bekerja	80,0	21,4	40,7	17,8	20,0
Pegawai	94,3	25,8	52,1	16,4	5,7
Wiraswasta	86,4	22,2	46,7	17,4	13,6
Petani/nelayan/buruh	77,8	18,5	38,7	20,6	22,2
Lainnya	77,5	20,4	43,8	13,3	22,5
Daerah					
Perkotaan	82,7	21,0	40,9	20,8	17,3
Perdesaan	79,4	20,9	41,5	17,0	20,6
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	67,2	17,9	32,9	16,4	32,8
Menengah bawah	77,0	20,4	33,4	23,2	23,0
Menengah	81,1	16,1	41,3	23,6	18,9
Menengah atas	93,6	32,9	48,3	12,4	6,4
Teratas	87,8	19,4	55,8	12,6	12,2

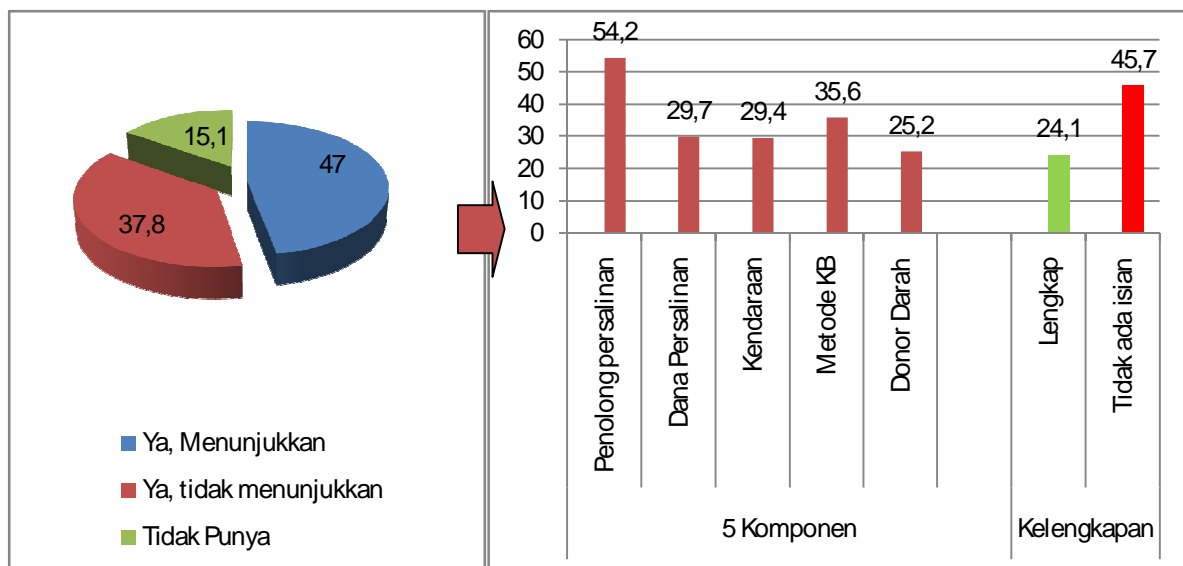
3.12.3.3 Kepemilikan Buku KIA dan Pelaksanaan P4K

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) telah dirintis sejak lama, dengan dukungan dari JICA (Japan International Cooperation Agency). Buku KIA berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir, bayi dan anak balita). Buku KIA juga memuat informasi tentang cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak. Setiap kehamilan mendapat 1 buku KIA.

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan program terobosan Kementerian Kesehatan bidang kesehatan ibu sebagai upaya untuk menurunkan tingkat kematian ibu. P4K adalah suatu kegiatan yang difasilitasi bidan di desa dalam rangka meningkatkan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan, menggunakan media stiker (Factsheet Dit. Bina Kes Ibu) Selain pada stiker, komponen P4K juga dituliskan di buku KIA yaitu pada lembar "Amanat Persalinan" yang merupakan kependekan dari "Menyambut Persalinan Agar Aman dan Selamat" (Kementerian Kesehatan, 1997). Terdapat 5 komponen utama yang dituliskan terkait perencanaan persalinan, persiapan kegawatdaruratan dan perencanaan KB yaitu :

1. Penolong persalinan (nama-nama tenaga kesehatan yang akan menangani saat bersalin).
2. Dana persalinan (rencana sumber pembiayaan yang akan digunakan untuk biaya persalinan).
3. Kendaraan/ambulans desa (kendaraan yang disiapkan untuk membawa ibu hamil menuju tempat bersalin jika sewaktu-waktu akan melahirkan/perlu rujukan).
4. Metode KB (rencana jenis KB yang akan dipilih setelah melahirkan), dan
5. Sumbangan darah (nama-nama calon donor darah apabila sewaktu-waktu terjadi kasus perdarahan/komplikasi lain yang memerlukan sumbangan darah).

Pada Riskesdas 2013, enumerator menanyakan kepemilikan Buku KIA, jika bisa menunjukkan maka dilanjutkan dengan melakukan observasi terhadap isian 5 komponen tersebut pada lembar Amanat Persalinan.



Gambar 3.12.8

Proporsi kepemilikan buku KIA dan Isian 5 Komponen P4K berdasarkan hasil observasi lembar Amanat Persalinan dari Buku KIA yang dapat menunjukkan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Hasil analisis menunjukkan bahwa yang menunjukkan Buku KIA, hanya 47,0 persen, tidak menunjukkan 37,8 persen dan tidak punya 15,1 persen. Variasi kepemilikan buku KIA dan bisa menunjukkan menurut kelompok umur < 20 tahun adalah 44,9 persen, kelompok umur 20-34 tahun adalah 47,8 persen dan kelompok umur \geq 35 tahun adalah 45,0 persen. (Lihat Tabel 3.12.15 pada buku 2).

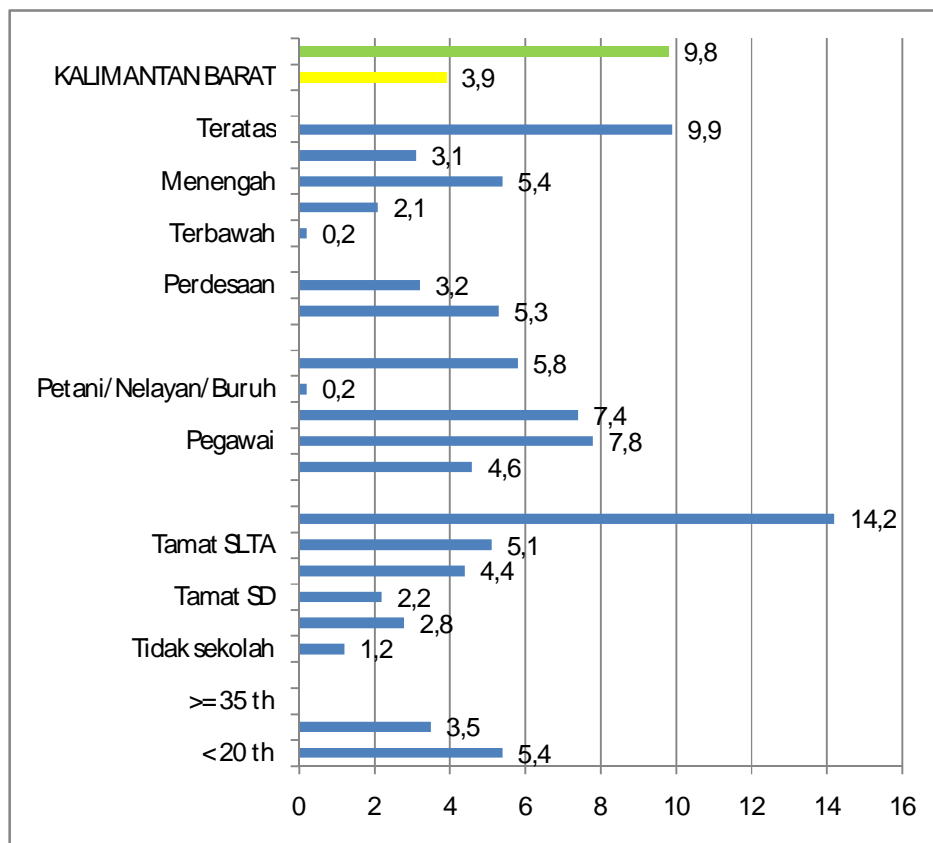
Selanjutnya pada buku KIA dilakukan observasi Lembar Amanat Persalinan untuk melihat isian 5 komponen P4K. Hasil observasi buku KIA menunjukkan untuk isian penolong persalinan sebesar 54,2 persen, dana persalinan sebesar 29,7 persen, kendaraan/ambulans desa sebesar 29,4 persen, metode KB pasca salin sebesar 35,6 persen dan 25,2 persen untuk isian sumbangan darah. Kelengkapan isian semua komponen sebesar 24,1 persen dan 45,7 persen tidak ada isian.

3.12.3.3.1 Metode Persalinan

Masa bersalin merupakan periode kritis bagi seorang ibu hamil. Masalah komplikasi atau adanya faktor penyulit menjadi faktor risiko terjadinya kematian ibu sehingga perlu dilakukan tindak medis sebagai upaya untuk menyelamatkan nyawa ibu dan anak.

Tabel 3.12.16 (buku 2) merupakan persentase metode persalinan menurut cara bersalin dan karakteristik di Kalimantan Barat..

Gambar 3.12.9 Secara umum pola persalinan melalui bedah sesar menurut karakteristik menunjukkan proporsi tertinggi pada kuintil indeks kepemilikan teratas (9,9%), tinggal di perkotaan (5,3 %), pekerjaan sebagai pegawai (7,8%) dan pendidikan tinggi /lulus PT (14,2 %).



Gambar 3.12.9

Proporsi persalinan sesar dari kelahiran periode 1 Januari 2010 sampai saat wawancara menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.12.3.3.2 Penolong Persalinan

Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten merupakan salah satu indikator MDGs 5. Tenaga yang kompeten sebagai tenaga persalinan menurut PWS KIA adalah dokter kebidanan dan kandungan, dokter umum dan bidan. Departemen Kesehatan menetapkan target bahwa 90 persen persalinan ditolong oleh tenaga medis pada tahun 2012 (Depkes, 2000c). Untuk mengukur kemajuan dalam mencapai target ini, responden ditanya mengenai siapa saja yang menolong selama proses persalinan. Dalam analisis Riskesdas penolong persalinan dinyatakan dalam penolong persalinan kualifikasi tertinggi dan kualifikasi terendah. Apabila penolong persalinan dengan kualifikasi tertinggi apabila lebih dari 1 maka dipilih yang paling tinggi dan sedangkan penolong persalinan dengan kualifikasi terendah apabila lebih dari 1 penolong maka dipilih tenaga dengan kualifikasi yang paling rendah.

Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa pola penolong persalinan menurut karakteristik terlihat bahwa semakin tinggi pendidikan persentase dokter spesialis kebidanan dan kandungan semakin besar baik kualifikasi tertinggi maupun terendah. Demikian juga pegawai, tinggal di perkotaan dan indeks kepemilikan teratas.

Sebaliknya penggunaan dukun sebagai tenaga penolong persalinan adalah kelahiran dari ibu yang mempunyai pendidikan rendah (tidak sekolah) sebesar 52,1 persen, buruh/petani/nelayan sebesar 41,8 persen, tinggal di perdesaan sebesar 31,6 persen dan indeks kepemilikan terendah sebesar 50,8 persen. Semakin tinggi pendidikan semakin sedikit persalinan menggunakan dukun (Tabel 3.12.5).

Tabel 3.12.5
Distribusi persentase kelahiran pada periode 1 Januari 2010 sd wawancara menurut penolong persalinan kualifikasi tertinggi dan karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Penolong persalinan kualifikasi tertinggi							Total	Penolong Linakes
	Dr.kebid & kandungan	Dokter umum	Bidan	Pera-wat	Dukun	Keluarga/ Lainnya	Tidak ada penolong		
Pendidikan									
Tidak sekolah	1,2		44,8		52,1	1,8		100,0	46,1
Tidak Tamat SD	4,0		47,3	0,7	47,7	0,3		100,0	51,3
Tamat SD	5,7	0,1	60,1	1,2	32,0	0,1	0,9	100,0	65,8
Tamat SLTP	9,9	0,6	76,8		11,5		1,2	100,0	87,3
Tamat SLTA	12,1	1,3	76,3		9,7		0,6	100,0	89,7
Tamat D1-D3/PT	20,7		73,8		5,5			100,0	94,5
Pekerjaan									
Tidak berkerja	9,1	0,6	67,5	0,4	21,2	0,2	1,0	100,0	77,2
Pegawai	18,3		80,4		1,3			100,0	98,7
Wiraswasta	16,7	1,4	67,5		14,4			100,0	85,6
Petani/Nelayan/Buruh	1,5		55,2	1,2	41,8	0,1	0,1	100,0	56,7
Lainnya	12,3		70,0		16,5		1,3	100,0	82,2
Tempat Tinggal									
Perkotaan	14,2	0,3	76,4	0,1	8,3		0,7	100,0	90,9
Perdesaan	5,6	0,5	60,6	0,7	31,6	0,2	0,7	100,0	66,7

Karakteristik Responden	Penolong persalinan kualifikasi tertinggi							Total	Penolong Linakes
	Dr.kebid &	Dokter	Bidan	Pera-	Dukun	Keluarga/	Tidak ada		
Kuintil Indeks Kepemilikan									
Terendah	2,4		45,6	0,6	50,8	0,5	0,1	100,0	48,0
Menengah bawah	4,4	0,6	61,9	1,5	30,2	0,2	1,2	100,0	66,9
Menengah	9,5		69,3	0,5	19,4		1,4	100,0	78,8
Menengah atas	8,8	0,8	82,6		7,7			100,0	92,3
Teratas	18,9	1,0	73,1		6,4		0,7	100,0	93,0

Keterangan :

- 1) Jika penolong persalinan > 1, maka dipilih penolong dengan kualifikasi tertinggi
- 2) Penolong linakes adalah dokter kebidanan & kandungan, dokter umum dan bidan
3. Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

3.12.3.3.3 Tempat Persalinan

Tempat persalinan yang ideal adalah melahirkan di institusi kesehatan. Secara umum, kelahiran periode 1 Januari 2010 sampai dengan saat wawancara terjadi di fasilitas kesehatan dengan rincian, 14,2 persen di rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) dan 21,1 persen dilahirkan di rumah bersalin, klinik, praktek dokter/praktek bidan, 7,3 persen di Puskesmas/Pustu, 3,5 persen di Poskesdes/Polindes. Terdapat 53,9 persen masih melahirkan di rumah/lainnya.

Tabel 3.12.6 menunjukkan tempat bersalin menurut karakteristik responden. Kelahiran pada ibu berumur risiko tinggi (umur ibu kurang dari 20 tahun atau umur 35 tahun ke atas) lebih banyak di rumah (berkisar 45,8 persen sampai 50,5 persen) dibanding ibu umur 20-34 tahun (berkisar 56,2 persen). Pendidikan ibu dan kuintil indeks kepemilikan menunjukkan hubungan yang positif dengan tempat persalinan. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, dan semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan semakin rendah prosentase ibu yang melahirkan di rumah. Pemanfaatan fasilitas kesehatan, baik milik pemerintah ataupun swasta, untuk persalinan di Rumah Sakit jauh lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding di perdesaan (20,6 persen dibanding 11,5 persen).

Tabel 3.12.6
Distribusi Persentase Kelahiran pada Periode 1 Januari 2010 sd Wawancara
Menurut Tempat Bersalin dan Karakteristik Responden, Riskesdas 2013

Karakteristik	Tempat bersalin				
	RS	RB/Klinik/ Praktek nakes	Puskesmas/ Pustu	Polindes/ Poskesdes	Rumah/ lainnya
Umur saat bersalin					
< 20 th	10,2	25,1	13,2	1,1	50,5
20-34 th	12,4	20,5	7,4	3,5	56,2
≥ 35 th	23,5	21,9	4,3	4,5	45,8
Pendidikan					
Tidak sekolah	4,3	11,0	4,0	7,7	73,0
Tidak Tamat SD	8,1	7,6	4,5	3,0	76,8
Tamat SD	11,4	14,3	6,6	4,2	63,5
Tamat SLTP	15,3	22,1	9,6	3,1	49,9
Tamat SLTA	18,8	39,9	9,2	1,4	30,8
Tamat D1-D3/PT	36,3	30,7	4,3	6,5	22,2
Pekerjaan					
Tidak bekerja	15,8	25,3	8,2	2,5	48,2
Pegawai	25,5	37,6	10,4	13,2	13,3
Wiraswasta	22,4	20,6	14,9	0,0	42,1
Petani/Nelayan/Buruh	6,5	8,8	3,4	4,8	76,4
Lainnya	14,0	12,2	6,3	0,0	67,5
Tempat Tinggal					
Perkotaan	20,6	51,8	6,8	0,3	20,5
Perdesaan	11,5	7,7	7,5	4,9	68,4
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	5,9	1,8	1,6	4,8	85,9
Menengah bawah	8,7	13,4	8,2	4,3	65,4
Menengah	14,5	21,4	10,6	4,8	48,7
Menengah atas	21,2	36,3	9,7	0,9	32,0
Teratas	25,1	41,1	6,8	1,5	25,5
Provinsi Kalimantan Barat	14,2	21,1	7,3	3,5	53,9

3.12.3.3.4 Pelayanan Kesehatan Masa Nifas

Masa nifas adalah masih merupakan masa kritis bagi kelangsungan hidup ibu baru bersalin. Menurut Studi Tindak Lanjut Kematian Ibu SP 2010, sebagai besar kematian ibu terjadi pada masa nifas sehingga pelayanan kesehatan masa nifas berperan penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu.

Tabel 3.12.7
Distribusi Persentase Kelahiran pada Periode 1 Januari 2010 sd Wawancara
Menurut Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas dan Karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Periode Waktu Kontak Setelah Melahirkan			Lengkap
	KF1 (6 jam - 3 hr)	KF2 (7-28 hari)	KF3 (29-42 hr)	
Kelompok umur				
< 20 th	76,0	27,5	30,9	20,1
20-34 th	73,5	26,5	27,4	17,0
≥ 35 th	71,4	26,2	25,0	15,8
Pendidikan				
Tidak sekolah	61,5	21,9	23,0	16,8
Tidak Tamat SD	53,2	22,6	28,6	15,5
Tamat SD	68,2	26,6	21,9	15,6
Tamat SLTP	79,4	24,6	28,2	15,6
Tamat SLTA	87,0	31,2	36,7	22,2
Tamat D1-D3/PT	89,0	27,3	23,4	15,8
Pekerjaan				
Tidak berkerja	74,3	25,1	27,0	14,9
Pegawai	91,4	31,6	28,1	20,2
Wirawasta	80,9	28,1	21,1	16,7
Petani/Nelayan/Buruh	62,7	27,5	27,8	21,1
Lainnya	86,1	31,1	30,6	19,3
Tempat Tinggal				
Perkotaan	85,6	21,6	26,4	15,0
Perdesaan	68,0	28,6	27,6	17,9
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	53,5	21,5	20,6	14,5
Menengah bawah	70,1	28,9	30,4	19,4
Menengah	73,4	26,1	29,1	15,9
Menengah atas	85,4	26,7	29,0	16,8
Teratas	91,9	30,7	27,9	19,4

Pelayanan Masa nifas adalah pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu selama periode 6 jam sampai 42 hari setelah melahirkan. Kementerian Kesehatan menetapkan program pelayanan atau Kontak Ibu Nifas yang dinyatakan dalam indikator :

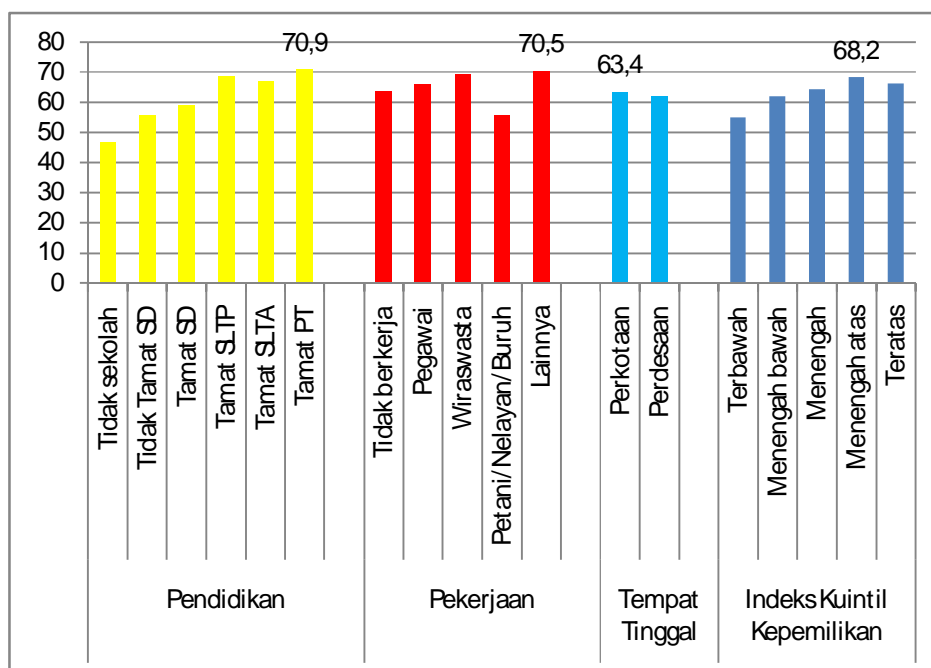
- 1) KF1, kontak ibu nifas pada periode 6 jam sampai 3 hari setelah bersalin
- 2) KF2, kontak ibu nifas pada periode 7-28 hari setelah melahirkan dan
- 3) KF3, kontak ibu nifas pada periode 29-42 hari setelah melahirkan.

Tabel 3.10.7 merupakan cakupan pelayanan ibu nifas di Kalimantan barat. Secara umum pada kelompok umur <20 tahun periode waktu kontak melahirkan lengkap sebesar 20,1 persen, kelompok umur 20-34 tahun periode waktu kontak melahirkan lengkap sebesar 17,0 persen dan kelompok umur \geq 35 tahun periode waktu kontak melahirkan lengkap sebesar 15,8 persen, Persentase cakupan pelayanan ibu nifas periode waktu kontak melahirkan lengkap pendidikan tamat D1-D3/PT sebesar 22,2 persen. Periode waktu kontak melahirkan lengkap di perkotaan 15,0 persen sedangkan di perdesaan lebih tinggi yaitu sebesar 17,9 persen. Indek kuintil tertinggi periode waktu kontak melahirkan lengkap sebesar 19,4 persen.

3.12.3.3.5 Pelayanan KB Pasca Salin

Selain kontak ibu nifas, KB pasca salin juga merupakan pelayanan masa nifas. Salah satu program terobosan Kementerian Kesehatan dalam upaya melakukan percepatan penurunan angka kematian ibu adalah peningkatan KB pasca persalinan yaitu penggunaan metode kontrasepsi pada masa nifas sampai dengan 42 hari setelah melahirkan sebagai langkah untuk mencegah kehilangan kesempatan ber-KB. Dalam Riskesdas 2013 menanyakan tentang pelayanan KB yang diterima pada periode masa nifas sampai 42 hari setelah melahirkan.

Gambar 3.12.10 menyajikan distribusi persentase pelayanan KB pasca persalinan dan karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat.



Gambar 3.12.10
Distribusi Persentase Kelahiran pada Periode 1 Januari 2010 sd
Wawancara Menurut Pelayanan KB Pasca Salin dan Karakteristik Responden
di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Penerimaan pelayanan KB pasca salin menurut karakteristik terlihat bahwa di perkotaan lebih besar daripada di perdesaan. Tidak ada kecenderungan bermakna menurut karakteristik lainnya.

Distribusi persentase kelahiran pada periode 1 Januari 2010 sampai saat wawancara menurut pelayanan KB pasca salin dan karakteristik. Secara umum pada kelompok umur <20 tahun mendapat pelayanan KB pasca Salin sebesar 58,2 persen, kelompok umur 20-34 tahun

mendapat pelayanan KB pasca Salin sebesar 63,8 persen dan kelompok umur ≥ 35 tahun mendapat pelayanan KB pasca Salin sebesar 58,9 persen. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi mendapatkan pelayanan KB pasca salin pada kelompok Tamat Perguruan Tinggi sebanyak 70,9 persen. Berdasarkan tempat tinggal di perkotaan dan di perdesaan berbeda sedikit. (63,4 persen dan 62,0 persen). Kuintil indek kepemilikan teratas 66,2 persen. (Buku 2 Tabel 3.12.20).

3.13.Kesehatan Anak

Topik kesehatan anak bertujuan untuk memberikan informasi berbagai indikator kesehatan anak yang meliputi status kesehatan anak dan cakupan pelayanan. Untuk status kesehatan anak meliputi prevalensi berat badan lahir rendah (BBLR), panjang badan lahir pendek, gangguan kesehatan (sakit) pada bayi umur neonatus, cacat lahir atau kecacatan pada anak balita. Sedangkan indikator yang terkait dengan cakupan pelayanan kesehatan anak meliputi perilaku perawatan tali pusar bayi baru lahir, pemeriksaan bayi baru lahir, imunisasi, kepemilikan akte kelahiran, kepemilikan buku KMS dan KIA, pemantauan pertumbuhan, pemberian kapsul vitamin A, pemberian ASI dan MPASI, inisiasi menyusui dini (IMD), pemberian kolostrum, pemberian makanan prelakteal, ASI eksklusif, dan sunat perempuan.

Indikator yang terkait dengan prevalensi gangguan kesehatan (sakit) pada bayi umur neonatus, kepemilikan akte kelahiran anak balita, cakupan kepemilikan KMS dan buku KIA, pemberian kolostrum dan pemberian makanan prelakteal akan ditampilkan dalam buku Riskesdas 2013 dalam Angka. Tabel 3.13.1 menunjukkan jumlah responden yang dianalisis sesuai indikator yang diukur.

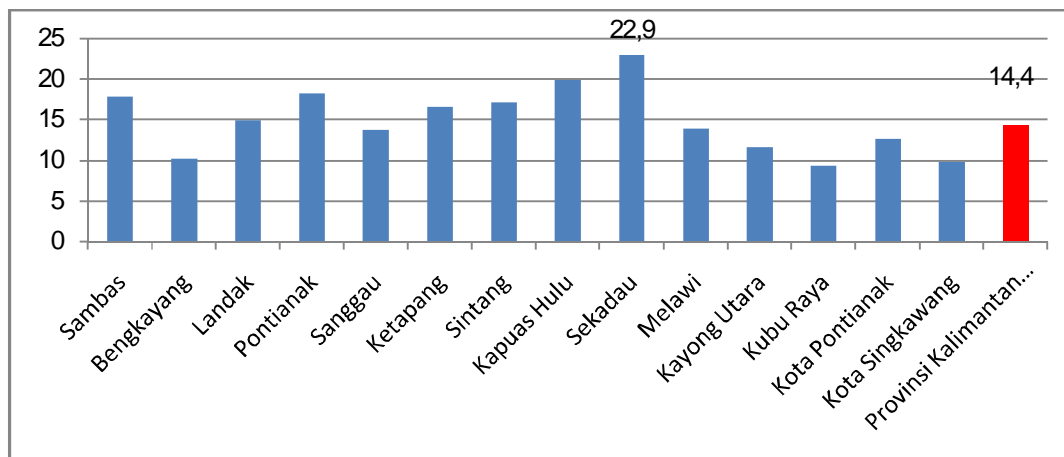
Tabel 3.13.1
Jumlah sampel dan indikator kesehatan anak, Indonesia 2013

Responden	Jumlah sampel	Indikator
Perempuan umur 0-11 tahun	114.993	Sunat perempuan
Anak umur 0-59 bulan	82.666	Kunjungan neonatus Berat dan panjang lahir Perawatan tali pusar Kepemilikan KMS dan buku KIA Kepemilikan akte kelahiran
Anak umur 6-59 bulan	75.186	Cakupan vitamin A Pemantauan pertumbuhan
Anak umur 24-59 bulan	51.865	Kecacatan
Anak umur 0-23 bulan	30.801	ASI dan MPASI
Anak umur 12-23 bulan	15.727	Imunisasi

3.13.1. Berat dan panjang badan lahir

Berat dan panjang badan lahir dicatat atau disalin berdasarkan dokumen/catatan yang dimiliki oleh anggota RT, seperti buku KIA, KMS, atau buku catatan kesehatan anak lainnya. Persentase anak balita yang memiliki catatan berat badan lahir adalah 52,6 persen.

Kategori berat badan lahir dikelompokkan menjadi tiga, yaitu <2500 gram (BBLR), 2500-3999 gram, dan ≥ 4000 gram. Kecenderungan BBLR pada anak umur 0-59 bulan menurut provinsi tahun 2010 dan 2013 disajikan pada Gambar 3.13.1.1. Persentase BBLR tahun 2013 di provinsi Kalimantan Barat sebesar 14,4 persen. Persentase BBLR tertinggi terdapat di kabupaten Sekadau (22,9%) dan terendah di kabupaten Kubu Raya (9,3%).



*) Berdasarkan 52,6 persen sampel balita yang punya catatan

Gambar 3.13.1
Proporsi berat badan lahir rendah (BBLR) pada balita di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013*)

Tabel 3.13.1 menyajikan persentase berat badan bayi baru lahir anak balita menurut karakteristik. Karakteristik pendidikan dan pekerjaan adalah gambaran dari kepala RT. Menurut kelompok umur, persentase BBLR tidak menunjukkan pola kecenderungan yang jelas. Persentase BBLR pada perempuan (15,7%) lebih tinggi daripada laki-laki (13,2%), namun persentase berat lahir ≥ 4000 gram pada laki-laki (3,7%) lebih tinggi dibandingkan perempuan (2,5%).

Menurut pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan terlihat adanya kecenderungan semakin tinggi pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan, semakin rendah prevalensi BBLR. Menurut jenis pekerjaan, persentase BBLR tertinggi pada anak balita dengan kepala RT dengan pekerjaan lainnya (23,3%), sedangkan persentase terendah pada kelompok pekerjaan pegawai (7,7%). Persentase BBLR di perdesaan (15,7%) lebih tinggi daripada di perkotaan (12,3%).

Tabel 3.13.2
 Persentase berat badan lahir anak usia 0-59 bulan menurut karakteristik di
 Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Ada catatan		
	≤2500 gr	>2500 - 3999 gr	>4000 gr
Kelompok Umur			
0 – 5 bulan	15,8	83,7	0,5
6 – 11 bulan	14,5	85,2	0,3
12 – 23 bulan	10,7	83,4	5,9
24 – 35 bulan	14,9	80,7	4,3
36 – 47 bulan	13,3	84,1	2,6
48 – 59 bulan	19,3	78,8	1,9
Jenis Kelamin			
Laki-laki	13,2	83,1	3,7
Perempuan	15,7	81,9	2,5
Pendidikan KK			
Tidak pernah sekolah	11,0	87,8	1,2
Tidak tamat SD	16,5	79,3	4,3
Tamat SD	17,9	79,0	3,1
Tamat SMP	16,2	81,1	2,6
Tamat SMA	11,2	85,9	2,9
Tamat D1-D3/PT	5,7	90,2	4,1
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	15,7	84,0	0,3
Pegawai	7,7	88,0	4,4
Wiraswasta	11,7	84,9	3,5
Petani/Nelayan/Buruh	18,1	79,5	2,4
Lainnya	23,3	71,0	5,7
Tempat Tinggal			
Perkotaan	12,3	85,6	2,2
Perdesaan	15,7	80,7	3,6
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	20,8	77,3	1,9
Menengah bawah	17,0	80,7	2,3
Menengah	13,7	82,7	3,6
Menengah Atas	15,5	81,3	3,2
Teratas	6,9	89,0	4,1
Provinsi Kalimantan Barat	14,4	82,5	3,1

Tabel 3.13.3 menyajikan persentase panjang badan lahir anak umur 0-59 bulan menurut kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat. Kategori panjang badan lahir dikelompokkan menjadi tiga, yaitu <48 cm, 48-52 cm, dan >52 cm. Persentase panjang badan lahir <48 cm sebesar 23,2 persen dan 48-52 cm sebesar 72,8 persen. Persentase bayi lahir pendek di provinsi Kalimantan Barat (panjang badan lahir <48 cm) tertinggi di Kabupaten Kapuas Hulu (47,5%) dan terendah di Kota Pontianak (12,3%).

Tabel 3.13.3
Persentase panjang badan lahir anak usia 0-59 bulan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Ada catatan		
	<48 cm	48 - 52 cm	>52 cm
Sambas	13,2	73,4	13,3
Bengkayang	39,3	60,7	
Landak	29,4	67,7	2,9
Pontianak	20,6	78,1	1,3
Sanggau	32,3	67,7	
Ketapang	17,0	83,0	
Sintang	19,7	58,8	21,5
Kapuas Hulu	47,5	46,1	6,4
Sekadau	35,5	57,5	7,0
Melawi	29,9	70,1	
Kayong Utara	30,0	64,7	5,3
Kubu Raya	19,0	79,6	1,4
Kota Pontianak	12,3	87,7	
Kota Singkawang	15,7	81,4	2,9
Provinsi Kalimantan Barat	23,2	72,8	4,0

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

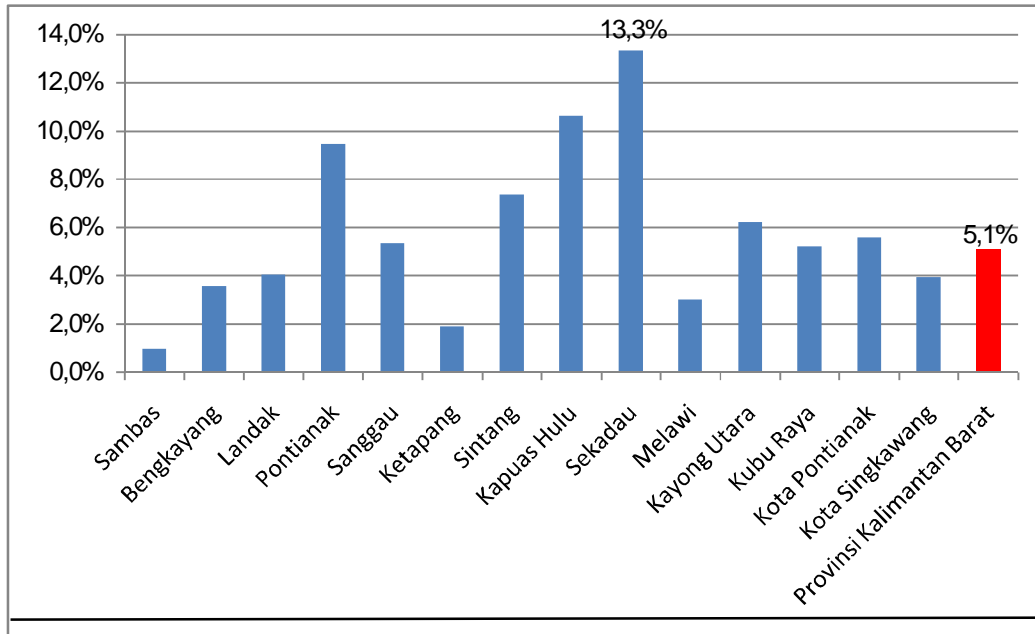
Persentase panjang badan lahir anak umur 0-59 bulan menurut karakteristik disajikan pada Tabel 3.13.4 Menurut kelompok umur, bayi lahir pendek tidak menunjukkan adanya pola yang jelas. Persentase bayi lahir pendek pada anak perempuan (24,0%) lebih tinggi daripada anak laki-laki (22,4%).

Menurut pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan terlihat adanya kecenderungan semakin tinggi pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan, semakin rendah persentase anak lahir pendek. Menurut jenis pekerjaan, persentase anak lahir pendek di Provinsi Kalimantan Barat tertinggi pada anak balita dengan kepala RT pada kelompok pekerjaan petani/nelayan/buruh (29,3%), sedangkan persentase terendah pada kelompok tidak bekerja (14,8%). Persentase anak lahir pendek di perdesaan (27,7%) lebih tinggi daripada di perkotaan (16,0%).

Tabel 3.13.4
 Persentase panjang badan lahir anak usia 0-59 bulan menurut karakteristik
 responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

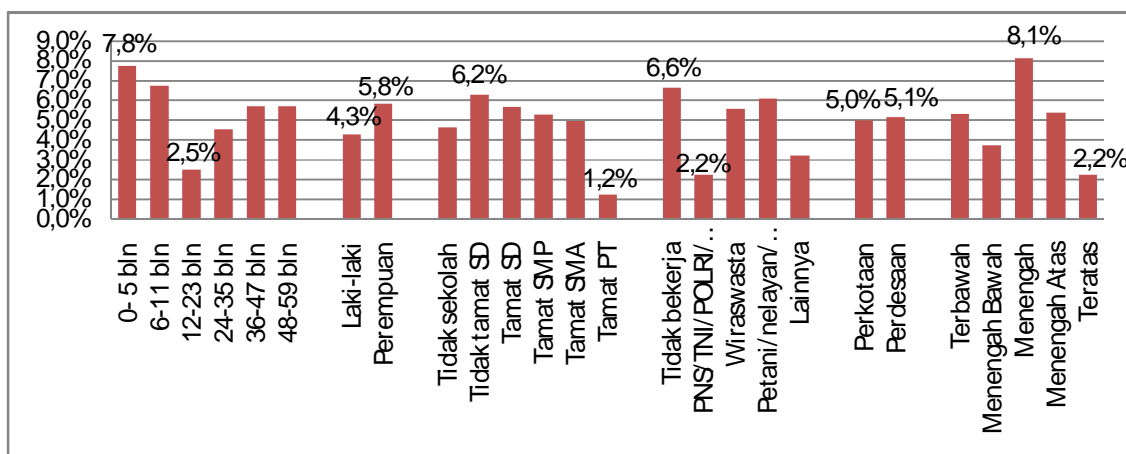
Karakteristik Responden	Ada catatan		
	<48 cm	48 - 52 cm	>52 cm
Kelompok Umur			
0 – 5 bulan	28,2	69,1	2,7
6 – 11 bulan	30,8	64,9	4,3
12 – 23 bulan	18,3	79,6	2,1
24 – 35 bulan	21,0	74,9	4,0
36 – 47 bulan	23,5	71,1	5,4
48 – 59 bulan	23,0	71,2	5,8
Jenis Kelamin			
Laki-laki	22,4	74,4	3,2
Perempuan	24,0	71,1	4,9
Pendidikan KK			
Tidak pernah sekolah	48,2	40,9	10,9
Tidak tamat SD	38,7	57,4	4,0
Tamat SD	25,7	68,6	5,8
Tamat SMP	21,7	76,6	1,8
Tamat SMA	16,9	80,2	2,9
Tamat D1-D3/PT	16,4	79,0	4,6
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	14,8	82,2	3,0
Pegawai	16,8	80,2	3,0
Wiraswasta	19,9	77,5	2,7
Petani/Nelayan/Buruh	29,3	66,3	4,3
Lainnya	20,3	62,4	17,3
Tempat Tinggal			
Perkotaan	16,0	82,2	1,8
Perdesaan	27,7	66,8	5,5
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	41,1	54,3	4,6
Menengah bawah	20,1	72,8	7,1
Menengah	26,8	71,8	1,5
Menengah Atas	18,2	79,0	2,7
Teratas	15,2	79,5	5,2

Gambar 3.13.2 menyajikan persentase umur 0-59 bulan dengan berat badan lahir <2500 gram (BBLR) dan panjang badan lahir <48 cm (lahir pendek) menurut kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat. Persentase balita yang memiliki riwayat lahir pendek dan BBLR sebesar 5,1 persen, tertinggi di kabupaten Sekadau (13,3%) dan terendah di Sambas (0,5%).



Gambar 3.13.2
 Persentase anak dengan berat badan <2500 gram dan panjang badan lahir <48 cm menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.13.3 menyajikan persentase balita yang memiliki riwayat lahir pendek dan BBLR menurut karakteristik. Persentase balita yang memiliki riwayat lahir pendek dan BBLR pada kelompok umur 0-5 bulan paling tinggi dibanding kelompok umur lainnya. Informasi ini menunjukkan persentase balita dengan riwayat lahir pendek dan BBLR semakin meningkat. Persentase balita yang memiliki riwayat lahir pendek dan BBLR pada perempuan (5,8%) lebih tinggi daripada laki-laki (4,3%).



Gambar 3.13.3
 Persentase anak dengan berat badan <2500 gram dan panjang badan lahir <48 cm menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

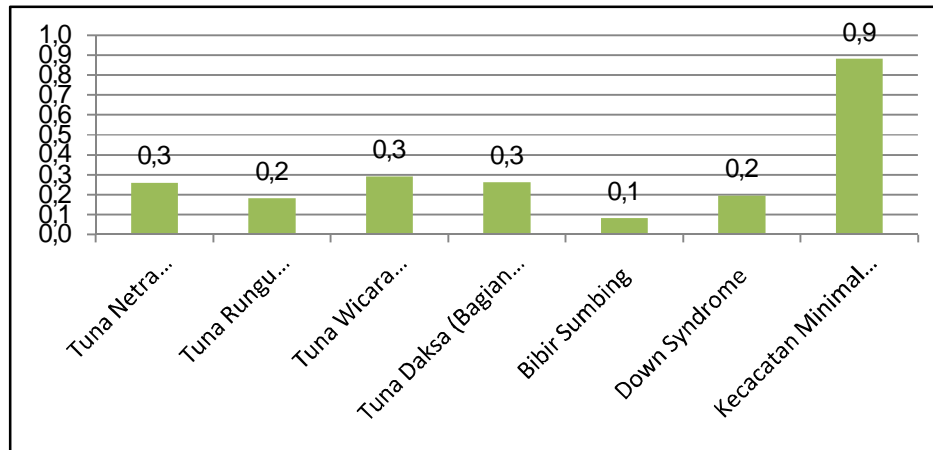
Persentase balita yang memiliki riwayat lahir pendek dan BBLR di provinsi Kalimantan Barat cenderung menurun seiring dengan semakin meningkatnya pendidikan. Menurut pekerjaan, terlihat kecenderungan persentase balitayang memiliki riwayat lahir pendek dan BBLR lebih tinggi pada kelompok kepala RT yang tidak bekerja dan petani/nelayan/buruh dibandingkan kepala RT yang bekerja sebagai PNS/TNI/Polri/Pegawai. Menurut tempat tinggal, balita yang tinggal di perkotaan (5,0%) sedikit lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (5,1%). Menurut kelompok kuintil indeks kepemilikan, tidak terlihat adanya pola kecenderungan yang jelas.

3.13.2. Kecacatan

Riskesdas 2013 menyajikan informasi prevalensi anak umur 24-59 bulan yang mengalami kecacatan. Kecacatan yang dimaksud adalah semua kecacatan yang dapat diobservasi termasuk karena penyakit atau trauma/kecelakaan. Anak yang mempunyai kecacatan termasuk anak berkebutuhan khusus, seperti di bawah ini:

- a. **Tuna netra (penglihatan/buta)** adalah anak yang memiliki lemah penglihatan atau akurasi penglihatan kurang dari 6/60 setelah dikoreksi atau tidak lagi memiliki penglihatan (Kaufman & Hallahan).
- b. **Tuna wicara (berbicara/bisu)** adalah anak yang memiliki hambatan dalam pendengaran, baik permanen maupun tidak permanen dan biasanya memiliki hambatan dalam berbicara, sehingga mereka biasa disebut tuna wicara. Gangguan berbicara pada anak balita (<5 tahun) bisanya terjadi karena anak mengalami hambatan pendengaran, baik permanen maupun tidak permanen yang berakibat anak mengalami hambatan berbicara. Jadi anak mengalami gangguan pendengaran dan berbicara (tuli bisu).
- c. **Down syndrom** adalah kelainan genetik yang terjadi pada masa pertumbuhan janin (pada kromosom 21/trisomi 21) dengan gejala yang sangat bervariasi dari gejala minimal sampai muncul tanda khas berupa keterbelakangan mental dengan tingkat IQ kurang dari 70 serta bentuk muka (Mongoloid) dan garis telapak tangan yang khas (*Simian crease*). Ciri-ciri anak *down syndrome* adalah muka rata, hidung tipis (pesek), jarak antara kedua mata tampak lebih dekat, jarak ibu jari dan telunjuk pada jari kaki lebih lebar, garis tangan melengkung tidak terputus.
- d. **Tuna daksa (tubuh/cacat anggota badan)** adalah anak yang memiliki gangguan gerak yang disebabkan oleh kelainan **neuromuskular (syaraf otot)** dan **struktur tulang** yang bersifat bawaan, sakit, atau akibat kecelakaan termasuk polio dan lumpuh.
- e. **Bibir sumbing** adalah kelainan pada bibir, langit-langit atas mulut atau kedua-duanya.
- f. **Tuna rungu (pendengaran/tuli)** adalah anak yang memiliki hambatan dalam pendengaran baik permanen maupun tidak permanen.

Gambar 3.13.4 menunjukkan kecenderungan persentase kecacatan pada anak 24-59 bulan. Persentase jenis kecacatan tertinggi di provinsi Kalimantan Barat sebesar 0,3 persen diduduki oleh tiga kecacatan yaitu tuna netra (cacat penglihatan/buta), tuna wicara dan tuna daksa (cacat bagian tubuh) dan terendah adalah bibir sumbing 0,1 persen.



Gambar 3.13.4
Kecenderungan persentase kecacatan pada anak 24-59 bulan di
Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.13.3 Status Imunisasi

Program imunisasi dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 1956. Kementerian Kesehatan melaksanakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) pada anak dalam upaya menurunkan kejadian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I), yaitu tuberkulosis, difteri, pertusis, campak, polio, tetanus serta hepatitis B. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1611/MENKES/SK/XI/2005, program pengembangan imunisasi mencakup satu kali HB-0, satu kali imunisasi BCG, tiga kali imunisasi DPT-HB, empat kali imunisasi polio, dan satu kali imunisasi campak. 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 bulan, tiga bulan empat bulan dengan interval minimal empat minggu; dan imunisasi campak paling dini umur sembilan bulan.

Informasi cakupan imunisasi pada Riskesdas 2013 ditanyakan kepada ibu yang mempunyai balita umur 0-59 bulan. Informasi imunisasi dikumpulkan berdasarkan empat sumber informasi, yaitu wawancara kepada ibu balita atau anggota RT yang mengetahui, catatan dalam KMS, catatan dalam buku KIA, dan catatan dalam buku kesehatan anak lainnya. Apabila salah satu dari keempat sumber tersebut menyatakan bahwa anak sudah diimunisasi, disimpulkan bahwa anak tersebut sudah diimunisasi untuk jenis yang ditanyakan.

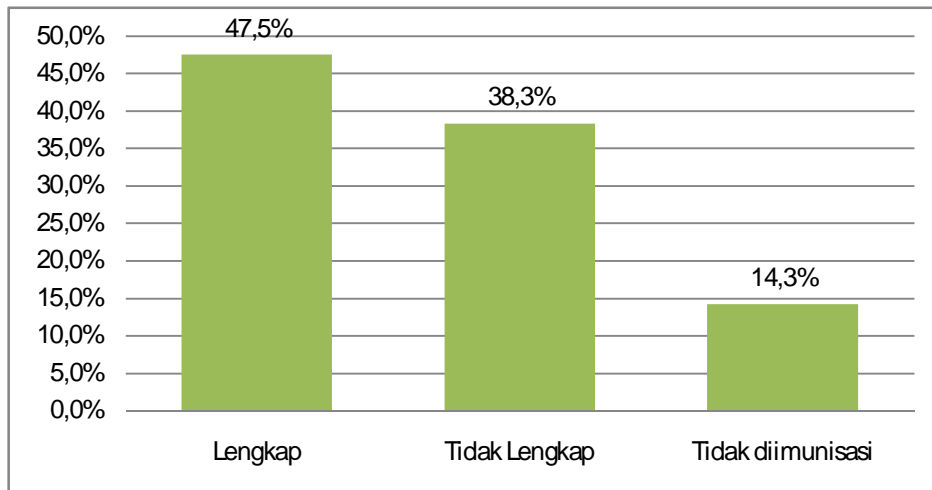
Selain setiap jenis imunisasi, anak disebut sudah mendapat imunisasi lengkap bila sudah mendapatkan semua jenis imunisasi satu kali HB-0, satu kali BCG, tiga kali DPT-HB, empat kali polio, dan satu kali imunisasi campak. Jadwal imunisasi untuk HB-0, BCG, polio, DPT-HB, dan campak berbeda, sehingga bayi umur 0-11 bulan tidak dianalisis. Analisis dilakukan pada anak umur 12-59 bulan, yang telah melewati masa imunisasi dasar.

Analisis imunisasi hanya dilakukan pada anak umur 12-59 bulan karena beberapa alasan, yaitu: (1) hasil analisis dapat mendekati perkiraan "valid immunization"; (2) survei-survei lain juga menggunakan kelompok umur 12-59 bulan untuk menilai cakupan imunisasi, sehingga dapat dibandingkan dan; (3) bias karena ingatan ibu yang diwawancara pada saat pengumpulan data lebih rendah dibanding kelompok umur di atasnya.

Tidak semua balita dapat diketahui status imunisasinya (*missing*). Hal ini disebabkan 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/ buku KIA tidak lengkap/tidak terisi, tidak dapat menunjukkan karena hilang atau tidak disimpan oleh ibu.

Alasan lainnya karena subyek yang ditanya tentang imunisasi bukan ibu balita, *memory recall bias* dari ibu, ataupun ketidakakuratan pewawancara saat proses wawancara dan pencatatan. Oleh karena itu, perlu menjadi catatan bahwa dalam interpretasi hasil cakupan imunisasi terdapat kekurangan metode survei (desain potong lintang) dalam Riskesdas 2013.

Gambar 3.13.5 menunjukkan cakupan imunisasi lengkap pada anak umur 12-59 bulan, yang merupakan gabungan dari satu kali imunisasi HB-0, satu kali BCG, tiga kali DPT-HB, empat kali polio, dan satu kali imunisasi campak.



Gambar 3.13.5
Kecenderungan imunisasi dasarlengkap pada anak umur 12-59 bulan,
di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Tabel 3.13.5 menunjukkan cakupan tiap jenis imunisasi yaitu HB-0, BCG, polio empat kali (polio 4), DPT-HB kombo tiga kali (DPT-HB 3), dan campak di provinsi Kalimantan Barat. Berdasarkan jenis imunisasi persentase tertinggi adalah BCG (81,2%) dan terendah adalah HB-O (62,3%). Kabupaten Kubu Raya mempunyai cakupan imunisasi terendah untuk jenis imunisasi, meliputi BCG (53,9%), DPT-HB 3 (43,1%), Polio 4 (48,8%), dan campak (52,9%) sedangkan cakupan imunisasi HB-O terendah di Kabupaten Sekadau (23,5%). Kabupaten Landak mempunyai cakupan imunisasi tertinggi untuk jenis imunisasi dasar HB-0 (98,1%), BCG (97,0%), DPT-HB 3 (95,0%), Polio 4 995,0%) dan campak (95,0%).

Tabel 3.13.5
 Persentase imunisasi dasar pada anak umur 12-59 bulan menurut kabupaten/kota
 di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Jenis Imunisasi Dasar				
	HB-0	BCG	DPT-HB 3	Polio 4	Campak
Sambas	51,4	81,2	70,5	72,2	80,5
Bengkayang	73,2	87,0	72,3	79,8	80,9
Landak	98,1	97,0	95,0	95,0	95,0
Pontianak	57,3	72,6	57,0	59,9	62,6
Sanggau	60,3	82,2	69,5	71,9	81,3
Ketapang	51,7	69,8	58,8	67,7	70,7
Sintang	60,3	77,2	66,2	71,2	73,3
Kapuas Hulu	60,5	88,9	91,7	88,6	92,0
Sekadau	23,5	69,6	58,1	63,9	66,7
Melawi	59,3	84,6	71,2	67,8	81,2
Kayong Utara	45,1	63,9	49,6	56,4	67,4
Kubu Raya	43,5	53,9	43,1	47,1	52,9
Kota Pontianak	76,4	81,1	73,2	73,3	77,9
Kota Singkawang	77,8	81,3	77,9	79,3	78,5
Provinsi Kalimantan Barat	62,3	81,2	71,9	74,1	77,3

Tabel 3.13.6 menunjukkan cakupan jenis imunisasi dasar menurut karakteristik. Cakupan imunisasi tidak berbeda menurut jenis kelamin. Persentase semua jenis imunisasi lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan. Terlihat kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan dan kuartil indeks kepemilikan, semakin tinggi cakupan jenis imunisasi. Pada kepala RT yang bekerja sebagai pegawai, cakupan jenis imunisasi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok pekerjaan lainnya.

Tabel 3.13.6
 Persentase imunisasi dasar pada anak umur 12-59 bulan
 menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Persentase Imunisasi Dasar				
	HB-0	BCG	DPT- HB 3	Polio 4	Campak
Jenis Kelamin					
Laki-laki	62,8	78,7	69,4	71,7	74,8
Perempuan	59,1	77,1	66,9	69,8	76,4
Pendidikan KK					
Tidak pernah sekolah	41,2	61,3	48,7	51,7	57,9
Tidak tamat SD	46,5	68,8	59,3	63,4	66,0
Tamat SD	54,3	74,0	62,5	64,6	70,5
Tamat SMP	60,9	78,8	70,1	73,7	78,4
Tamat SMA	76,9	88,6	79,7	81,6	86,5
Tamat D1-D3/PT	90,0	91,8	89,0	91,7	93,7
Pekerjaan KK					
Tidak bekerja	53,7	76,1	63,1	63,4	77,6
Pegawai	80,6	90,8	80,9	83,7	89,8
Wiraswasta	63,0	77,1	68,5	70,9	75,3
Petani/Nelayan/Buruh	53,2	73,0	63,9	66,2	69,8
Lainnya	75,8	94,7	72,4	86,7	93,2
Tempat Tinggal					
Perkotaan	72,3	79,3	69,1	71,2	75,2
Perdesaan	56,2	77,3	67,7	70,6	75,7
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	43,2	68,2	59,2	59,7	63,9
Menengah bawah	56,3	77,4	63,3	69,8	75,7
Menengah	60,5	71,6	64,5	65,3	71,5
Menengah Atas	74,8	87,6	76,7	79,4	84,1
Teratas	75,7	88,5	81,7	84,9	87,1

Cakupan imunisasi dasar lengkap menurut provinsi dapat dilihat pada Tabel 3.13.7 Cakupan imunisasi dasar lengkap bervariasi di kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat, yaitu tertinggi di kabupaten Landak (93,1%) dan terendah di Sekadau (18,0%). Terdapat 18,4 persen anak 12-23 bulan yang tidak pernah mendapatkan imunisasi dengan persentase tertinggi di Kabupaten Kubu Raya (40,3%) dan terendah di Kapuas Hulu (7,8%).

Tabel 3.13.6
 Persentase imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-59 bulan menurut
 Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Kelengkapan Imunisasi Dasar		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Imunisasi
Sambas	33,5	48,9	17,6
Bengkayang	42,8	46,6	10,6
Landak	93,1	6,9	
Pontianak	40,6	36,6	22,8
Sanggau	37,3	48,6	14,1
Ketapang	41,7	33,0	25,3
Sintang	38,7	39,9	21,4
Kapuas Hulu	54,7	37,5	7,8
Sekadau	18,0	57,6	24,4
Melawi	42,1	46,8	11,1
Kayong Utara	28,4	45,4	26,3
Kubu Raya	28,2	31,5	40,3
Kota Pontianak	56,0	29,7	14,3
Kota Singkawang	56,9	29,7	13,4
Provinsi Kalimantan Barat	44,2	37,4	18,4

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Tabel 3.13.7 menunjukkan cakupan imunisasi dasar lengkap menurut karakteristik. Persentase imunisasi dasar lengkap di perkotaan lebih tinggi (51,1%) daripada di perdesaan (41,4%) dan terdapat 18,8 persen anak umur 12-23 bulan di perdesaan yang tidak diberikan imunisasi sama sekali. Terdapat kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan kuintil indeks kepemilikan kepala RT, semakin tinggi pula cakupan imunisasi dasar lengkapnya. Menurut pendidikan kepala RT, cakupan imunisasi dasar lengkap anak umur 12-23 bulan tertinggi pada kelompok perguruan tinggi (74,6%) dan terendah pada kelompok tidak pernah sekolah (29,3%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan semakin tinggi cakupan imunisasi dasar lengkap. Menurut pekerjaan, terlihat kecenderungan peningkatan cakupan imunisasi lengkap anak umur 12-59 bulan pada kepala keluarga yang bekerja sebagai pegawai maupun wiraswasta.

Tabel 3.13.7
 Persentase imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-59 bulan menurut
 karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Kelengkapan Imunisasi Dasar		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Imunisasi
Jenis Kelamin			
Laki-laki	45,2	37,6	17,2
Perempuan	43,3	37,2	19,5
Pendidikan KK			
Tidak pernah sekolah	29,3	37,8	32,8
Tidak tamat SD	31,5	43,7	24,8
Tamat SD	36,4	41,5	22,1
Tamat SMP	42,4	40,5	17,1
Tamat SMA	61,9	28,4	9,7
Tamat D1-D3/PT	74,6	19,6	5,7
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	36,5	42,6	20,9
Pegawai	61,7	30,6	7,7
Wiraswasta	46,1	36,2	17,6
Petani/Nelayan/Buruh	38,0	39,2	22,8
Lainnya	50,9	45,3	3,8
Tempat Tinggal			
Perkotaan	51,1	31,4	17,4
Perdesaan	41,4	39,9	18,8
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	30,3	41,4	28,3
Menengah bawah	39,1	43,2	17,7
Menengah	43,1	35,5	21,4
Menengah Atas	55,3	33,1	11,6
Teratas	58,8	31,6	9,6

Pada Tabel 3.13.8 alasan utama tidak diimunisasi adalah takut anak menjadi panas (30,1%), namun Gambar 3.13.5 memperlihatkan bahwa persentase anak umur 12-23 bulan yang mengalami demam tinggi setelah imunisasi hanya 7,3 persen. Tabel 3.13.3.6 juga menunjukkan terdapat 22,2 persen yang menyatakan bahwa keluarga tidak mengizinkan anak diimunisasi. Semakin tinggi tingkat pendidikan kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi pula persentase keluarga yang tidak mengizinkan anaknya diimunisasi. Persentase anak di perkotaan yang tidak diizinkan keluarga untuk diimunisasi (38,8%) lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Persentase balita yang menyatakan bahwa keluarga tidak mengizinkan diimunisasi tertinggi pada kelompok kepala RT yang bekerja sebagai pegawai (42,7%).

Pada balita yang tidak diimunisasi karena tempat imunisasi jauh, terlihat bahwa semakin tinggi pendidikan kepala RT, persentase balita yang tidak diimunisasi semakin rendah. Persentase anak

di perkotaan yang tidak diimunisasi karena tempat jauh (5,2%) lebih rendah dibandingkan di perdesaan (47,8%).

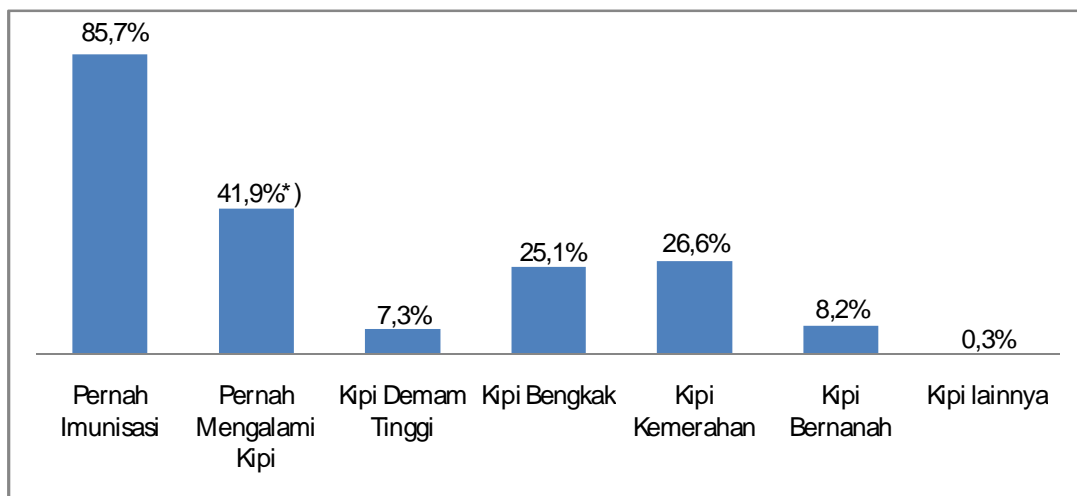
Tabel 3.13.8
Persentase alasan tidak pernah imunisasi pada anak umur 12-59bulan menurut karakteristik, Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013 *)

Karakteristik Responden	Alasan tidak pernah imunisasi					
	Keluarga tidak mengijinkan	Takut anak menjadi panas	Anak sering sakit	Tidak tahu tempat imunisasi	Tempat imunisasi jauh	Sibuk/repot
Jenis Kelamin						
Laki-laki	22,2	31,1	4,8	3,4	24,2	14,3
Perempuan	2,9	30,1	1,0		43,7	22,4
Pendidikan KK						
Tidak pernah sekolah				21,1	51,8	27,1
Tidak tamat SD	9,6	11,4			55,9	23,1
Tamat SD	17,5	16,9	6,7		32,2	26,8
Tamat SMP	16,4	59,4			24,2	
Tamat SMA	4,9	95,1				
Tamat D1-D3/PT		100,0				
Pekerjaan KK						
Tidak bekerja		22,8	7,2		30,3	39,8
Pegawai	42,7	43,2			10,3	3,8
Wiraswasta	7,5	8,4			42,2	41,9
Petani/Nelayan/Buruh	12,0	36,2	4,3	3,0	33,9	10,6
Lainnya						
Tempat Tinggal						
Perkotaan	38,8	37,0	1,2		5,2	17,7
Perdesaan		27,1	4,2	2,9	47,8	17,9
Kuintil Indeks Kepemilikan						
Terbawah		31,1		6,3	62,6	
Menengah bawah		36,5	12,7		39,5	11,3
Menengah	23,2	34,8			6,5	35,4
Menengah Atas	25,7		9,1		65,2	
Teratas	47,6	16,9				35,5

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

*) dari 14,3 persen yang tidak diimunisasi

Gambar 3.13.6 menunjukkan bahwa dari 85,7 persen anak usia 12-59 bulan yang pernah diimunisasi, terdapat 41,9 persen yang pernah mengalami KIPI. Keluhan yang sering terjadi adalah kemerahan dan bengkak, sedangkan keluhan demam tinggi dialami oleh 7,3 persen anak

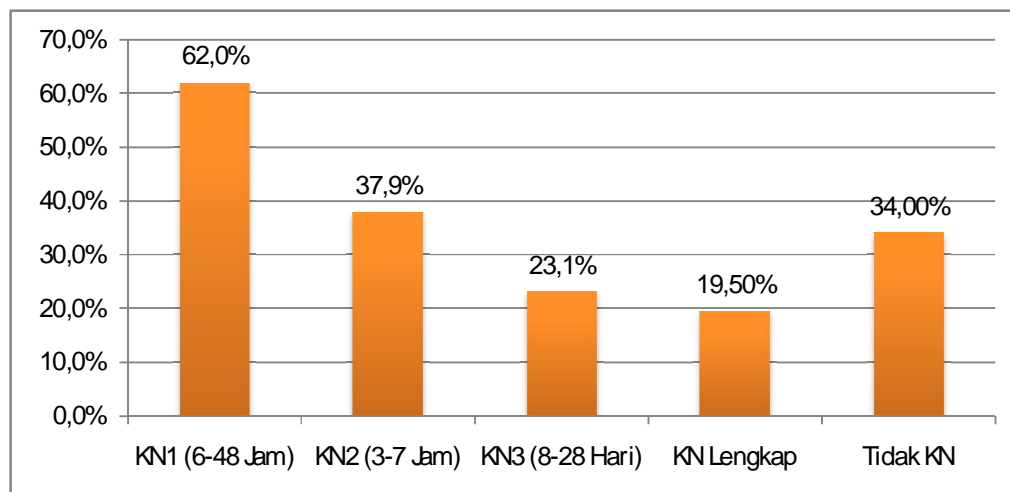


Gambar 3.13.6

Persentase Keluhan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) pada anak usia 12-59 bulan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.13.4 Kunjungan neonatus

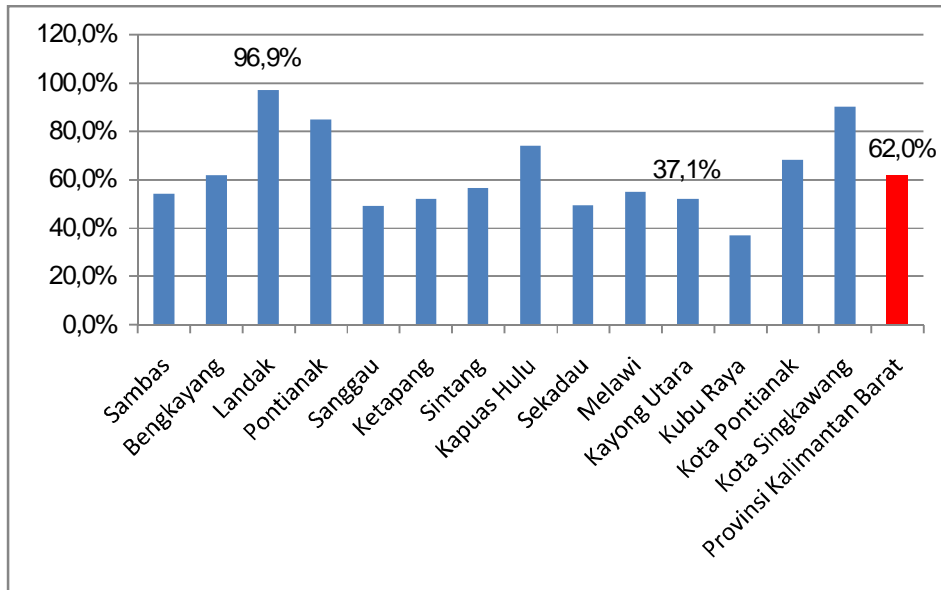
Pada Riskesdas 2013 dilakukan pengumpulan data kunjungan neonatus yang meliputi kunjungan pada saat bayi saat berumur 6-48 jam (KN1), 3-7 hari (KN2), dan 8-28 hari (KN3). Gambar 3.13.7 Menunjukkan kunjungan neonatus tertinggi di provinsi Kalimantan Barat pada bayi umur 6-48 jam (62,0%) dan terendah pada bayi umur 8-28 hari (23,1%). Sedangkan kunjungan KN lengkap sebesar 19,50 persen dan tidak KN sebesar 34,0 persen



Gambar 3.13.7

Kecenderungan kunjungan neonatus lengkap di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Persentase KN1 pada anak balita menurut kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat disajikan pada Gambar 3.13.8 Persentase kunjungan neonatus pada 6-48 jam menurut Riskesdas 2013 adalah 62,0 persen. Kabupaten/kota dengan persentase KN1 tertinggi adalah Landak (96,9%) dan terendah di Kubu Raya (37,1%)



Gambar 3.13.8
Kecenderungan KN1 menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat,
Riskesdas 2013

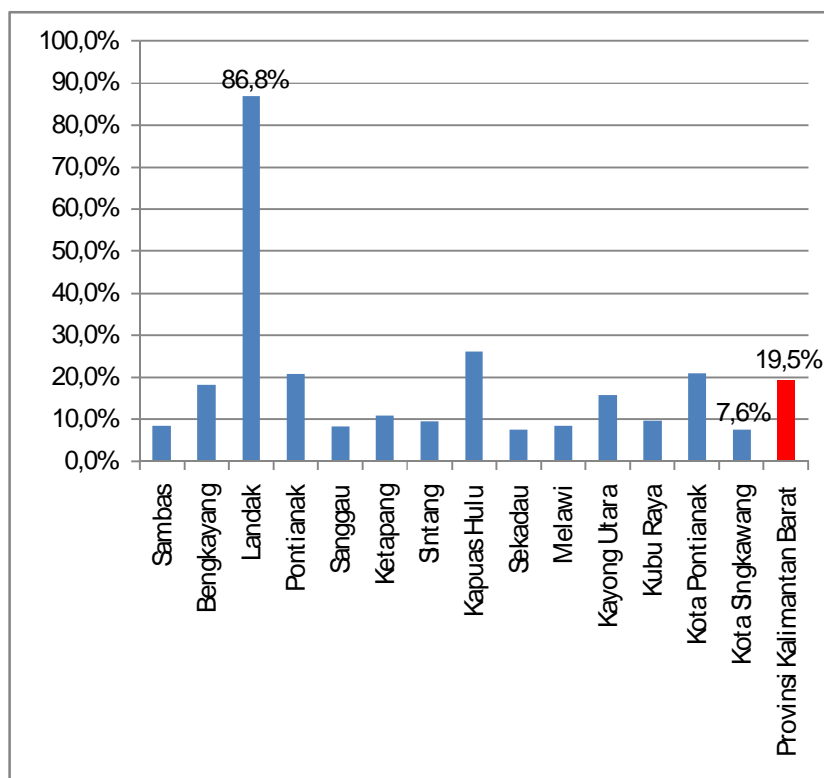
Persentase kunjungan neonatus menurut karakteristik disajikan pada Tabel 3.13.9. Dari Tabel 3.13.9, persentase kunjungan neonatus 6-48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari setelah lahir semakin rendah seiring dengan bertambahnya umur anak. Persentase kunjungan neonatus menurut jenis kelamin anak hampir tidak ada perbedaan, sedangkan menurut tempat tinggal, persentase kunjungan neonatus di perkotaan lebih tinggi daripada di perdesaan. Semakin tinggi tingkat pendidikan dan kuartil indeks kepemilikan kepala RT, semakin tinggi pula persentase kunjungan neonatus pada bayi berumur 6-48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari. Menurut jenis pekerjaan kepala RT, persentase kunjungan neonatus pada umur 6-48 jam tertinggi ada pada kelompok pekerja pegawai, yaitu 73,1 persen untuk KN1, sedangkan untuk kunjungan neonatus umur 3-7 hari dan 8-28 hari tertinggi pada kelompok pekerjaan lainnya, yaitu 57,4 persen untuk KN2, dan 30,8 persen untuk KN3.

Tabel 3.13.9
 Persentase kunjungan neonatal pada anak-anak umur 0-59 bulan
 menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Kunjungan Neonatal		
	KN1 (6 – 48 jam)	KN2 (3 – 7 hari)	KN3 (8 – 28 hari)
Kelompok Umur			
0 – 5 bulan	65,6	40,4	21,5
6 – 11 bulan	63,8	38,8	17,5
12 – 23 bulan	68,4	42,3	26,3
24 – 35 bulan	60,0	36,7	22,0
36 – 47 bulan	59,9	38,4	24,0
48 – 59 bulan	57,5	33,1	23,4
Jenis Kelamin			
Laki-laki	62,4	39,7	24,1
Perempuan	61,6	36,2	22,1
Pendidikan KK			
Tidak pernah sekolah	48,4	22,6	4,8
Tidak tamat SD	40,7	23,9	20,5
Tamat SD	57,9	37,0	20,8
Tamat SMP	64,0	40,5	23,7
Tamat SMA	75,9	45,2	29,3
Tamat D1-D3/PT	87,7	52,9	30,4
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	65,5	36,0	22,6
Pegawai	73,1	41,9	22,2
Wiraswasta	68,0	42,5	25,3
Petani/Nelayan/Buruh	55,2	33,7	22,0
Lainnya	62,9	57,4	30,8
Tempat Tinggal			
Perkotaan	73,5	37,1	20,3
Perdesaan	57,1	38,3	24,3
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	43,3	28,4	21,3
Menengah bawah	56,2	38,8	22,9
Menengah	61,9	33,3	20,0
Menengah Atas	75,2	44,4	25,8
Teratas	78,6	48,2	26,5

Setiap bayi baru lahir sebaiknya mendapatkan semua kunjungan neonatus, yaitu pada saat bayi berumur 6-48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari. Bayi yang mendapat kunjungan neonatus tiga kali yaitu pada saat berumur 6-48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari, dapat dinyatakan melakukan kunjungan neonatus lengkap (KN1, KN2, KN3). Persentase kunjungan neonatus lengkap menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat disajikan pada Gambar 3.13.9.

Gambar 3.13.9 menunjukkan bahwa persentase anak balita dengankunjungan neonatus lengkap di provinsi Kalimantan Barat adalah 19,5 persen pada Riskesdas tahun 2013. Persentase kunjungan neonatus lengkap tahun 2013 tertinggi di Kabupaten Landak (86,8%) dan terendah di Kota Singkawang (7,6%).



Gambar 3.13.9. Kecenderungan kunjungan neonatus lengkap menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Tabel 3.13.10 menunjukkan bahwa hampir tidak ada perbedaan persentase kunjungan neonatus lengkap menurut jenis kelamin anak. Menurut tempat tinggal, persentase kunjungan neonatus lengkap di perkotaan lebih tinggi daripada di perdesaan. Di perdesaan, 39,3 persen anak balita tidak pernah melakukan kunjungan neonatus. Semakin tinggi tingkat pendidikan kepala RT dan kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi pula persentase kunjungan neonatus lengkap. Menurut jenis pekerjaan kepala RT, kunjungan neonatus lengkap tertinggi pada jenis pekerjaan wiraswasta (20,8%) dan terendah pada kelompok pekerjaan pegawai (17,7%).

Persentase balita yang tidak pernah melakukan kunjungan neonatus semakin rendah seiring dengan semakin tingginya tingkat pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan. Menurut jenis pekerjaan, balita yang tidak pernah melakukan kunjungan neonatus tertinggi pada jenis pekerjaan petani/nelayan/buruh (42,6%) dan terendah pada kelompok pekerjaan pegawai (22,8%).

Tabel 3.13.10
 Persentase kunjungan neonatal lengkap (KN1, KN2, KN3) pada anak-anak umur 0-59 bulan
 menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Kategori Kunjungan Neonatal		
	Tidak Pernah KN	KN Tidak Lengkap	KN Lengkap
Kelompok Umur			
0 – 5 bulan	33,8	46,4	19,8
6 – 11 bulan	28,8	55,1	16,1
12 – 23 bulan	28,5	50,5	21,1
24 – 35 bulan	38,5	42,8	18,8
36 – 47 bulan	37,6	42,5	19,9
48 – 59 bulan	38,2	42,1	19,7
Jenis Kelamin			
Laki-laki	34,1	45,9	20,1
Perempuan	35,7	45,4	18,9
Pendidikan KK			
Tidak pernah sekolah	51,3	44,7	4,0
Tidak tamat SD	58,3	23,9	17,7
Tamat SD	38,1	44,2	17,7
Tamat SMP	30,1	50,9	19,0
Tamat SMA	22,1	53,7	24,2
Tamat D1-D3/PT	10,7	60,1	29,2
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	32,4	47,7	19,9
Pegawai	22,8	59,4	17,7
Wiraswasta	28,6	50,7	20,8
Petani/Nelayan/Buruh	42,6	38,4	19,1
Lainnya	24,7	49,8	25,5
Tempat Tinggal			
Perkotaan	24,5	58,1	17,4
Perdesaan	39,3	40,3	20,4
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	53,6	27,8	18,6
Menengah bawah	37,7	43,2	19,1
Menengah	37,1	46,5	16,4
Menengah Atas	23,1	55,3	21,6
Teratas	17,5	59,9	22,6

3.13.5. Perawatan tali pusar

Riskesdas 2013 menyediakan informasi tentang cara perawatan tali pusar bayi baru lahir. Menurut standar Asuhan Persalinan Normal (APN) tali pusar yang telah dipotong dan diikat, tidak diberi apa-apa. Sebelum metode APN diterapkan, tali pusar dirawat dengan alkohol atau antiseptik lainnya. Tabel 3.13.5.1 menyajikan persentase cara perawatan tali pusar pada anak umur 0-59 bulan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat. Dari tabel tersebut diketahui bahwa persentase cara perawatan tali pusar pada anak umur 0-59 bulan dengan tidak diberi apa-apa sebesar 16,8 persen, diberi betadine/alkohol sebesar 60,7 persen, diberi obat tabur sebesar 2,8 persen dan di beri ramuan/obat tradisional 19,7 persen. Persentase cara perawatan tali pusar pada anak umur 0-59 bulan dengan tidak diberi apa-apa tertinggi di Kabupaten Melawi (30,4%) dan terendah di Ketapang(3,3%). Sedangkan persentase cara perawatan tali pusar pada anak umur 0-59 bulan dengan diberi betadine/alkohol tertinggi di Kabupaten Landak (85,1%) dan terendah di Sambas(26,4%) (Tabel 3.13.11).

Tabel 3.13.11
Persentase cara perawatan tali pusar pada anak usia 0-59 bulan
menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Cara Perawatan Tali Pusar			
	Tidak diberi apa-apa	Diberi betadine/ alkohol	Diberi obat tabur	Diberi ramuan/ obat tradisional
Sambas	25,2	26,4	11,9	36,5
Bengkayang	11,6	71,5	2,9	14,0
Landak	14,9	85,1		
Pontianak	10,7	78,1		11,2
Sanggau	8,0	70,7		21,3
Ketapang	3,3	68,6		28,1
Sintang	28,4	53,3	0,3	18,1
Kapuas Hulu	11,9	58,0		30,1
Sekadau	10,8	40,0	3,8	45,5
Melawi	30,4	41,9	8,7	19,0
Kayong Utara	4,2	46,4	1,7	47,6
Kubu Raya	15,3	68,2	2,2	14,2
Kota Pontianak	29,9	64,7		5,3
Kota Singkawang	10,3	75,2	4,6	10,0
Provinsi Kalimantan Barat	16,8	60,7	2,8	19,7

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

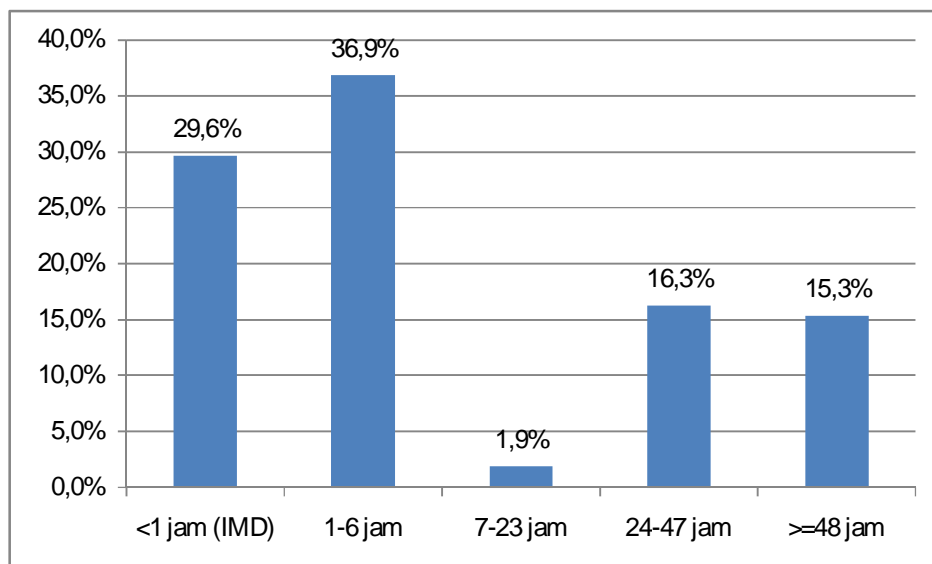
3.13.6. Pola pemberian ASI

Dalam Riskesdas 2013 dikumpulkan data tentang pola pemberian ASI dan pola pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada anak umur 0-23 bulan yang meliputi: proses mulai menyusu, inisiasi menyusu dini (IMD), pemberian kolostrum, pemberian makanan prelakteal, menyusu eksklusif, dan pemberian MP-ASI. Dalam buku ini ditampilkan proses menyusu dan menyusu eksklusif. Kriteria menyusu eksklusif ditegakkan bila anak umur 0-6 bulan hanya diberi ASI saja pada 24 jam terakhir dan tidak diberi makanan prelakteal.

Menyusui sejak dini mempunyai dampak yang positif baik bagi ibu maupun bayinya. Bagi bayi, menyusui mempunyai peran penting untuk menunjang pertumbuhan, kesehatan, dan kelangsungan hidup bayi karena ASI kaya dengan zat gizi dan antibodi. Sedangkan bagi ibu, menyusui dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas karena proses menyusui akan merangsang kontraksi uterus sehingga mengurangi perdarahan pasca melahirkan (*postpartum*).

Menyusui dalam jangka panjang dapat memperpanjang jarak kelahiran karena masa *amenorrhoe* lebih panjang. UNICEF dan WHO membuat rekomendasi pada ibu untuk menyusui eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya. Sesudah umur 6 bulan bayi baru dapat diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) dan ibu tetap memberikan ASI sampai anakberumur minimal 2 tahun. Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan juga merekomendasikan para ibu untuk menyusui eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya.

Gambar 3.13.10 menunjukkan kecenderungan proses mulai menyusu pada anak 0-23 bulan pada tahun 2013 di provinsi Kalimantan Barat. Gambar tersebut bahwa proses mulai menyusu (inisiasi menyusui dini) paling tinggi persentasenya pada anak usia 1-6 jam yaitu 36,9 persen dan paling rendah adalah proses mulai menyusu pada usia 7-23 jam yaitu sebesar 1,9 persen.



Gambar 3.13.10
Kecenderungan proses mulai menyusu pada anak umur 0-23 bulan,
Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

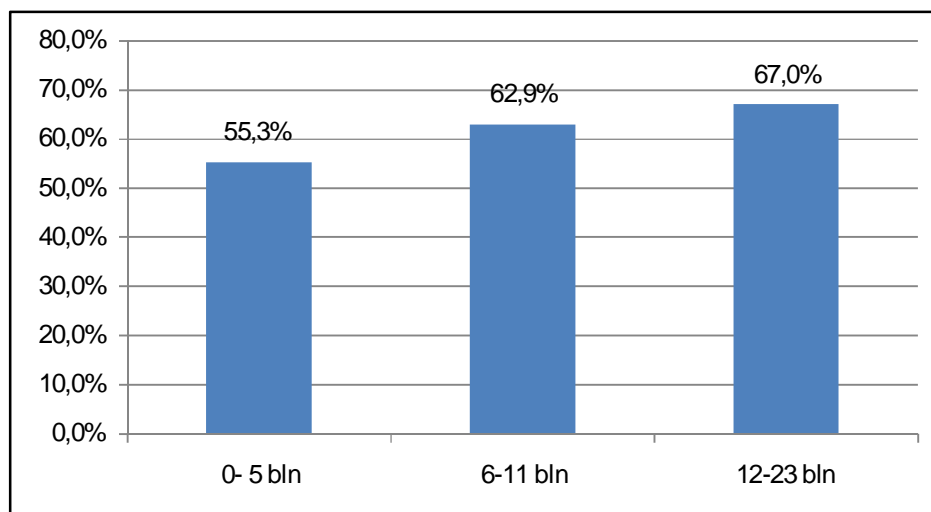
Persentase proses mulai menyusu pada anak umur 0-23 bulan menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat disajikan pada Tabel 3.13.12. Persentase proses mulai menyusu kurang dari satu jam (IMD) setelah bayi lahir adalah 29,6 persen, dengan persentase tertinggi di kabupaten Bengkayang (61,9%) dan terendah di Kota Singkawang (9,8%).

Tabel 3.13.12
 Persentase proses mulai menyusui pada anak usia 0-23 bulan
 menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Kategori Proses Mulai Menyusui				
	<1 Jam (IMD)	1-6 Jam	7-23 Jam	24-47 jam	≥48 jam
Sambas	49,2	23,8	2,5	13,2	11,3
Bengkayang	61,9	16,9	0,4	20,8	
Landak	38,6	56,3	1,6		3,5
Pontianak	21,1	43,6	2,5	15,5	17,4
Sanggau	16,4	73,6	2,7	3,4	3,9
Ketapang	14,4	46,8	6,0	17,6	15,2
Sintang	29,6	42,9	1,1	12,5	14,0
Kapuas Hulu	39,3	14,7		2,5	43,6
Sekadau	15,2	24,4		14,9	45,5
Melawi	35,9	29,4		13,0	21,7
Kayong Utara	29,0	23,9	4,7	34,3	8,2
Kubu Raya	21,8	19,6		43,6	15,0
Kota Pontianak	30,0	32,9	2,5	29,5	5,0
Kota Singkawang	9,8	47,9	2,1	6,5	33,8
Provinsi Kalimantan Barat	29,6	36,9	1,9	16,3	15,3

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

Gambar 3.13.11 menunjukkan bahwa persentase pemberian ASI saja dalam 24 jam terakhir semakin meningkat seiring meningkatnya umur bayi dengan persentase terendah pada anak umur 0-5 bulan (55,3%).

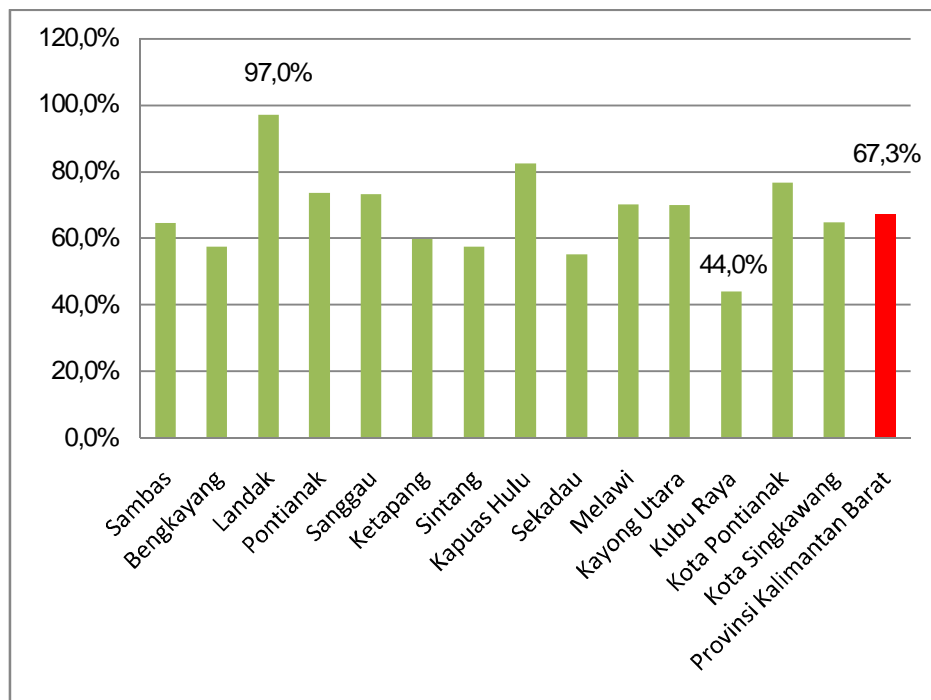


Gambar 3.13.11
 Pemberian ASI saja 24 jam terakhir menurut umur bayi 0-6 bulan
 di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.13.7. Cakupan vitamin A

Kapsul vitamin A diberikan setahun dua kali pada bulan Februari dan Agustus, sejak anak berumur 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.

Gambar 3.13.12 menunjukkan kecenderungan cakupan pemberian kapsul vitamin A pada anak 6-59 bulan menurut kabupaten/kota di propinsi Kalimantan Barat. Cakupan pemberian vitamin A di provinsi Kalimantan Barat menurut Riskesdas 2013 adalah 67,3 persen. Persentase anak umur 6-59 bulan yang menerima kapsul vitamin A selama enam bulan terakhir tertinggi di kabupaten Landak (97,0%) dan terendah di Kubu Raya (44,0%).



Gambar 3.13.12
Kecenderungan cakupan pemberian kapsul vitamin A pada anak 6-59 bulan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

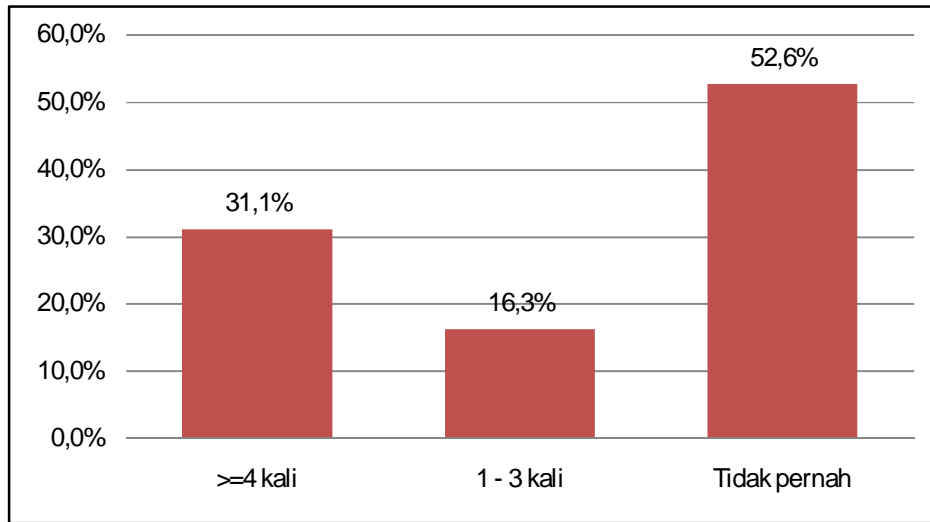
3.13.8. Pemantauan pertumbuhan

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

Pada Riskesdas 2013, informasi tentang pemantauan pertumbuhan anak diperoleh dari frekuensi penimbangan anak umur 6-59 bulan selama enam bulan terakhir. Idealnya dalam enam bulan anak balita ditimbang minimal enam kali.

Gambar 3.13.13 menunjukkan kecenderungan frekuensi pemantauan pertumbuhan anak umur 6-59 bulan dalam enam bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2013. Dari gambar tersebut terlihat bahwa frekuensi penimbangan ≥ 4 kali pada anak umur 6-59 bulan sebesar 31,1

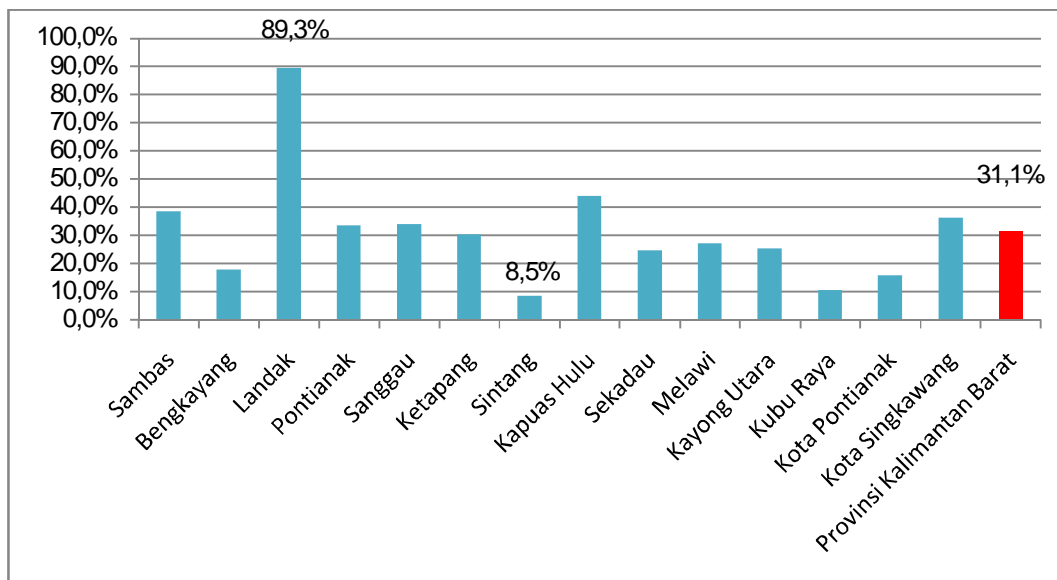
persen, sedangkan anak umur 6-59 bulan yang tidak pernah ditimbang dalam enam bulan terakhir sebesar 52,6 persen.



Gambar 3.13.13

Kecenderungan frekuensi pemantauan pertumbuhan anak umur 6-59 bulan dalam 6 bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.13.14 menyajikan kecenderungan frekuensi pemantauan pertumbuhan balita ≥ 4 kali dalam enam bulan terakhir menurut kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2013 sebesar 31,1 persen. Dari gambar tersebut terlihat bahwa frekuensi penimbangan anak umur 6-59 bulan selama enam bulan terakhir sebanyak ≥ 4 kali tertinggi di Kabupaten Landak (89,3%) dan terendah di Kabupaten Sintang (8,5%).



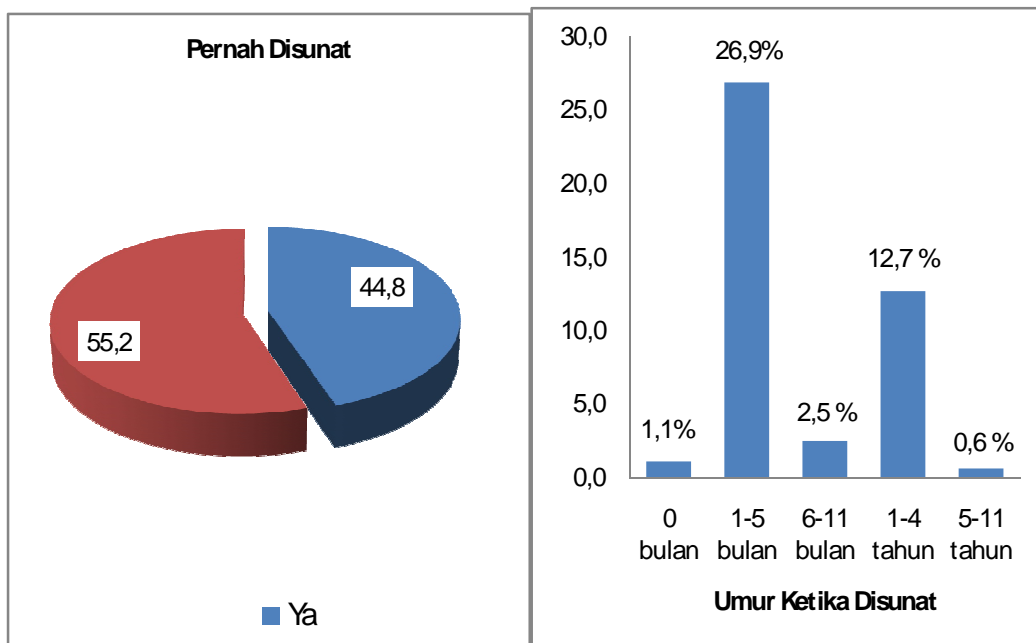
Gambar 3.13.14

Kecenderungan frekuensi pemantauan pertumbuhan balita ≥ 4 kali dalam 6 bulan terakhir menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.13.9 Sunat Perempuan

Riskesdas 2013 menyajikan data atau informasi tentang kebiasaan/perilaku sunat pada anak perempuan umur 0-11 tahun berupa presentase pernah disunat dan presentase kategori umur ketika disunat. Selain itu juga disajikan data tentang presentase orang yang menyarankan untuk melakukan sunat dan presentase yang melakukan sunat anak perempuan, keduanya disajikan lengkap dalam buku Riskesdas 2013 dalam Angka.

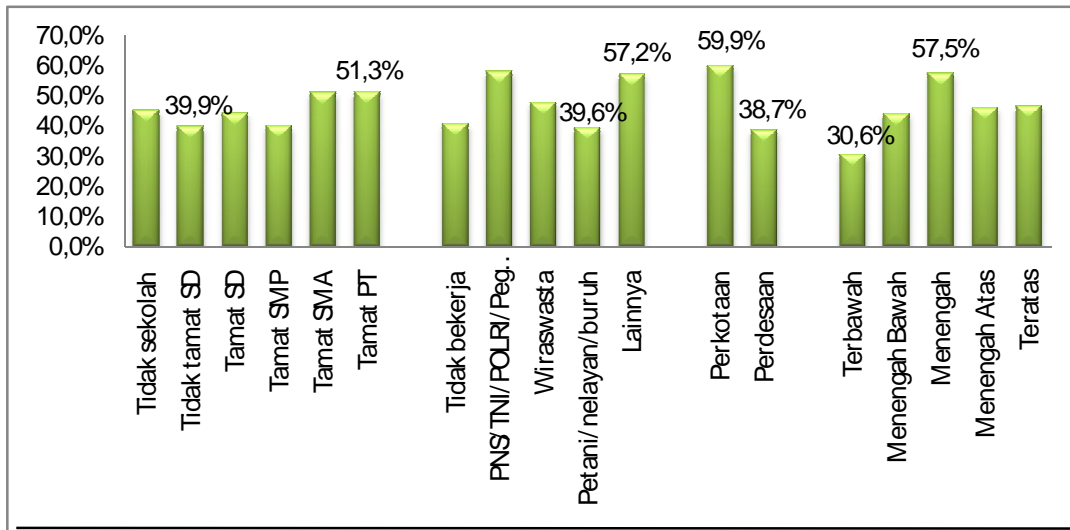
Persentase pernah disunat pada anak perempuan umur 0-11 tahun di Provinsi Kalimantan Barat disajikan pada Gambar 3.13.15 persentase pernah disunat pada anak perempuan umur 0-11 tahun sebesar 55,2 persen, dengan umur waktu disunat tertinggi ketika umur 1-5 bulan (26,9%), dan ada juga yang disunat ketika umur 6-11 bulan (2,5%), 1-4 tahun (12,7%), dan 5-11 tahun (0,6%). Persentase sunat tertinggi di Provinsi Kalimantan Barat adalah Kabupaten Sambas (83,9%) dan terendah di Kabupaten Landak (5,1%).



Gambar 3.13.15

Persentase anak perempuan umur 0-11 tahun yang pernah disunat dan umur ketika disunat di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.13.15 menyajikan persentase pernah disunat pada anak perempuan umur 0-11 tahun menurut karakteristik. Menurut pendidikan dan pekerjaan kepala RT, persentase pernah disunat pada anak perempuan umur 0-11 tahun bervariasi antar tingkat pendidikan, maupun jenis pekerjaan kepala RT. Persentase pernah disunat pada anak perempuan umur 0-11 tahun di perkotaan sebesar 59,9 persen, lebih tinggi daripada di perdesaan (38,7%). Menurut kuintil indeks kepemilikan, persentase terendah pernah disunat pada anak perempuan umur 0-11 tahun terdapat di kelompok kuintil terbawah (30,6%).

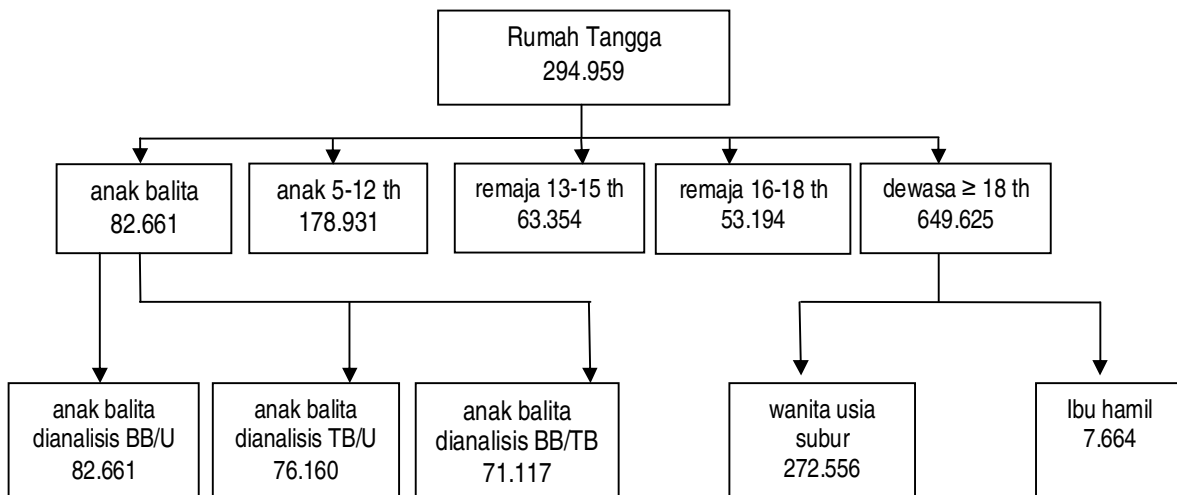


Gambar 3.13.16
 Persentase anak perempuan umur 0 - 11 tahun yang pernah disunat menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.14. Status Gizi

Uraian status gizi terdiri dari: (1) status gizi balita; (2) status gizi anak umur 5 – 18 tahun; (3) status gizi penduduk dewasa; (4) risiko kurang energi kronis (KEK); dan (5) wanita hamil risiko tinggi (risti). Selain itu disajikan juga gambaran kecenderungan status gizi hasil dari Riskesdas 2007, 2010, dan 2013. Informasi lengkap status gizi disajikan secara lengkap baik menurut kabupaten/kota maupun karakteristik di buku Riskesdas 2013 dalam angka Provinsi Kalimantan Barat.

Jumlah responden yang dianalisis untuk status gizi seperti skema berikut:



3.14.1. Status gizi anakbalita

3.14.1.1 Cara penilaian status gizi anak balita

Status gizi anak balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Berat badan anak balita ditimbang menggunakan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg, panjang atautinggi badan diukur menggunakan alat ukur panjang/tinggi dengan presisi 0,1 cm. Variabel BB dan TB/PB anak balita disajikan dalam bentuk tiga indeks antropometri, yaitu BB/U, TB/U, dan BB/TB.

Untuk menilai status gizi anak balita, maka angka berat badan dan tinggi badan setiap anak balita dikonversikan ke dalam nilai terstandar (Zscore) menggunakan baku antropometri anak balita WHO 2005. Selanjutnya berdasarkan nilai Zscore dari masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi anak balita dengan batasan sebagai berikut :

a. Klasifikasi status gizi berdasarkan indeks BB/U :

Gizi Buruk	: Zscore < -3,0
Gizi Kurang	: Zscore \geq -3,0 s/d Zscore < -2,0
Gizi Baik	: Zscore \geq -2,0

b. Klasifikasi status gizi berdasarkan indikator TB/U:

Sangat pendek	: Zscore < -3,0
Pendek :	: Zscore \geq -3,0 s/d Zscore < -2,0
Normal	: Zscore \leq -2,0

c. Klasifikasi status gizi berdasarkan indikator BB/TB:

Sangat kurus	: Zscore < -3,0
Kurus	: Zscore \geq -3,0 s/d Zscore < -2,0
Normal	: Zscore \geq -2,0 s/d Zscore \leq 2,0
Gemuk	: Zscore > 2,0

d. Klasifikasi status gizi berdasarkan gabungan indikator TB/U dan BB/TB:

Pendek-kurus	: Zscore TB/U < -2,0 dan Zscore BB/TB < -2,0
Pendek-normal	: Zscore TB/U < -2,0 dan Zscore BB/TB antara -2,0 s/d 2,0
Pendek-gemuk	: Zscore \geq -2,0 s/d Zscore \leq 2,0
TB Normal-kurus	: Zscore TB/U \geq -2,0 dan Zscore BB/TB < -2,0
TB Normal-normal	: Zscore TB/U \geq -2,0 dan Zscore BB/TB antara -2,0 s/d 2,0
TB Normal-gemuk	: Zscore TB/U \geq -2,0 dan Zscore BB/TB > 2,0

Perhitungan angka prevalensi dilakukan sebagai berikut:

Berdasarkan indikator BB/U:

Prevalensi gizi buruk	: $(\sum \text{Balita gizi buruk} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi gizi kurang	: $(\sum \text{Balita gizi kurang} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi gizi baik	: $(\sum \text{Balita gizi baik} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$

Berdasarkan indikator TB/U

Prevalensi sangat pendek	:	$(\sum \text{Balita sangat pendek} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi pendek	:	$(\sum \text{Balita pendek} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi normal	:	$(\sum \text{Balita normal} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$

Berdasarkan indikator BB/TB:

Prevalensi sangat kurus	:	$(\sum \text{Balita sangat kurus} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi kurus	:	$(\sum \text{Balita kurus} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi normal	:	$(\sum \text{Balita normal} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi gemuk	:	$(\sum \text{Balita gemuk} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$

Berdasarkan gabungan indikator TB/U dan BB/TB

Prevalensi pendek-kurus	:	$(\sum \text{Balita pendek-kurus} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi pendek-normal	:	$(\sum \text{Balita pendek-normal} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi pendek-gemuk	:	$(\sum \text{Balita pendek-gemuk} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi TB normal-kurus	:	$(\sum \text{Balita normal-kurus} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi TB normal-normal	:	$(\sum \text{Balita normal-normal} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$
Prevalensi TB normal-gemuk	:	$(\sum \text{Balita normal-gemuk} / \sum \text{Balita}) \times 100\%$

Dalam laporan ini ada beberapa istilah status gizi yang digunakan, yaitu:

Berat Kurang	:	istilah untuk gabungan gizi buruk dan gizi kurang (<i>underweight</i>)
Pendek	:	istilah untuk gabungan sangat pendek dan pendek (<i>stunting</i>)
Kurus	:	istilah untuk gabungan sangat kurus dan kurus (<i>wasting</i>)

3.14.1.2 Sifat-sifat indikator status gizi

Indikator status gizi berdasarkan indeks BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara umum. Indikator ini tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis ataupun akut karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Indikator BB/U yang rendah dapat disebabkan karena pendek (masalah gizi kronis) atau sedang menderita diare atau penyakit infeksi lain (masalah gizi akut).

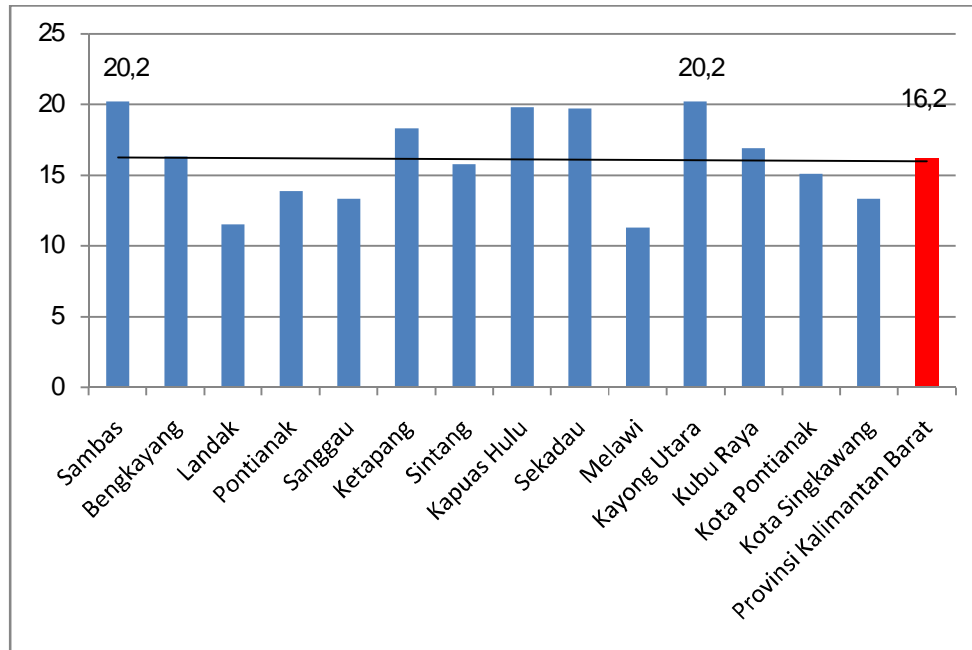
Indikator status gizi berdasarkan indeks TB/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama. Misalnya: kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat, dan pola asuh/pemberian makan yang kurang baik dari sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi pendek.

Indikator status gizi berdasarkan indeks BB/TB memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tidak lama (singkat). Misalnya: terjadi wabah penyakit dan kekurangan makan (kelaparan) yang mengakibatkan anak menjadi kurus. Indikator BB/TB dan IMT/U dapat digunakan untuk identifikasi kurus dan gemuk. Masalah kurus dan gemuk pada umur dini dapat berakibat pada risiko berbagai penyakit degeneratif pada saat dewasa (Teori Barker).

Masalah gizi akut-kronis adalah masalah gizi yang memiliki sifat masalah gizi akut dan kronis. Sebagai contoh adalah anak yang kurus dan pendek.

3.14.1.3 Status gizi balita menurut indikator BB/U

Gambar 3.14.1 menyajikan prevalensi gizi buruk-kurang menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat. Prevalensi gizi buruk-kurang pada Riskesdas tahun 2013 adalah 16,2 persen. Diantara 14 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, 7 kabupaten/kota memiliki prevalensi gizi buruk-kurang di atas angka prevalensi provinsi yaitu berkisar antara 20,2 persen sampai dengan 16,3 persen. Urutan ke 8 kabupaten/kota tersebut dari yang tertinggi sampai terendah adalah (1) kabupaten Sambas; (2) kabupaten Kayong Utara; (3) kabupaten Kapuas Hulu; (4) Kabupaten Sekadau; (5) kabupaten Ketapang; (6) Kabupaten Kubu Raya dan (7) kabupaten Bengkayang.

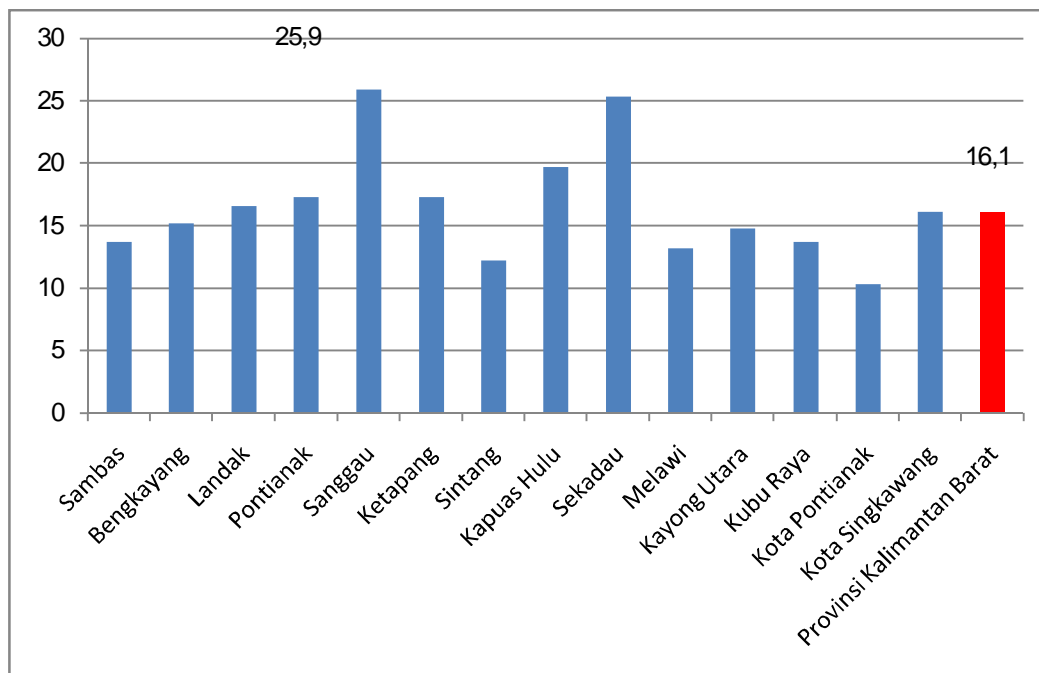


Gambar 3.14.1
Kecenderungan prevalensi status gizi BB/U <-2SD menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.14.1.4 Status gizi anak balita berdasarkan indikator TB/U

Gambar 3.14.2 menyajikan prevalensi pendek (*stunting*) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2013. Prevalensi pendek di Provinsi Kalimantan Barat menurut data Riskesdas tahun 2013 adalah 16,1 persen.

Terdapat 6 kabupaten/kota yang memiliki prevalensi pendek di atas Provinsi Kalimantan Barat dengan urutan dari prevalensi tertinggi (25,9%) sampai terendah (16,6%), yaitu: (1) Kabupaten Sanggau, (2) Kabupaten Sekadau, (3) Kabupaten Kapuas Hulu, (4) Kabupaten Ketapang, (5) Kabupaten Pontianak, dan (6) Kabupaten Landak.



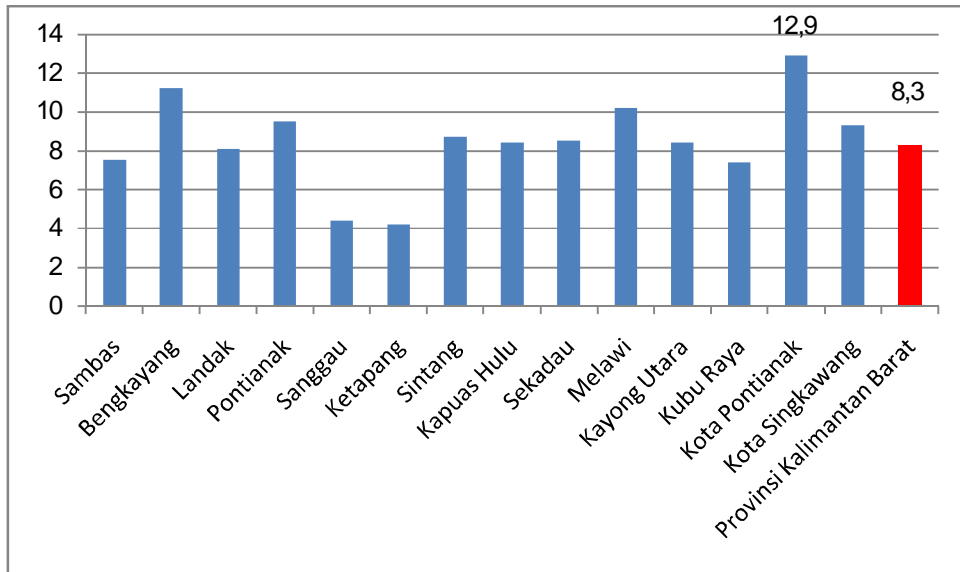
Gambar 3.14.2
Kecenderungan prevalensi status gizi TB/U <-2 SD menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.14.1.5. Status gizi anak balita berdasarkan indikator BB/TB

Gambar 3.14.3 menyajikan prevalensi kurus menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat. Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah keadaan sangat kurus yaitu anak dengan nilai Zscore <-3,0 SD. Prevalensi sangat kurus di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2013 masih cukup tinggi yaitu 8,3 persen.

Terdapat 9 kabupaten/kota dimana prevalensi kurus diatas angka Provinsi Kalimantan Barat, dengan urutan dari prevalensi tertinggi (12,9%) sampai terendah (8,4%), adalah: (1) Kota Pontianak, (2) Kabupaten Bengkayang, (3) Kabupaten Melawi, (4) Kabupaten Pontianak, (5) Kota Singkawang, (6) Kabupaten Sintang, (7) Kabupaten Sekadau, (8) Kabupaten Kayong Utara, dan (9) Kabupaten Kapuas Hulu.

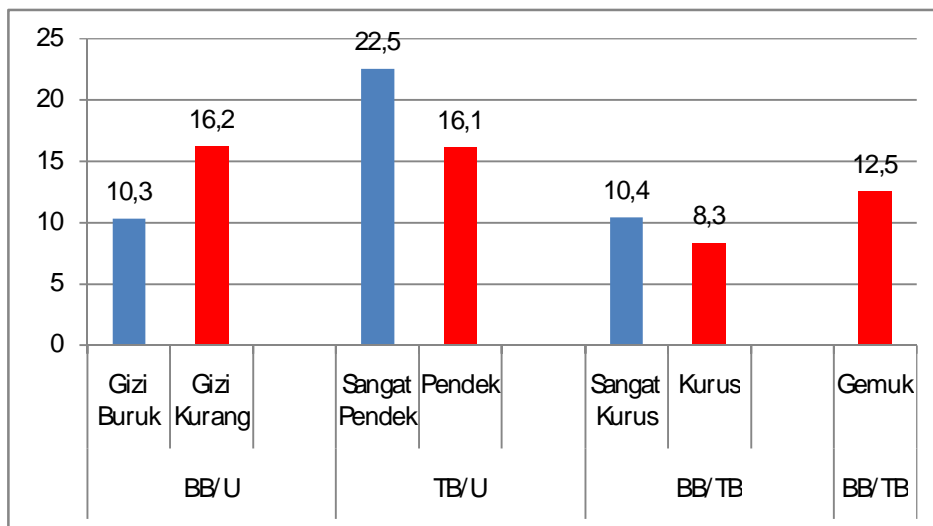
Pada tahun 2013 prevalensi gemuk di Provinsi Kalimantan Barat adalah 12,5 persen. Terdapat 4 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat yang memiliki masalah anak gemuk di atas angka provinsi dengan urutan prevalensi tertinggi (20,5%) sampai terendah (15,2%), yaitu: (1) Kabupaten Sambas, (2) Kabupaten Kubu Raya, (3) Kota Pontianak, dan (4) Kabupaten Melawi. (Gambar 3.14.3)



Gambar 3.14.3
Kecenderungan prevalensi status gizi BB/TB <-2 SD menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.14.1.6 Prevalensi Status Gizi Anak Balita Tahun 2013

Gambar 3.14.4 menyajikan prevalensi status gizi anak balita menurut ketiga indeks BB/U, TB/U dan BB/TB di provinsi Kalimantan Barat pada Riskesdas 2013. Prevalensi gizi buruk sebesar 10,3 persen dan prevalensi gizi kurang sebesar 16,2 persen. Prevalensi sangat pendek lebih tinggi (22,5%) daripada prevalensi pendek (16,1%). Prevalensi sangat kurus sebesar 10,4 persen dan prevalensi kurus sebesar 8,3 persen. Sedangkan prevalensi gemuk di provinsi Kalimantan Barat sebesar 12,5 persen.



Gambar 3.14.4.
Prevalensi gizi kurang, pendek, kurus, dan gemuk pada balita di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.14.1.7 Status gizi anakbalita berdasarkan gabungan indikator TB/U dan BB/TB

Secara lebih rinci, data status gizi anak balita menurut provinsi disajikan pada buku Riskesdas 2013 dalam angka tabel 3.14.1 sampai 3.14.3, dan data status gizi anak balita menurut karakteristik penduduk dapat dilihat pada buku yang sama tabel 3.14.15. sampai tabel 3.14.17.

3.14.2 Status gizi anak umur 5-18 tahun

Status gizi anak umur 5-18 tahun dikelompokkan menjadi tiga kelompok umur yaitu 5-12 tahun, 13-15 tahun dan 16-18 tahun. Indikator status gizi yang digunakan untuk kelompok umur ini didasarkan pada hasil pengukuran antropometri berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) yang disajikan dalam bentuk tinggi badan menurut umur (TB/U) dan Indeks Massa Tubuh menurut umur (IMT/U).

Berdasarkan baku antropometri WHO 2007 untuk anak umur 5-18 tahun, status gizi ditentukan berdasarkan nilai Zscore TB/U dan IMT/U. Selanjutnya berdasarkan nilai Zscore ini status gizi anak dikategorikan sebagai berikut:

Klasifikasi indikator TB/U:

Sangat pendek	: Zscore < -3,
Pendek	: Zscore \geq -3,0 s/d < -2,0
Normal	: Zscore \geq -2,0

Klasifikasi indikator IMT/U:

Sangat kurus	: Zscore < -3,0
Kurus	: Zscore \geq -3,0 s/d < -2,0
Normal	: Zscore \geq -2,0 s/d \leq 1,0
Gemuk	: Zscore > 1,0 s/d \leq 2,0
Obesitas	: Zscore > 2,0

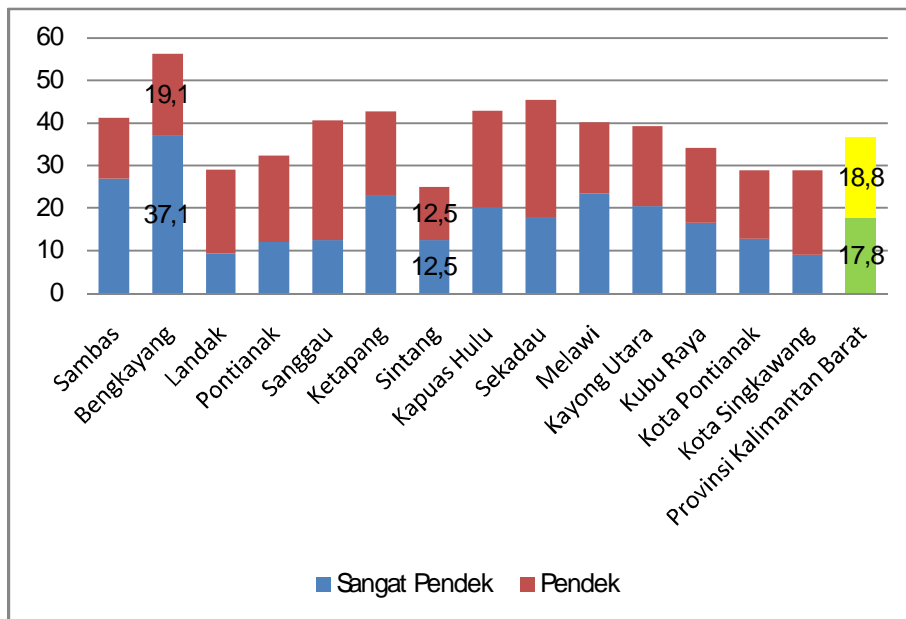
Secara keseluruhan, prevalensi pendek (TB/U) pada anak umur 5-12 tahun menurut karakteristik responden di provinsi Kalimantan Barat disajikan pada Tabel 3.14.1. Pada anak laki-laki, prevalensi pendek (17,6%) lebih rendah jika dibandingkan dengan anak perempuan (18,0%)

Tabel 3.14.1
Prevalensi status gizi (TB/U) usia 5 – 12 tahun menurut karakteristik responden
di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Status Gizi Menurut TB/U		
	Sangat Pendek (%)	Pendek (%)	Normal (%)
Jenis Kelamin			
Laki-laki	17,6	19,1	63,3
Perempuan	18,0	18,5	63,5
Tempat Tinggal			
Perkotaan	13,2	18,0	68,8
Perdesaan	19,7	19,1	61,2
Pendidikan KK			
Tidak pernah sekolah	22,9	22,0	55,1
Tidak tamat SD/MI	26,0	22,3	51,6
Tamat SD/MI	17,6	19,5	63,0
Tamat SLTP/MTS	14,4	17,1	68,6
Tamat SLTA/MA	14,9	16,9	68,3
Tamat D1/D2/D3/PT	12,1	13,1	74,9
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	16,4	20,1	63,5
Pegawai	15,2	15,5	69,2
Wiraswasta	12,9	19,6	67,4
Petani/nelayan/buruh	20,8	19,3	59,8
Lainnya	10,1	18,0	71,9
Kuintil Indeks kepemilikan			
Terbawah	24,6	19,9	55,5
Menengah bawah	18,8	20,9	60,3
Menengah	13,2	18,3	68,4
Menengah atas	15,7	17,5	66,8
Teratas	15,1	16,5	68,5

3.14.2.1 Status gizi anak umur 5 – 12 tahun

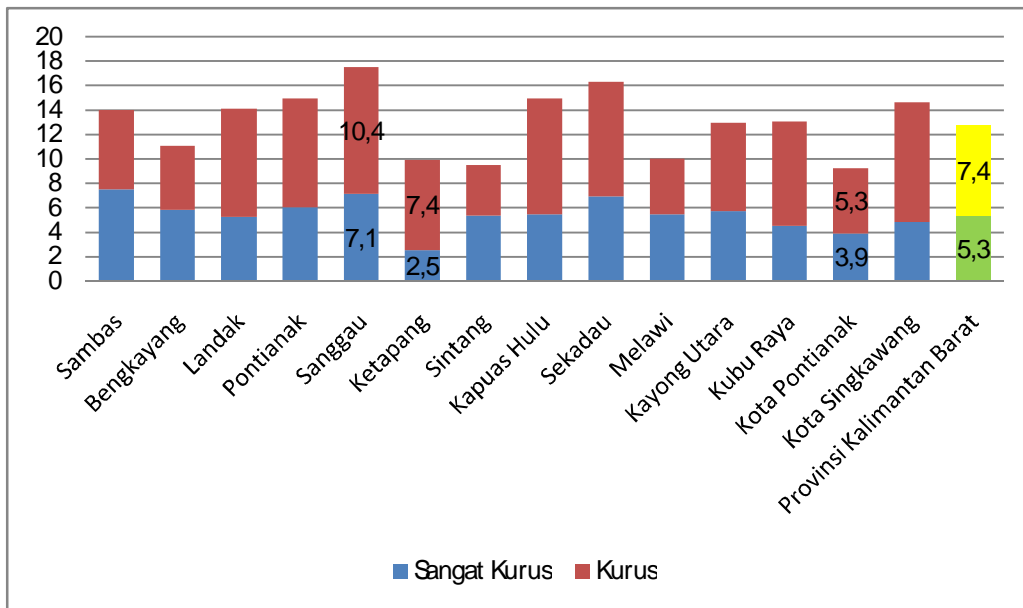
Gambar 3.14.5 menunjukkan prevalensi pendek pada anak umur 5-12 tahun menurut kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Barat adalah 17,8 persen sangat pendek dan 18,8 persen pendek. Prevalensi pendek terendah terdapat di Kabupaten Sintang (12,5%) dan tertinggi di kabupaten Sanggau (28,0 %).



Gambar 3.14.5
Prevalensi pendek anak umur 5 – 12 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

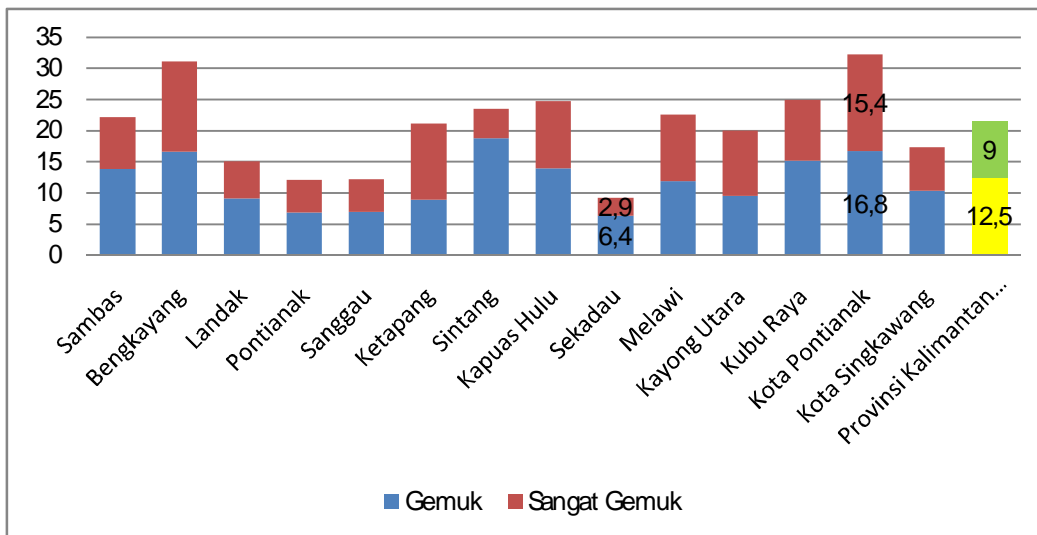
Sebanyak 9 kabupaten/kota memiliki prevalensi pendek di atas prevalensi provinsi Kalimantan Barat yaitu Kabupaten Sanggau, Kabupaten Sekadau, Kabupaten Kapuas Hulu, Kabupaten Pontianak, Kota Singkawang, Kabupaten Ketapang, Kabupaten Landak, Kabupaten Bengkayang dan Kabupaten Kayong Utara.

Gambar 3.14.6 menunjukkan bahwa prevalensi status gizi (menurut IMT/U) pada anak umur 5-12 tahun di Provinsi Kalimantan Barat adalah 5,3 persen sangat kurus dan 7,4 persen kurus. Prevalensi kurus paling rendah terdapat di Kabupaten Sintang (4,2%) dan paling tinggi di Kabupaten Sanggau (10,4%). Sebanyak 7 Kabupaten/kota memiliki prevalensi kurus diatas prevalensi Provinsi Kalimantan Barat, yaitu Kabupaten Sanggau, Kota Singkawang, Kabupaten Kapuas Hulu, Kabupaten Sekadau, Kabupaten Landak, Kabupaten Pontianak dan Kabupaten Kubu Raya.



Gambar 3.14.6
Prevalensi kurus (IMT/U) anak umur 5 – 12 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Prevalensi gemuk pada anak umur 5-12 tahun di Provinsi Kalimantan Barat sebesar 12,5 persen, sedangkan prevalensi sangat gemuk sebesar 9,0 persen. Prevalensi gemuk terendah ada di Kabupaten Sekadau (6,4%) dan tertinggi di Kabupaten Sintang (18,7%). Sebanyak 6 Kabupaten/Kota memiliki prevalensi gemuk diatas prevalensi Provinsi Kalimantan Barat, yaitu kabupaten Sintang, Kota Pontianak, Kabupaten Bengkayang, Kabupaten Kubu Raya, Kabupaten Kapuas Hulu dan Kabupaten Sambas.

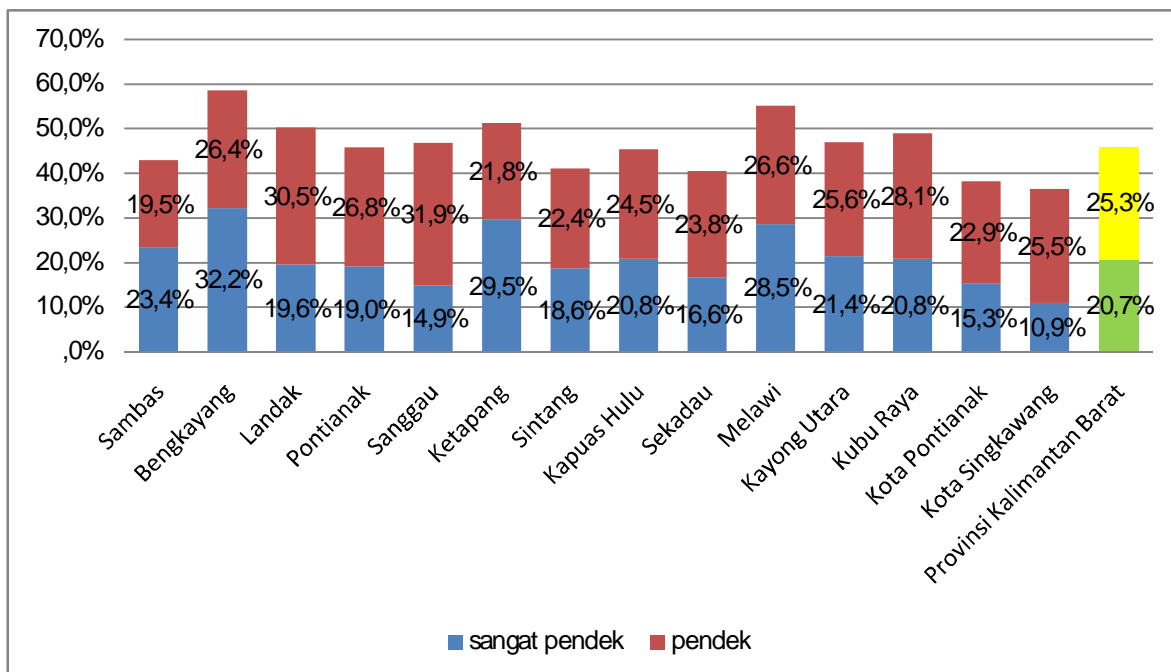


Gambar 3.14.7
Prevalensi gemuk & sangat gemuk anak umur 5 – 12 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Lebih rinci, data status gizi anak umur 5-12 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat disajikan pada buku Riskesdas 2013 dalam angka tabel 3.14.2.1 dan 3.14.2.3, serta data status gizi menurut karakteristik penduduk dapat dilihat pada buku yang sama pada tabel 3.14.2.2 sampai tabel 3.14.2.4.

3.14.2.2 Status gizi remaja umur 13 -15 tahun

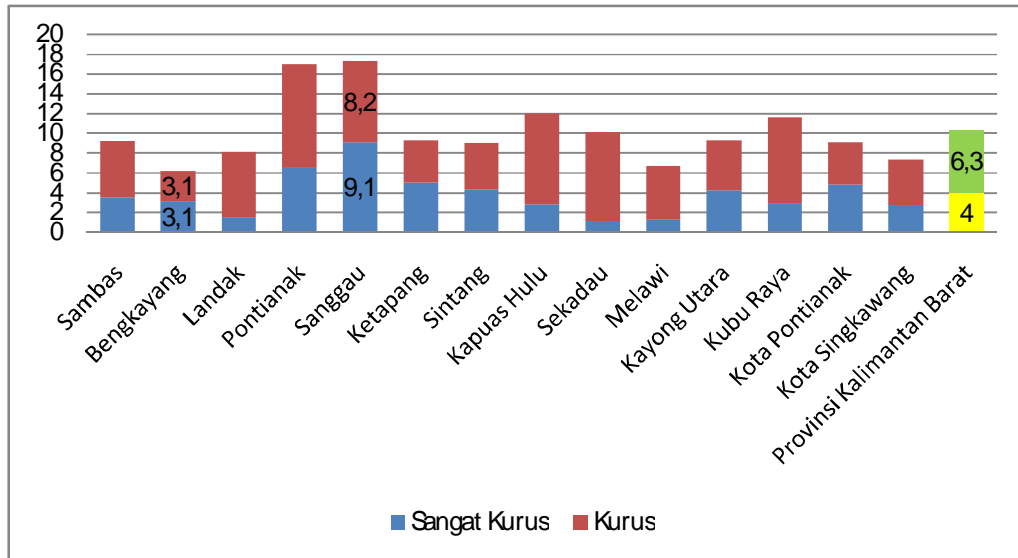
Sama halnya dengan anak 5-12 tahun, untuk kelompok 13-15 tahun penilaian status gizi berdasarkan TB/U dan IMT/U. Gambar 3.14.8. menyajikan prevalensi pendek pada remaja umur 13-15 tahun. Prevalensi pendek pada remaja di provinsi Kalimantan Barat sebesar 25,3 persen dan prevalensi sangat pendek sebesar 20,7 persen. Prevalensi pendek terendah di ada di Kabupaten Sambas (19,5 %) dan tertinggi di Kabupaten Sanggau (31,9%). Sebanyak 8 Kabupaten/Kota dengan prevalensi pendek diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Sanggau, Kabupaten Landak, Kabupaten Kubu Raya, Kabupaten Pontianak, Kabupaten Melawi, Kabupaten Bengkayang, Kabupaten Kayong Utara dan Kota Singkawang.



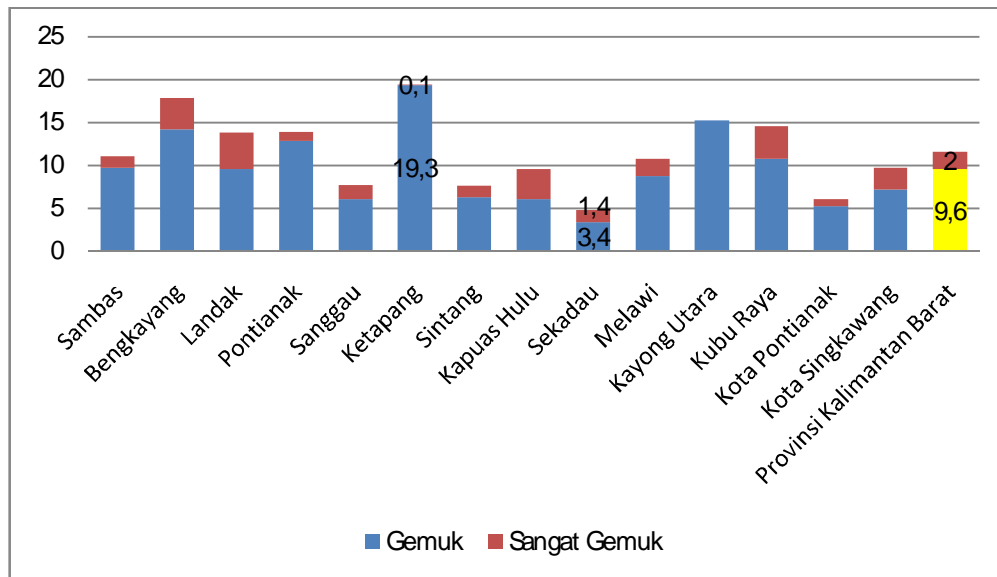
Gambar 3.14.8
Prevalensi pendek remaja umur 13 – 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.14.9 menunjukkan prevalensi kurus dan sangat kurus pada remaja umur 13-15 tahun di Provinsi Kalimantan Barat adalah 6,3 persen kurus dan 4,0 persen sangat kurus. Prevalensi kurus terlihat paling rendah di Kabupaten Bengkayang (3,1%) dan paling tinggi di Kabupaten Pontianak (10,5%). Sebanyak 6 Kabupaten/Kota mempunyai prevalensi remaja kurus (IMT/U) diatas prevalensi Provinsi Kalimantan Barat, yaitu Kabupaten Pontianak, Kabupaten Kapuas Hulu, Kabupaten Sekadau, Kabupaten Kubu Raya dan Kabupaten Sanggau. Prevalensi gemuk pada remaja umur 13-15 tahun di Provinsi Kalimantan Barat sebesar 9,6 persen, sedangkan prevalensi sangat gemuk (obesitas) sebesar 2,0 persen (Gambar 3.14.10). Sebanyak 6 Kabupaten/Kota dengan prevalensi gemuk diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Ketapang, Kabupaten Kayong Utara, Kabupaten Bengkayang, Kabupaten Pontianak, Kabupaten Kubu Raya

dan Kabupaten Sambas. Kabupaten dengan prevalensi gemuk terendah adalah di Kabupaten Sekadau (3,3%) dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Ketapang (19,3%).



Gambar 3.14.9
Prevalensi kurus (IMT/U) remaja umur 13 – 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

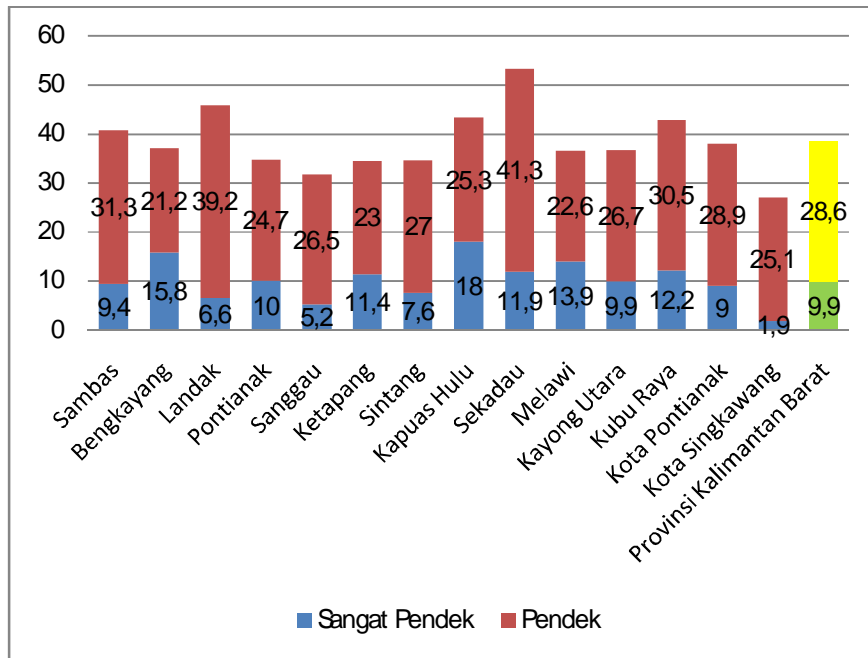


Gambar 3.14.10
Prevalensi status gizi gemuk dan sangat gemuk (IMT/U) remaja umur 13 – 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Secara lebih rinci, data status gizi remaja umur 13-15 tahun menurut provinsi disajikan pada Buku 2 tabel 3.14.3.1 dan 3.14.3.3, dan menurut karakteristik penduduk dapat dilihat pada Buku 2 tabel 3.14.3.2 dan 3.14.3.4.

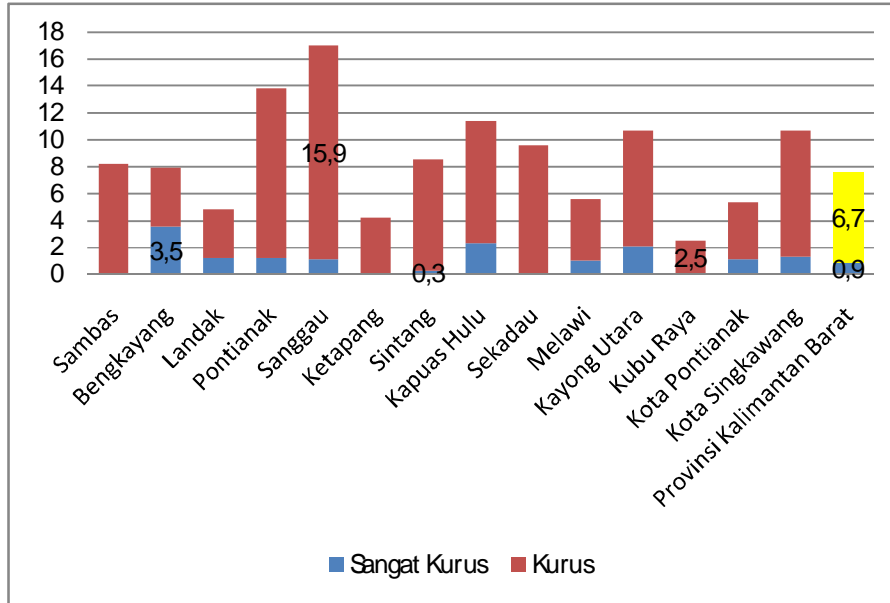
3.14.2.3 Status gizi remaja umur 16 – 18 tahun

Gambar 3.14.10 menyajikan status gizi remaja umur 16–18 tahun di Provinsi Kalimantan Barat. Prevalensi pendek untuk remaja umur 16-18 tahun adalah 28,6 persen, sedangkan prevalensi sangat pendek sebesar 9,9 persen. Sebanyak 5 Kabupaten/Kota dengan prevalensi pendek diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Sekadau, Kabupaten Landak, Kabupaten Sambas, Kabupaten Kubu Raya dan Kota Pontianak. Kabupaten dengan prevalensi pendek terendah adalah Kabupaten Bengkayang (21,2%) dan prevalensi pendek tertinggi di Kabupaten Sekadau (41,3%).



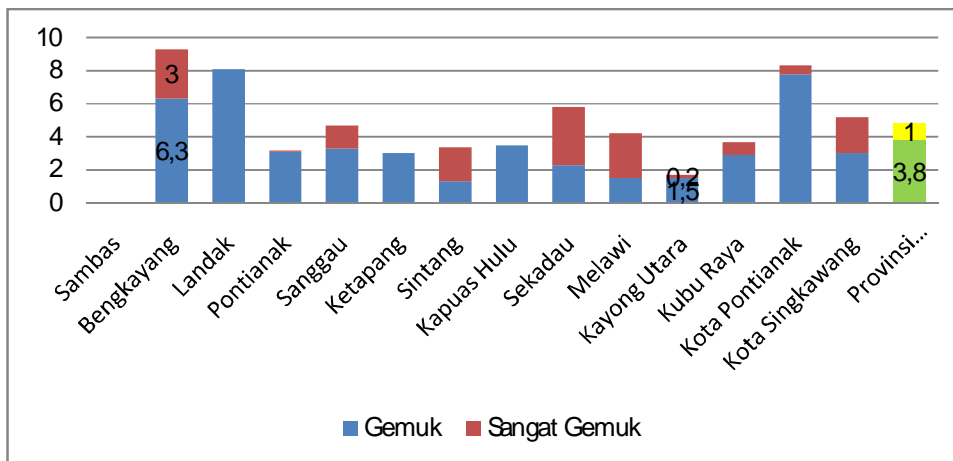
Gambar 3.14.10
Prevalensi pendek (TB/U) remaja umur 16 – 18 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.14.11 menyajikan prevalensi kurus pada remaja umur 16-18 tahun di Provinsi Kalimantan Barat. Prevalensi kurus dan sangat kurus pada remaja umur 16-18 tahun adalah 6,7 persen dan 0,9 persen. Sebanyak 8 Kabupaten/Kota dengan prevalensi kurus diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Sanggau, Kabupaten pontianak, Kabupaten Sekadau, Kota Singkawang, Kabupaten Kapuas Hulu, Kabupaten Kayong Utara, Kabupaten Sintang dan Kabupaten Sambas. Kabupaten dengan prevalensi kurus terendah adalah Kubu Raya (2,5%) dan prevalensi kurus tertinggi di Kabupaten Sanggau (15,9%).



Gambar 3.14.11
Prevalensi kurus (IMT/U) remaja umur 16 – 18 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Prevalensi gemuk dan sangat gemuk pada remaja umur 16–18 tahun di provinsi Kalimantan Barat sebesar 3,8 persen dan 1,0 persen. Kabupaten dengan prevalensi gemuk tertinggi adalah Landak (8,1%) dan prevalensi gemuk terendah adalah Kabupaten Sintang (1,3%). Tiga Kabupaten/Kota dengan prevalensi gemuk diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Landak, Kota Pontianak dan Kabupaten Bengkayang.



Gambar 3.14.12
Prevalensi status gizi gemuk (IMT/U) remaja umur 16 – 18 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Secara lebih rinci, data status gizi remaja umur 16-18 tahun menurut provinsi disajikan pada buku dua tabel 3.14.4.1 dan 3.14.4.3, dan menurut karakteristik penduduk dapat dilihat pada buku Riskesdas 2013 dalam angka tabel 3.14.4.2. sampai tabel 3.14.4.4.

3.14.3 Status gizi dewasa

Status gizi dewasa penduduk berumur >18 tahun terdiri dari 1. status gizi menurut Indeks Masa Tubuh (IMT) dan kecenderungan komposit TB dan IMT/U; 2. status gizi menurut lingkar perut (LP); 3. risiko kurang energi kronis (KEK) wanita usia subur wanita hamil dan tidak hamil; 4. wanita hamil risiko tinggi (TB<150 cm).

3.14.3.1 Status gizi dewasa (>18 tahun) menurut indeks masa tubuh (IMT)

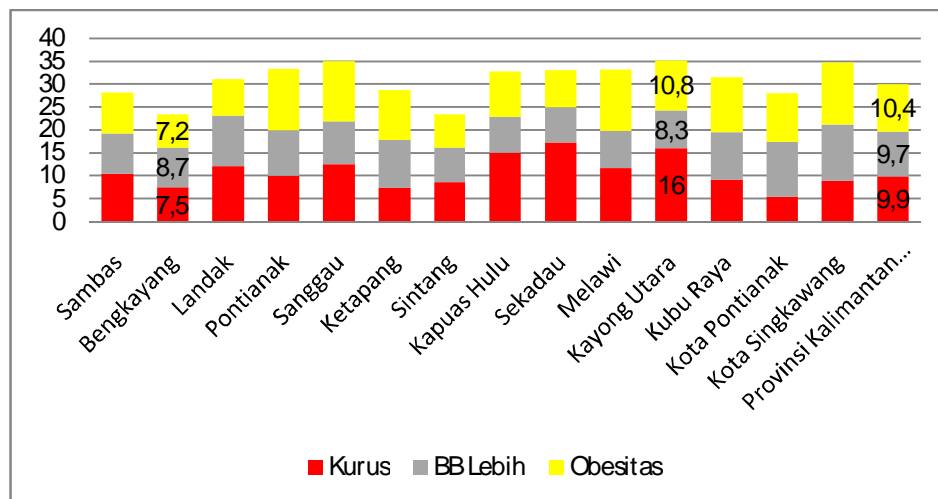
Status gizi menurut Indeks Massa Tubuh (IMT) dinilai dengan rumus perhitungan IMT adalah sebagai berikut:

$$IMT = \text{Berat Badan (kg)} \div \text{Tinggi Badan (cm)}^2$$

Batasan IMT yang digunakan untuk menilai status gizi penduduk dewasa adalah sebagai berikut:

Kategori kurus	IMT < 18,5
Kategori normal	IMT ≥18,5 - <24,9
Kategori BB lebih	IMT ≥25,0 - <27,0
Kategori obesitas	IMT ≥27,0

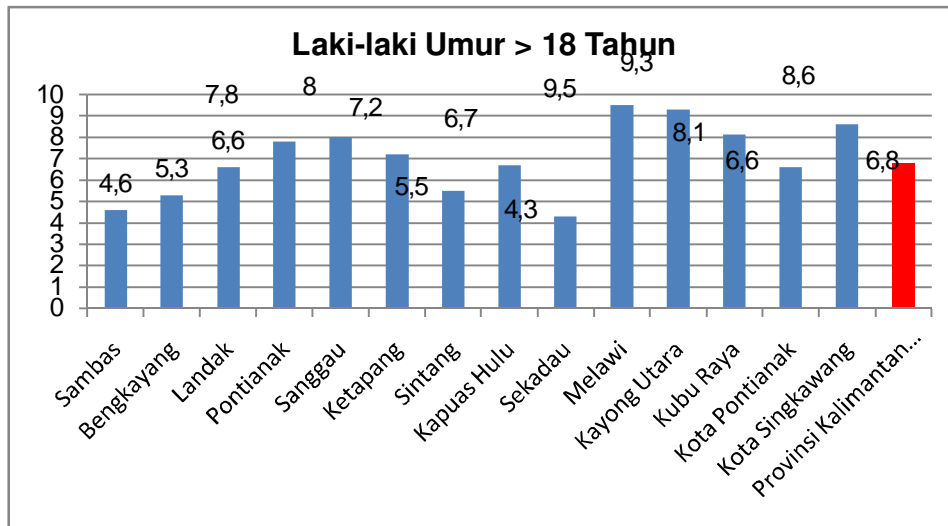
Gambar 3.14.13 menyajikan prevalensi penduduk umur dewasa kurus, gizi lebih dan obesitas menurut IMT/U di masing masing Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat. Prevalensi penduduk dewasa kurus 9,9 persen, berat badan lebih 9,7 persen dan obesitas 10,4 persen. Prevalensi penduduk kurus terendah terdapat di Kota Pontianak (5,4%) dan prevalensi kurus tertinggi di Kabupaten Sekadau (17,2%). Delapan Kabupaten/Kota dengan prevalensi penduduk dewasa kurus diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Sekadau, Kabupaten Kayong Utara, Kabupaten Kapuas Hulu, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Landak, Kabupaten Melawi, Kabupaten Sambas dan Kabupaten Pontianak. Prevalensi penduduk obesitas terendah ada di Kabupaten Bengkayang (7,2%) dan prevalensi obesitas tertinggi di Kota Singkawang (13,5%). Delapan Kabupaten/Kota dengan prevalensi penduduk obesitas diatas prevalensi provinsi, yaitu Kota Singkawang, Kabupaten Melawi, Kabupaten Pontianak, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Kubu Raya, Kabupaten Ketapang, Kabupaten Kayong Utara dan Kota Pontianak.



Gambar 3.14.13

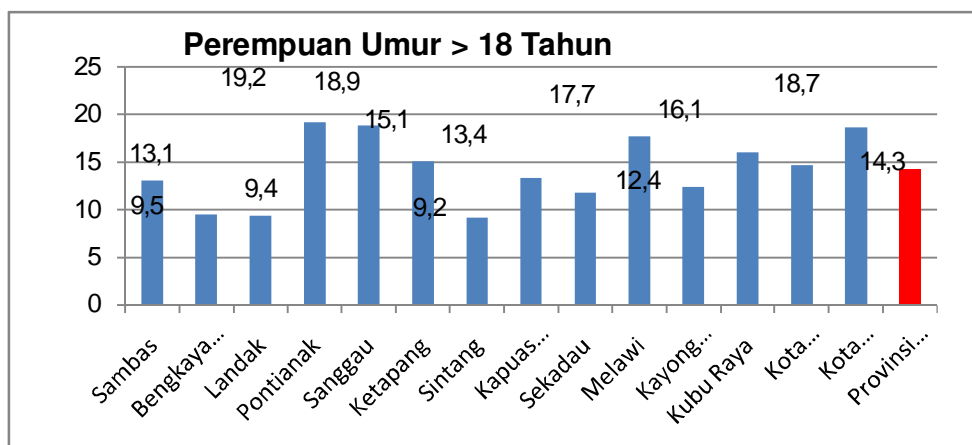
Prevalensi status gizi kurus, BB lebih, Obesitas penduduk dewasa (>18 tahun) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.14.14 menyajikan kecenderungan prevalensi obesitas penduduk laki-laki dewasa (> 18 tahun) di masing-masing Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Barat. Prevalensi penduduk laki-laki dewasa obesitas pada tahun 2013 sebanyak 6,8 persen. Prevalensi obesitas terendah ada di Kabupaten Sekadau (4,3%) dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Melawi (9,5%). Terdapat 7 Kabupaten/Kota dengan prevalensi obesitas diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Melawi, Kabupaten Kayong Utara, Kota Singkawang, Kabupaten Kubu Raya, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Pontianak dan Kabupaten Ketapang.



Gambar 3.14.14
Kecenderungan prevalensi obesitas (IMT>25) pada laki-laki umur > 18 tahun di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Prevalensi obesitas perempuan dewasa (> 18 tahun) di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2013 sebesar 14,3 persen (Gambar 3.14.15). Prevalensi obesitas perempuan dewasa terendah ada di Kabupaten Sintang (9,2%), dan prevalensi obesitas tertinggi di Kabupaten Pontianak (19,2%). Tujuh Kabupaten/Kota dengan prevalensi obesitas perempuan dewasa di atas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Pontianak, Kabupaten Sanggau, Kota Singkawang, Kabupaten Melawi, Kabupaten Kubu Raya, Kabupaten Ketapang dan Kota Pontianak.

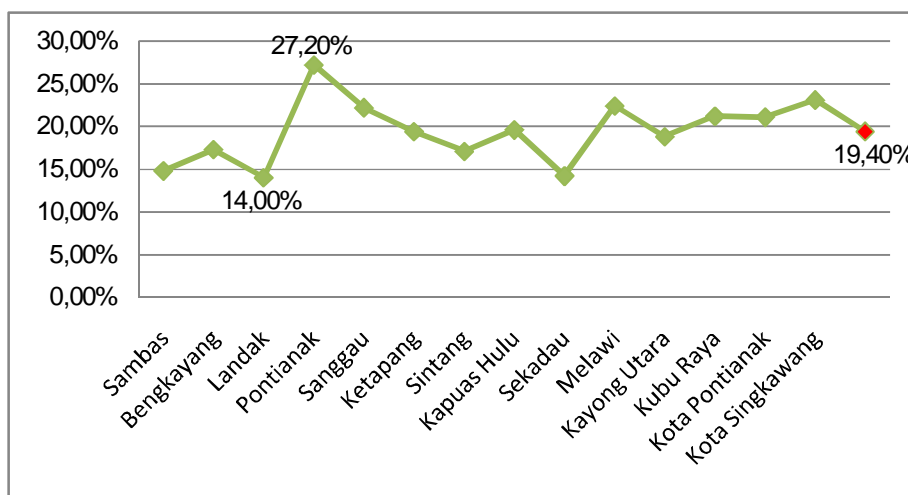


Gambar 3.14.15
Kecenderungan prevalensi obesitas (IMT>25) pada perempuan umur > 18 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.14.3.2 Status gizi dewasa berdasarkan indikator lingkaran perut (LP)

Gambar 3.14.16 menyajikan informasi prevalensi obesitas sentral penduduk umur ≥ 15 tahun menurut Kabupaten/Kota di provinsi Kalimantan Barat. Obesitas sentral dianggap sebagai faktor risiko yang berkaitan erat dengan beberapa penyakit degeneratif/kronis. Untuk laki-laki dengan LP >90 cm atau perempuan dengan LP >80 cm dinyatakan sebagai obesitas sentral (WHO Asia-Pasifik, 2005).

Prevalensi obesitas sentral di Provinsi Kalimantan Barat adalah 19,4 persen. Prevalensi obesitas sentral terendah ada di Kabupaten Landak (14,0%) dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Pontianak (27,2%). Sebanyak 8 Kabupaten/Kota memiliki prevalensi obesitas sentral di atas angka prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Pontianak, Kota Singkawang, Kabupaten Melawi, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Kubu Raya, Kota Pontianak, Kabupaten Kapuas Hulu dan Kota Singkawang.



Gambar 3.14.16
Kecenderungan prevalensi obesitas sentral penduduk umur ≥ 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

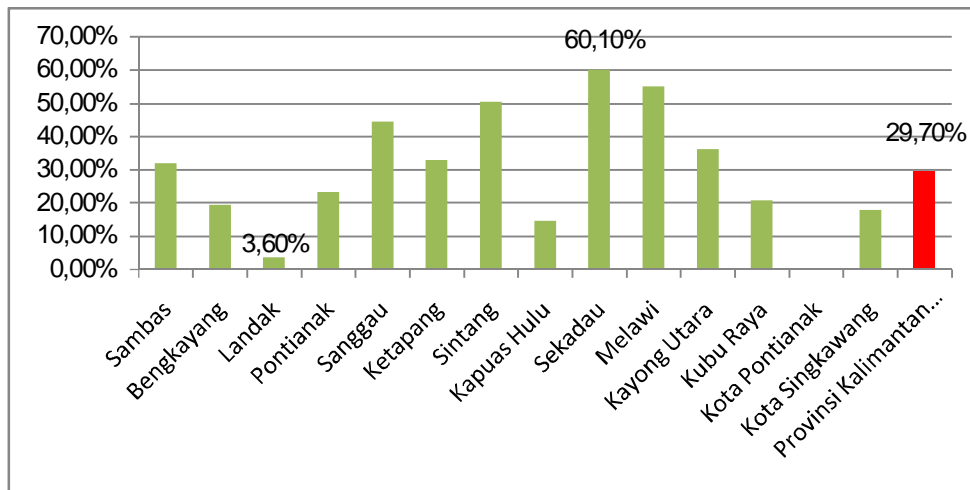
Secara lebih rinci, data status gizi penduduk dewasa (>18 tahun) menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat disajikan pada Buku 2 tabel 3.14.5.1 dan 3.14.5.3, dan menurut karakteristik penduduk dapat dilihat pada Buku Riskesdas 2013 dalam Angka tabel 3.14.5.2. sampai tabel 3.14.5.4.

3.14.3.3 Status Risiko KEK pada WUS15 – 49 tahun

Gambar 3.14.16 dan Gambar 3.14.17 menyajikan informasi masalah kurang energi kronis (KEK) pada wanita usia subur (WUS) dan wanita hamil yang berumur 15-49 tahun, berdasarkan indikator Lingkaran Lengan Atas (LILA). Untuk menggambarkan adanya risiko (KEK) dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi pada wanita hamil dan WUS digunakan ambang batas nilai rerata LILA $<23,5$ cm.

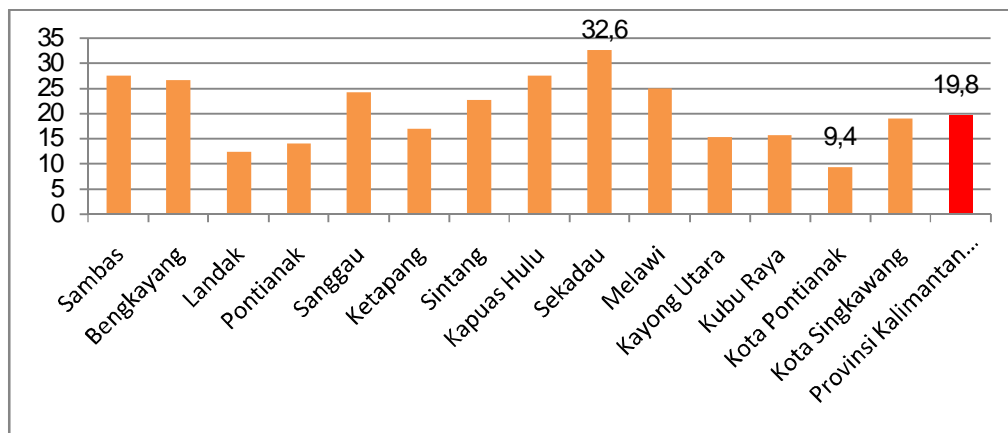
Tabel 3.14.16 menyajikan prevalensi risiko KEK penduduk wanita hamil umur 15 – 49 tahun, menurut Kabupaten/Kota di provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2013, yaitu sebesar 29,7 persen. Prevalensi risiko KEK terendah pada wanita hamil umur 15-19 tahun terdapat di Kabupaten Landak (3,6%) dan KEK tertinggi ada di Kabupaten Sekadau (60,1%). Sebanyak 7 Kabupaten/Kota dengan prevalensi risiko KEK diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten

Sekadau, Kabupaten Melawi, Kabupaten Sintang, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Kayong Utara, Kabupaten Ketapang dan Kabupaten Sambas.



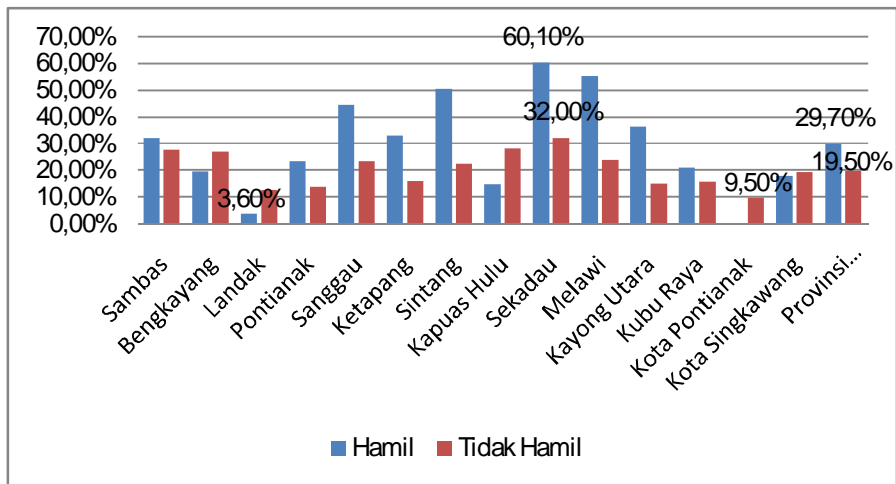
Gambar 3.14.16
Prevalensi risiko KEK wanita hamil umur 15-49 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.14.17 menunjukkan prevalensi risiko KEK wanita usia subur (WUS) di Provinsi Kalimantan Barat, yaitu sebesar 19,8 persen. Prevalensi KEK wanita usia subur terendah terdapat di Kota Pontianak (9,4%) dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Sekadau (32,6%). Tujuh Kabupaten/Kota dengan prevalensi risiko KEK wanita usia subur diatas prevalensi provinsi, yaitu Kabupaten Sekadau, Kabupaten Sambas, Kabupaten Kapuas Hulu, Kabupaten Bengkayang, Kabupaten Melawi, Kabupaten Sanggau, dan Kabupaten Sintang.



Gambar 3.14.17
Prevalensi risiko KEK wanita usia subur (WUS) 15 – 49 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

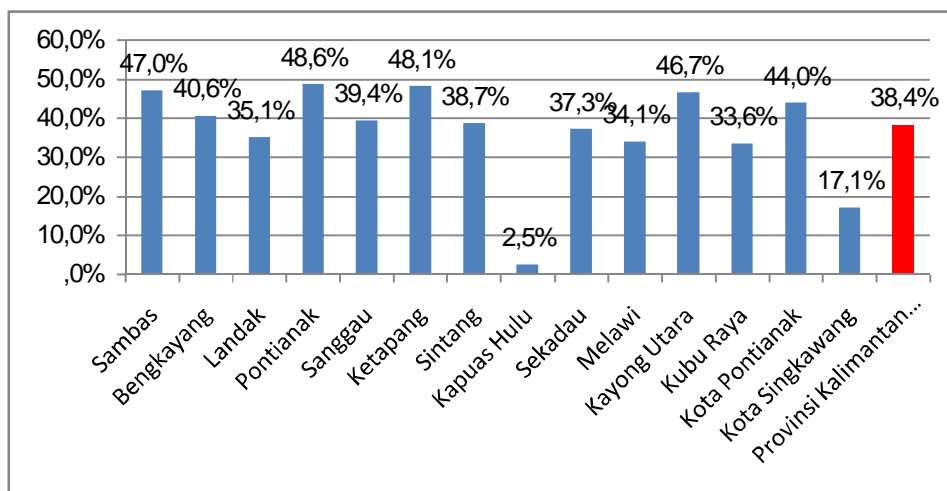
Gambar 3.14.18 menyajikan prevalensi wanita usia subur risiko kurang energi kronis (KEK) di provinsi Kalimantan Barat tahun 2013, yaitu 29,7 persen pada wanita hamil dan 19,5 persen pada wanita tidak hamil. Prevalensi KEK terendah pada wanita hamil dan tidak hamil adalah sebesar 3,6 persen (Kabupaten Landak) dan 9,5 persen (Kota Pontianak). Sedangkan prevalensi KEK tertinggi pada wanita hamil dan wanita tidak hamil terdapat di Kabupaten Sekadau, yaitu sebesar 60,1 persen dan 32,0 persen.



Gambar 3.14.18
Prevalensi wanita usia subur risiko kurang energi kronis (KEK),
Menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.14.3.4 Wanita hamil berisiko tinggi

Pada Riskesdas 2013 disajikan prevalensi wanita hamil berisiko tinggi yaitu wanita hamil dengan tinggi badan < 150 cm (WHO 2007). Gambar 3.14.19 menyajikan prevalensi wanita hamil berisiko tinggi di provinsi Kalimantan Barat, yaitu sebesar 38,4 persen. Prevalensi wanita hamil berisiko tinggi terendah terdapat di Kabupaten Kapuas Hulu (2,5%) dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Pontianak (48,6%). Delapan Kabupaten/Kota dengan prevalensi di atas provinsi, yaitu Kabupaten Pontianak, Kabupaten Ketapang, Kabupaten Sambas, Kabupaten Kayong Utara, Kota Pontianak, Kabupaten Bengkayang, Kabupaten Sanggau dan Kabupaten Sintang.



Gambar 3.14.19
Prevalensi wanita hamil berisiko tinggi (tinggi badan < 150 cm)
menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

3.15. Kesehatan Indera

Sistem indera merupakan salah satu sistem yang sangat berperan dalam mengoptimalkan proses perkembangan setiap individu. Sejak bayi sistem indera merupakan alat utama manusia untuk mengumpulkan berbagai informasi visual, audio, olfaktoris, rasa, dan fisik. Informasi visual ditangkap oleh mata (indera penglihatan), informasi audio ditangkap oleh telinga (indera pendengaran), informasi olfaktoris diterima oleh hidung (indera penciuman), informasi rasa ditangkap oleh lidah (indera perasa) dan informasi fisik diterima melalui permukaan kulit (indera peraba). Sekitar 90 persen informasi berupa informasi visual dan audio, yang dikumpulkan melalui indera penglihatan dan pendengaran. Pengukuran fungsi indera yang lazim dilakukan secara objektif adalah pengukuran fungsi penglihatan (tajam penglihatan/visus) dan fungsi pendengaran (tajam pendengaran).

Data nasional yang menggambarkan besaran masalah gangguan indera penglihatan dan pendengaran terakhir dikumpulkan antara tahun 1993-1997 dan belum diperbarui hingga saat ini. Riskesdas 2007 bermaksud menyediakan data tentang prevalensi kebutaan yang lebih mutakhir, tetapi karena metoda pengumpulan data masih dianggap tidak adekuat oleh organisasi profesi, maka data angka kebutaan yang dihasilkan dari Riskesdas 2007 juga dinilai kontroversial. Pada Riskesdas 2007, data termutakhir untuk prevalensi gangguan pendengaran masyarakat tidak dikumpulkan.

Riskesdas 2013 kembali mengumpulkan data prevalensi kebutaan dengan metoda yang serupa dengan Riskesdas 2007, tetapi sudah disempurnakan dan merupakan hasil diskusi dengan organisasi profesi. Organisasi profesi Persatuan Dokter Spesialis Mata Indonesia (PERDAMI) dan Perhimpunan Dokter Spesialis Telinga Hidung Tenggorok Indonesia (PERHATI) juga melengkapi Riskesdas dengan studi validasi yang akan dilaksanakan segera setelah semua data Riskesdas 2013 terkumpul. Studi validasi tersebut dimaksudkan untuk memperkuat reliabilitas pengukuran prevalensi kebutaan dan ketulian dalam survei nasional berbasis komunitas.

3.15.1 Kesehatan mata

Data yang dikumpulkan untuk mengetahui indikator kesehatan mata pada Riskesdas 2013 meliputi pengukuran tajam penglihatan menggunakan kartu *tumbling-E* (dengan dan tanpa *pin-hole*) pada responden umur 6 tahun keatas pemeriksaan segmen anterior mata terhadap responden semua umur. Pemeriksaan visus dan observasi morbiditas permukaan mata dilakukan di luar ruangan dengan sumber cahaya matahari, tetapi pemeriksaan lensa dilakukan dalam ruangan redup dengan bantuan *pen-light*. Pemeriksaan visus dilakukan dengan jarak pengukuran 6 atau 3 meter, dengan kartu E yang dapat diputar ke segala arah (*tumbling E*) disesuaikan dengan tinggi mata responden yang diperiksa. Responden yang sakit berat dan tidak memungkinkan untuk duduk dan diperiksa visus dieksklusi dalam penghitungan prevalensi kebutaan, begitu pula responden yang menolak atau tidak dapat bekerja sama dengan tim enumerator.

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus dengan atau tanpa kaca mata/lensa kontak koreksi. Kebutaan didefinisikan sebagai visus pada mata terbaik <3/60 atau dengan kata lain buta bilateral. *Severe low vision* didefinisikan sebagai visus pada mata terbaik <6/60-3/60 atau mencakup *severe low vision* bilateral dan buta unilateral yang disertai *severe low vision* unilateral. Prevalensi pterygium, kekeruhan kornea, dan katarak dihitung berdasarkan hasil pemeriksaan dan observasi nakes pada semua responden tanpa batasan umur.

Keterbatasan pengumpulan data visus adalah tidak dilakukannya koreksi visus, tetapi dilakukan pemeriksaan visus tanpa *pin-hole* dan jika visus tidak normal (kurang dari 6/6 atau 20/20) dilanjutkan dengan pemeriksaan dengan *pin-hole*, seperti yang dilakukan saat Riskesdas 2007. Keterbatasan pengumpulan data prevalensi morbiditas permukaan mata dan lensa adalah kemampuan klinis pengumpul data (enumerator) yang bervariasi dalam menilai permukaan mata

dan lensa menggunakan alat bantu *pen-light*, sehingga prevalensi pterygium, kekeruhan kornea, serta katarak cenderung kurang valid.

3.15.1.1 Prevalensi kebutaan dan *severe low vision*

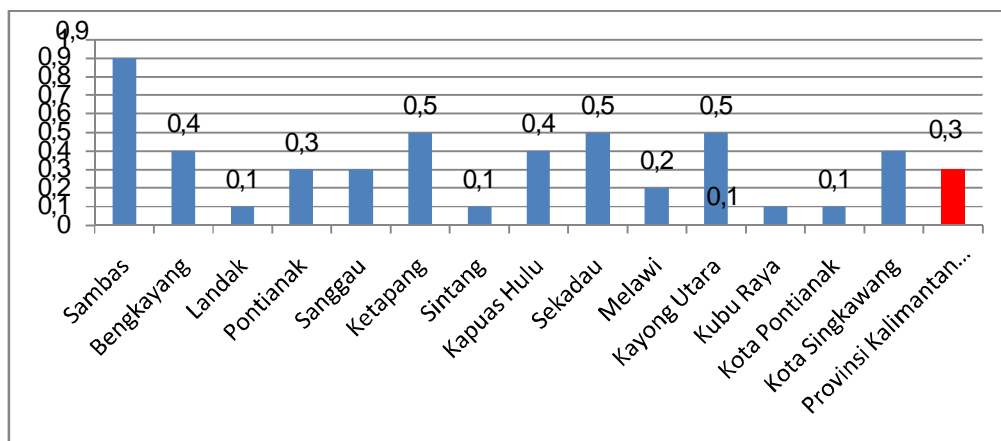
Terdapat perbedaan metoda pengukuran tajam penglihatan/visus antara Riskesdas 2007 yang menggunakan Snellen *chart* dan Riskesdas 2013 yang menggunakan *tumbling E*, peraga yang lebih sederhana daripada Snellen *chart* dan mempunyai keterbatasan mengidentifikasi visus dengan rentang tertentu, bukan visus satu nilai seperti Snellen *chart*. *Tumbling E* jauh lebih mudah digunakan dan dilaporkan cukup spesifik mengidentifikasi adanya gangguan penglihatan (Limburg, 2001), sedangkan Snellen *chart* lebih detail, perlu waktu pemeriksaan lebih lama, dan format pelaporan angka ukuran visus yang lebih rumit.

Alat yang dipergunakan untuk pemeriksaan visus adalah tali pengukur jarak sepanjang 6 meter, satu set kartu *tumbling E* (ukuran besar untuk visus 6/60, sedang untuk visus 6/18, dan kecil untuk visus 6/6), serta penutup mata dengan *pin-hole*. Disediakan 6 pilihan jawaban untuk kategori visus, yaitu:

1. Dapat melihat E kecil (jarak 6m)
2. Tidak dapat melihat E kecil, tetapi dapat melihat E sedang (jarak 6m)
3. Tidak dapat melihat E sedang, tetapi dapat melihat E besar (jarak 6m)
4. Tidak dapat melihat E besar (jarak 6m), tetapi dapat melihat E besar (jarak 3m)
5. Tidak dapat melihat E besar pada jarak 3m
6. Tidak diperiksa

Interpretasi kode visus tiap mata adalah sebagai berikut: kode 1 berarti visus normal (6/6), kode 2 berarti gangguan visus ringan (visus kurang dari 6/6 sampai 6/18), kode 3 berarti *low vision* (visus kurang dari 6/18 sampai 6/60), kode 4 berarti *severe low vision* (kurang dari 6/60 sampai 3/60) dan kode 5 berarti buta (kurang dari 3/60). Visus tidak diperiksa jika responden berumur 6 tahun keatas, tetapi tidak kooperatif, atau tidak memungkinkan untuk diperiksa visusnya, seperti responden dengan kelainan jiwa berat atau mereka yang mengalami kelumpuhan total.

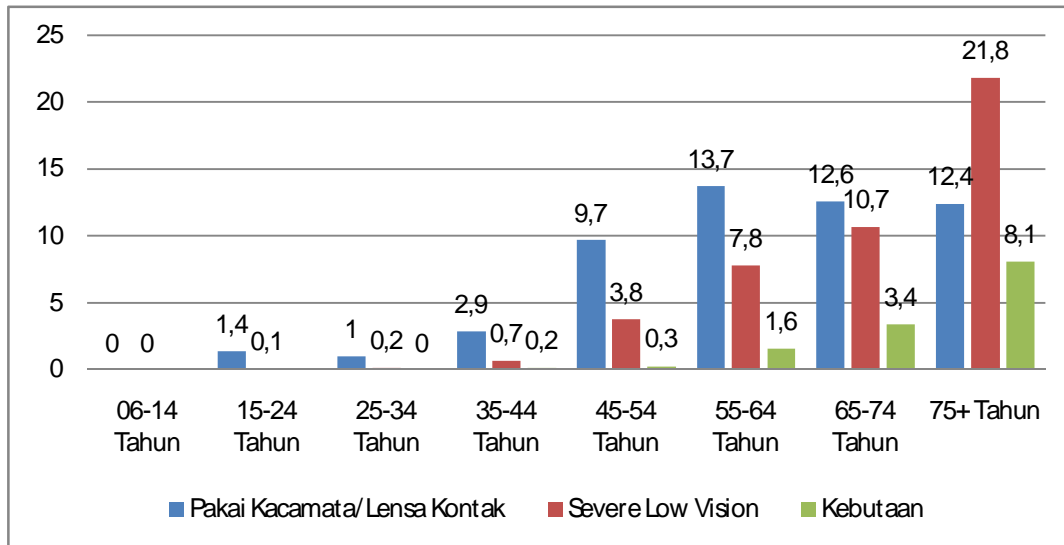
Responden umur 6 tahun keatas yang memenuhi kriteria untuk dianalisis berjumlah 924.780 orang.



Gambar 3.15.1

Prevalensi kebutaan pada responden umur ≥ 6 tahun tanpa/dengan koreksi optimal menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013.

Gambar 3.15.1 menunjukkan prevalensi kebutaan pada responden umur ≥ 6 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, yaitu sebesar 0,3 persen. Prevalensi kebutaan penduduk umur 6 tahun keatas tertinggi ditemukan di Kabupaten Sambas (0,9%) diikuti Ketapang (0,5%), Sekadau (0,5%), Kayong Utara (0,5%), Bengkayang (0,4%) dan Kapuas Hulu (0,4%).



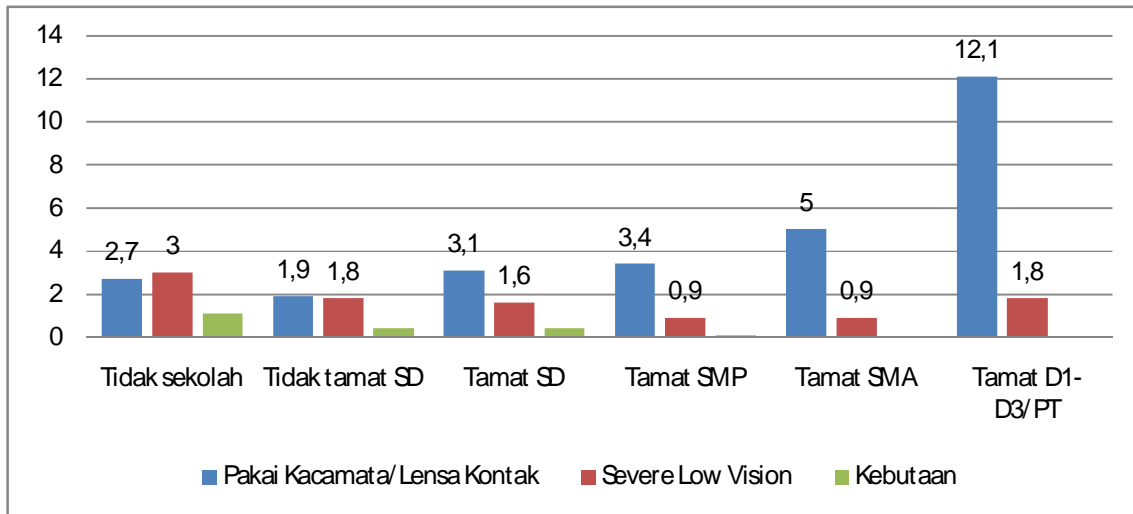
Gambar 3.15.2

Prevalensi pemakaian kaca mata/lensa kontak, *severe low vision*, dan kebutaan menurut kelompok umur di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.15.2 memperlihatkan kecenderungan kepemilikan dan pemakaian alat bantu/koreksi penglihatan jauh (kaca mata atau lensa kontak) meningkat sesuai pertambahan umur, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 55-64 tahun, tetapi menurun kembali pada kelompok penduduk lanjut usia (65 tahun keatas). Hal ini mungkin berkaitan dengan produktivitas penduduk lanjut usia yang cenderung menurun, sehingga kebutuhan memiliki penglihatan jarak jauh yang optimal juga berkurang. Dengan kata lain, penduduk lanjut usia merasa cukup dengan kualitas penglihatan jarak jauh yang kurang baik karena mereka masih dapat melakukan aktivitas sosial harian tanpa gangguan yang bermakna.

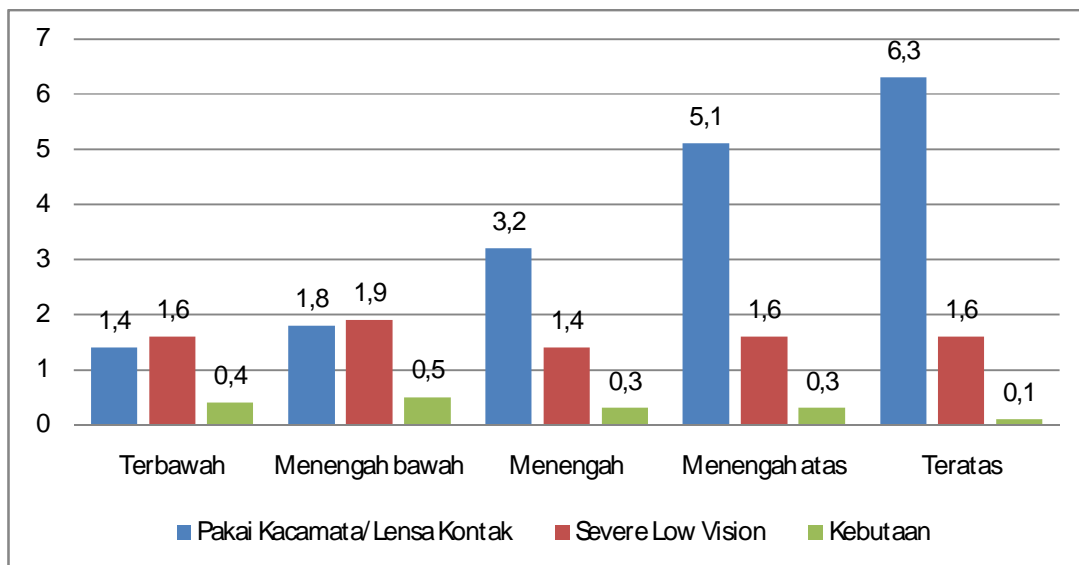
Prevalensi *severe low vision* pada usia produktif (15-54 tahun) sebesar 1,2 persen dan prevalensi kebutaan sebesar 0,25 persen. Prevalensi *severe low vision* dan kebutaan meningkat pesat pada penduduk kelompok umur 45 tahun keatas dengan rata-rata peningkatan sekitar dua sampai tiga kali lipat setiap 10 tahunnya. Prevalensi *severe low vision* dan kebutaan tertinggi ditemukan pada penduduk kelompok umur 75 tahun keatas sesuai peningkatan proses degeneratif pada pertambahan usia.

Gambar 3.15.3 dan 3.15.4 memperlihatkan bahwa terdapat kecenderungan, makin tinggi tingkat pendidikan formal dan kuintil indeks kepemilikan penduduk, maka makin tinggi pula proporsi penduduk yang memiliki kaca mata atau lensa kontak untuk melihat jauh. Keadaan tersebut dapat berkaitan dengan kebutuhan penduduk akan tajam penglihatan optimal yang makin besar sesuai dengan prioritas subjektif penduduk dalam memenuhi kebutuhan sosial sehari-hari mereka. Diasumsikan bahwa penduduk dengan tingkat pendidikan formal atau kuintil indeks kepemilikan lebih tinggi, cenderung memilih jenis pekerjaan formal, seperti menjadi pegawai/karyawan, sehingga butuh visus maksimal untuk melihat jauh sesuai jenis dan aktivitas utama pekerjaannya.



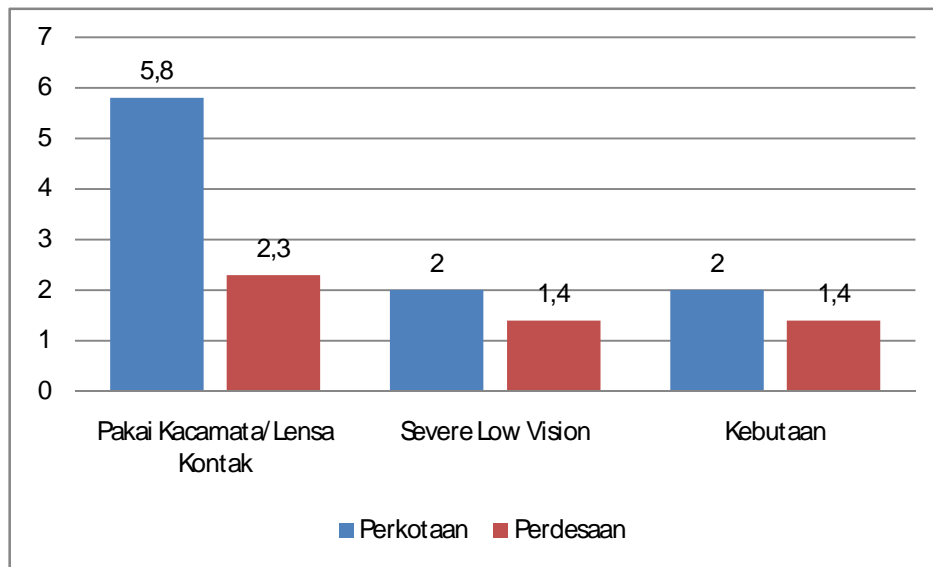
Gambar 3.15.3
Prevalensi pemakaian kaca mata/lensa kontak, *severe low vision*, dan kebutaan menurut pendidikan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Sebaliknya, prevalensi *severe low vision* dan kebutaan cenderung menurun seiring dengan makin tingginya tingkat pendidikan formal dan kuintil indeks kepemilikan. Keadaan ini diperkirakan berkaitan erat dengan kesadaran penduduk akan pentingnya tajam penglihatan maksimal serta makin tingginya upaya penduduk untuk mendapatkan kualitas hidup optimal, termasuk memiliki penglihatan yang baik, didukung oleh pengetahuan individu yang lebih baik tentang derajat kesehatan serta kemampuan ekonomi yang lebih tinggi.



Gambar 3.15.4
Prevalensi pemakaian kaca mata/lensa kontak, *severe low vision*, dan kebutaan menurut kuintil indeks kepemilikan di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.15.5 menunjukkan proporsi penduduk yang mempunyai kaca mata atau lensa kontak di perkotaan sekitar dua kali lebih banyak dibandingkan responden di perdesaan. Prevalensi *severe low vision* dan kebutaan cenderung lebih tinggi di perkotaan. Prevalensi *severe low vision* dan kebutaan cenderung lebih tinggi pada penduduk di perkotaan.



Gambar 3.15.5

Prevalensi pemakaian kaca mata/lensa kontak, *severe low vision*, dan kebutaan menurut tempat tinggal di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Tabel 3.15.1 menunjukkan proporsi pegawai yang mempunyai kaca mata atau lensa kontak dua kali lebih banyak dibanding kelompok petani/nelayan/buruh. Penduduk laki-laki cenderung lebih banyak yang menggunakan kaca mata atau lensa kontak untuk penglihatan jarak jauh.

Penduduk yang tidak bekerja atau bekerja sebagai petani/nelayan/ buruh cenderung lebih banyak yang menderita *severe low vision* dan kebutaan. Prevalensi kebutaan cenderung menurun pada kelompok penduduk dengan tingkat pendidikan formal dan kuintil indeks kepemilikan yang lebih tinggi.

Tabel 3.15.1 juga menunjukkan bahwa prevalensi *severe/low vision* penduduk umur 6 tahun keatas menurut Kabupaten/Kota di provinsi Kalimantan Barat sebesar 1,6 persen. Prevalensi *severe low vision* tertinggi terdapat di Kabupaten Melawi (3,4%), diikuti Kota Pontianak (2,9%), Kabupaten Ketapang dan Landak (masing-masing 2,5%). Kabupaten dengan prevalensi *severe low vision* terendah adalah Kayong Utara (0,4%) diikuti oleh Kota Singkawang (0,7%) dan Kabupaten Sekadau (0,8%).

Prevalensi kebutaan penduduk umur 6 tahun keatas di provinsi Kalimantan Barat adalah 0,3 persen. Prevalensi kebutaan tertinggi ditemukan di Kabupaten Sambas (0,9%). Prevalensi kebutaan terendah ditemukan di Kota Pontianak, Kabupaten Kubu Raya, Kabupaten Sintang dan Kabupaten Landak (masing-masing 0,1%).

Tabel 3.15.1

Proporsi ketersediaan koreksi refraksi serta prevalensi *severe low vision* dan kebutaan pada penduduk umur ≥ 6 tahun tanpa/dengan koreksi optimal menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Pakai Kaca mata/ Lensa kontak	<i>Severe Low vision</i>	Kebutaan
Kelompok umur (tahun)			
6-14	0,4	0,0	
15-24	1,4	0,1	
25-34	1,0	0,2	0,0
35-44	2,9	0,7	0,2
45-54	9,7	3,8	0,3
55-64	13,7	7,8	1,6
65-74	12,6	10,7	3,4
75+	12,4	21,8	8,1
Jenis kelamin			
Laki-laki	3,9	1,4	0,3
Perempuan	2,9	1,8	0,4
Pendidikan			
Tidak sekolah	2,7	3,0	1,1
Tidak tamat SD	1,9	1,8	0,4
Tamat SD	3,1	1,6	0,4
Tamat SMP	3,4	0,9	0,1
Tamat SMA	5,0	0,9	0,0
Tamat D1-D3/PT	12,1	1,8	
Pekerjaan			
Tidak bekerja	3,2	1,8	0,4
Pegawai	7,3	1,2	
Wiraswasta	5,1	1,4	0,1
Petani/nelayan/buruh	3,1	2,1	0,6
Lainnya	4,1	1,0	0,3
Tempat tinggal			
Perkotaan	5,8	2,0	2,0
Perdesaan	2,3	1,4	1,4
Kuintil indeks kepemilikan			
Terbawah	1,4	1,6	0,4
Menengah bawah	1,8	1,9	0,5
Menengah	3,2	1,4	0,3
Menengah atas	5,1	1,6	0,3
Teratas	6,3	1,6	0,1

Keterangan : Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

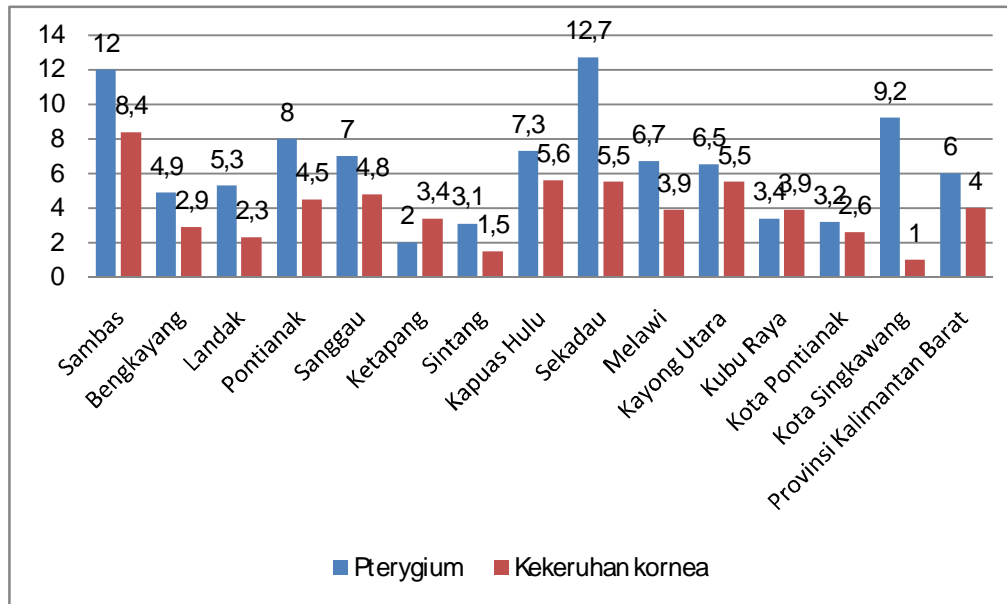
Tabel 3.15.2
Proporsi ketersediaan koreksi refraksi serta prevalensi *severe low vision* dan kebutaan pada penduduk umur ≥ 6 tahun tanpa/dengan koreksi optimal menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Pakai Kacamata/ Lensa kontak	<i>Severe Low vision</i>	Kebutaan
Sambas	0,4	1,4	0,9
Bengkayang	1,4	0,9	0,4
Landak	1,0	2,5	0,1
Pontianak	2,9	1,6	0,3
Sanggau	9,7	0,9	0,3
Ketapang	13,7	2,5	0,5
Sintang	12,6	1,3	0,1
Kapuas Hulu	12,4	1,1	0,4
Sekadau	0,4	0,8	0,5
Melawi	1,4	3,4	0,2
Kayong Utara	1,0	0,4	0,5
Kubu Raya	2,9	0,2	0,1
Kota Pontianak	9,7	2,9	0,1
Kota Singkawang	13,7	0,7	0,4
Provinsi Kalimantan Barat	3,4	1,6	0,3

3.15.1.2 Kelainan permukaan mata dan lensa

Kelainan atau morbiditas permukaan mata yang diperiksa oleh surveyor adalah pterygium dan kekeruhan kornea, sedangkan kelainan lensa yang diharapkan dapat diidentifikasi oleh enumerator adalah kekeruhan lensa (katarak) yang tebal dan biasanya sudah disertai gangguan penglihatan. Pemeriksaan morbiditas permukaan mata dan lensa ini dilakukan pada semua responden. Jumlah responden semua umur yang dianalisis sebesar 1.027.763 orang.

Pterygium merupakan penebalan konjungtiva (bagian putih mata) pada sisi medial dan atau lateral, biasanya pada orang tua, tetapi bisa juga ditemukan pada dewasa muda, semakin lama semakin meluas kearah kornea. Kekeruhan kornea adalah kelainan pada kornea berupa bercak berwarna putih keruh dan biasanya tidak berkaitan dengan faktor pertambahan usia.



Gambar 3.15.6
Prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.15.6 menunjukkan bahwa prevalensi pterygium di Provinsi Kalimantan Barat adalah sebesar 6,0 persen dengan prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Sekadau (12,7%), diikuti Kabupaten Sambas (12,0%) dan Kota Singkawang (9,2%). Kabupaten Ketapang mempunyai prevalensi pterygium terendah yaitu 2,0 persen, diikuti oleh Sintang 3,1 persen dan Kota Pontianak 3,2 persen.

Prevalensi kekeruhan kornea di Provinsi Kalimantan Barat adalah 4,0 persen dengan prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Sambas (8,4%), diikuti oleh Kapuas Hulu (5,6%), Sekadau dan Kayong Utara (masing-masing 5,5%). Prevalensi kekeruhan kornea terendah dilaporkan di Kota Singkawang (1,0%) diikuti Kabupaten Sintang (1,5%) dan Landak (2,3%).

Tabel 3.15.3 menunjukkan bahwa prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Tidak lazim pterygium terjadi pada anak umur 0-4 tahun, sehingga data prevalensi pterygium pada anak balita dalam analisis ini dinilai kurang valid. Prevalensi kekeruhan kornea yang meningkat seiring bertambahnya usia mungkin disebabkan karena kurangnya keahlian enumerator dalam melakukan penilaian untuk kekeruhan kornea, sehingga data yang dikumpulkan cenderung kurang valid.

Prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea pada perempuan cenderung sedikit lebih tinggi dibanding prevalensi pada laki-laki. Prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea yang paling tinggi (10,9% untuk pterygium dan 9,3% untuk kekeruhan kornea) ditemukan pada kelompok responden yang tidak sekolah. Petani/nelayan/buruh mempunyai prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea tertinggi (11,1% untuk pterygium dan 6,8% untuk kekeruhan kornea) dibanding kelompok pekerja lainnya. Tingginya prevalensi pterygium pada kelompok pekerjaan tersebut mungkin berkaitan dengan tingginya paparan matahari yang mengandung sinar ultraviolet. Sinar ultraviolet merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan kejadian pterygium. Prevalensi kekeruhan kornea yang tinggi pada kelompok pekerjaan petani/nelayan/buruh mungkin berkaitan dengan riwayat trauma mekanik atau kecelakaan kerja pada mata, mengingat pemakaian alat pelindung diri saat bekerja belum optimal dilaksanakan di Indonesia.

Penduduk yang tinggal di perdesaan mempunyai prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea yang lebih besar dibandingkan penduduk di perkotaan. Prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea cenderung menurun seiring dengan meningkatnya kuintil indeks kepemilikan.

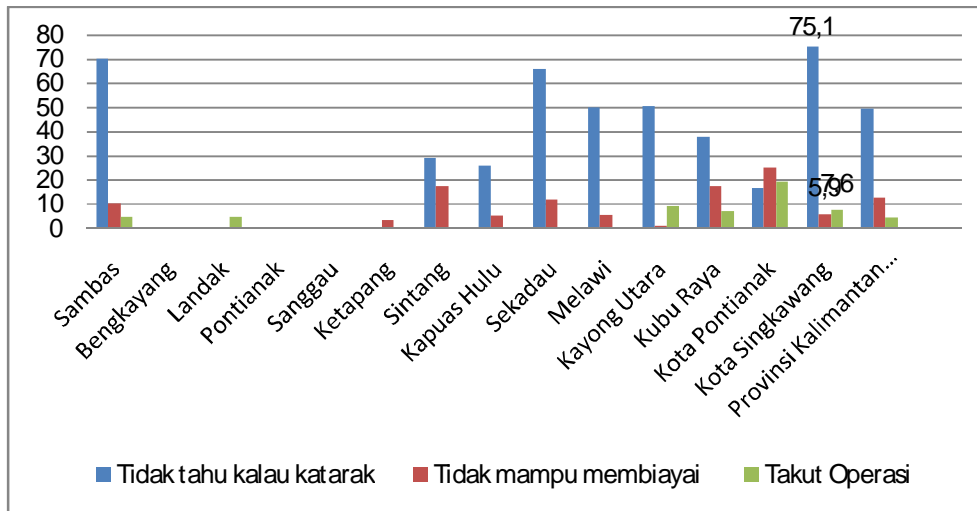
Tabel 3.15.3
Prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea pada penduduk semua umur menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik	Morbiditas Permukaan Mata	
	Pterygium	Kekeruhan Kornea
Kelompok umur (tahun)		
0-4	1,3	1,4
5-14	0,8	1,0
15-24	1,1	0,8
25-34	2,9	1,4
35-44	7,3	3,6
45-54	14,6	8,1
55-64	23,4	16,8
65-74	34,8	27,4
75+	37,6	37,4
Jenis kelamin		
Laki-laki	5,9	3,8
Perempuan	6,1	4,2
Pendidikan		
Tidak sekolah	10,9	9,3
Tidak tamat SD	6,0	4,3
Tamat SD	7,9	5,0
Tamat SMP	4,6	2,2
Tamat SMA	4,0	2,1
Tamat D1-D3/PT	4,8	2,4
Pekerjaan		
Tidak bekerja	5,1	4,0
Pegawai	4,8	2,5
Wiraswasta	6,7	3,3
Petani/nelayan/buruh	11,1	6,8
Lainnya	9,6	4,6
Tempat tinggal		
Perkotaan	4,6	3,2
Perdesaan	6,6	4,4
Kuintil indeks kepemilikan		
Terbawah	6,4	4,5
Menengah bawah	6,5	4,8
Menengah	6,0	3,9
Menengah atas	6,2	3,8
Teratas	4,6	2,7

Pada tabel 3.15.4 terlihat bahwa prevalensi katarak di provinsi Kalimantan Barat 6,0 persen. Prevalensi katarak tertinggi ditemukan di Kabupaten Sambas (5,0%) diikuti Kayong Utara dan

Pontianak (masing-masing 3,6%). Prevalensi katarak terendah ditemukan di Kabupaten Ketapang (0,9%) diikuti Kota Pontianak (0,7%). Sebagian besar penduduk dengan katarak di Provinsi Kalimantan Barat belum menjalani operasi katarak karena faktor ketidaktahuan penderita mengenai penyakit katarak yang dideritanya (49,7%) dan mereka tidak tahu bahwa buta katarak bisa dioperasi/ direhabilitasi. Alasan kedua terbanyak penderita katarak belum dioperasi adalah karena tidak dapat membiayai operasinya (12,8%).(Gambar 3.15.7)

Laporan lengkap tentang prevalensi katarak dan alasan utama belum menjalani operasi katarak menurut karakteristik disajikan dalam Buku Riskesdas 2013 dalam Angka tabel 3.15.1.2.3.



Gambar 3.15.7

Proporsi tiga alasan utama penderita katarak belum menjalani operasi menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Tabel 3.15.4

Prevalensi katarak dan tiga alasan utama belum menjalani operasi katarak pada penduduk semua umur menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Katarak	Alasan Belum Operasi		
		Tidak tahu kalau katarak	Tidak mampu membiayai	Takut Operasi
Sambas	5,0	70,2	10,5	4,9
Bengkayang	0,8	24,1	33,9	0,5
Landak	0,9	25,0	30,6	4,8
Pontianak	3,6	43,2	11,2	0,4
Sanggau	2,2	48,2	5,2	0,6
Ketapang	0,3	49,2	3,6	
Sintang	0,4	29,4	17,4	
Kapuas Hulu	1,0	25,9	5,5	
Sekadau	1,6	65,9	12,2	
Melawi	0,8	50,2	5,6	
Kayong Utara	3,6	50,8	1,3	9,2
Kubu Raya	3,2	37,7	17,6	7,3
Kota Pontianak	0,7	16,8	25,3	19,4
Kota Singkawang	0,9	75,1	5,9	7,6
Provinsi Kalimantan Barat	6,0	49,7	12,8	4,7

Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).

3.15.2 Kesehatan telinga

Data yang dikumpulkan terkait status kesehatan telinga meliputi anatomi liang telinga, kelainan pada telinga tengah dan daerah retroaurikular, keutuhan gendang telinga, serta adanya gangguan fungsi pendengaran. Pengumpulan data dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik oleh nakes terlatih pada responden berumur 2 tahun keatas dan untuk fungsi pendengaran dilakukan tes konversasi bagi responden yang kooperatif dan tidak tuna wicara.

Keterbatasan pengumpulan data terkait kesehatan telinga adalah kemampuan klinis nakes yang sangat bervariasi dalam mengenali kelainan telinga dan retroaurikular. Keterbatasan untuk pengukuran tajam pendengaran adalah tidak tersedianya alat audiometer di lapangan, sehingga hanya dilakukan uji/tes konversasi.

3.15.2.1 Prevalensi gangguan pendengaran dan ketulian

Pada survei ini interpretasi dari skor yang digunakan adalah sebagai berikut:

Pemeriksa membisikkan kalimat sederhana dan responden diminta mengulangnya. Jika responden dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, maka skor responden adalah "0". Jika responden tidak dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, pemeriksa akan mengucapkan satu kalimat dengan volume suara normal dan responden kembali diminta mengulangnya. Jika responden dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, maka skor responden adalah "1" → pendengaran NORMAL.

Jika responden tidak dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, pemeriksa akan mengucapkan satu kalimat dengan volume suara yang lebih keras dan responden kembali diminta mengulangnya dan jika responden dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, maka skor responden adalah "2" → gangguan pendengaran ringan.

Jika responden tidak dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, pemeriksa akan meneriakkan satu kalimat pada telinga dengan fungsi pendengaran lebih baik dan responden kembali diminta mengulangnya dan jika responden dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, maka skor responden adalah "3" → gangguan pendengaran sedang.

Jika responden tidak dapat mengikuti teriakan kata-kata pemeriksa, maka skor responden adalah "4" → ketulian.

Prevalensi gangguan pendengaran di provinsi Kalimantan Barat sebesar 2,3 persen. Prevalensi gangguan pendengaran tertinggi menurut karakteristik ditemukan pada kelompok umur 75 tahun ke atas (35,7%), disusul oleh kelompok umur 65-74 tahun (20,3%). Angka prevalensi terkecil berada pada kelompok umur 5-14 tahun (0,5%) sesuai Tabel 3.15.5. Prevalensi tertinggi ketulian terdapat pada kelompok umur yang sama dengan gangguan pendengaran, yaitu umur 75 tahun ke atas (2,5%), begitu pula dengan prevalensi terkecil terdapat pada kelompok umur 5-14 tahun, 23-34 tahun, 35-44 tahun dan 45-54 tahun (masing-masing 0,0%). Prevalensi responden dengan gangguan pendengaran pada perempuan cenderung sedikit lebih tinggi daripada laki-laki (2,6%:2,0%), begitu juga prevalensi ketulian prevalensi perempuan 0,1% dan laki-laki 0,0%.

Prevalensi gangguan pendengaran tertinggi ditemukan pada kelompok tingkat pendidikan tidak sekolah (6,1%), sedangkan prevalensi ketulian tertinggi ditemukan pada kelompok pendidikan tidak sekolah, tidak tamat SD dan tamat D1-D3/PT (masing-masing 0,1%). Gangguan pendengaran pada kelompok responden petani/nelayan/buruh memiliki angka prevalensi tertinggi, yaitu (3,0%), disusul oleh kelompok tidak bekerja (2,9%). Prevalensi gangguan pendengaran terendah ditemukan pada kelompok pegawai (1,2%). Prevalensi ketulian tertinggi ditemukan pada kelompok responden tidak bekerja (0,1%) dan terendah pada petani/nelayan/buruh (0,0%).

Tidak ditemukan perbedaan angka prevalensi gangguan pendengaran baik di perkotaan maupun di perdesaan (masing-masing 2,3%). Prevalensi Ketulian di perkotaan sedikit lebih tinggi dari perdesaan, yaitu 0,1 persen di perkotaan dan 0,0% di perdesaan.

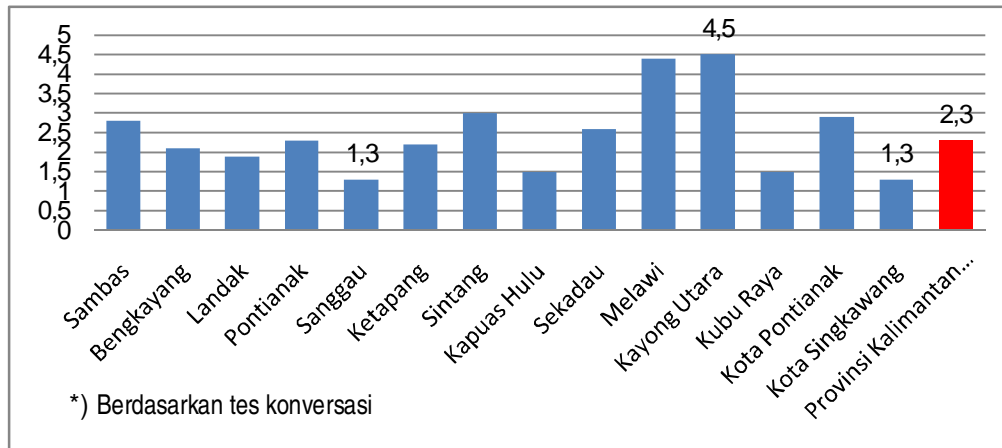
Prevalensi gangguan pendengaran memiliki pola yang sama menurut kuintil indeks kepemilikan, yaitu semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, semakin kecil prevalensi gangguan pendengaran. Pada kuintil indeks kepemilikan terbawah ditemukan prevalensi gangguan pendengaran tertinggi (3,0%). Prevalensi gangguan pendengaran dan ketulian terendah ditemukan pada kuintil indeks kepemilikan teratas (berturut-turut 1,5% dan 0,0%).

Tabel 3.15.5

Prevalensi gangguan pendengaran dan ketulian penduduk umur ≥ 5 tahun sesuai tes konversasi menurut karakteristik di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

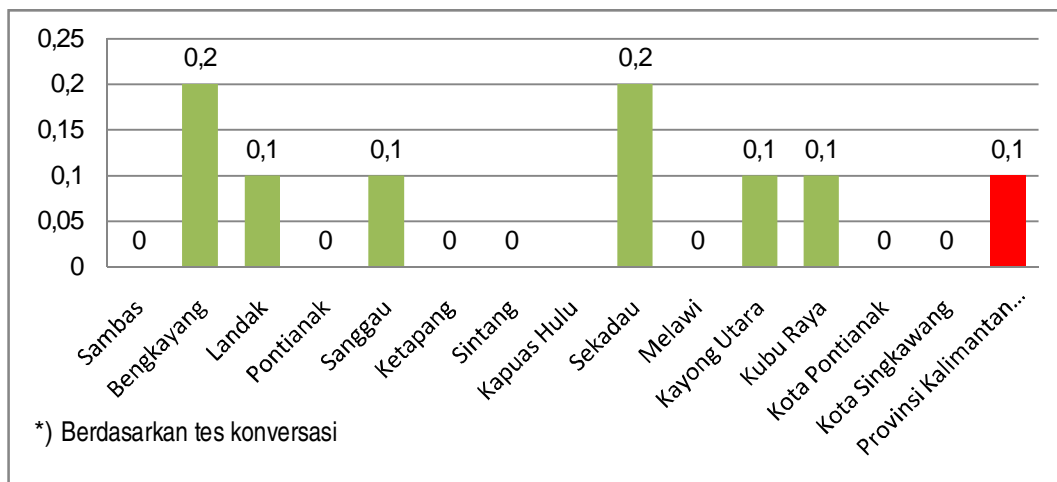
Karakteristik	Gangguan pendengaran	Ketulian
Kelompok umur (tahun)		
5-14	0,5	0,0
15-24	0,6	
25-34	0,7	0,0
35-44	1,2	0,0
45-54	3,1	0,0
55-64	8,3	0,2
65-74	20,3	0,3
75+	35,7	2,5
Jenis kelamin		
Laki-laki	2,0	0,0
Perempuan	2,6	0,1
Pendidikan		
Tidak sekolah	6,1	0,1
Tidak tamat SD	2,3	0,1
Tamat SD	2,4	0,0
Tamat SMP	1,3	
Tamat SMA	1,1	0,0
Tamat D1-D3/PT	1,2	0,1
Status pekerjaan		
Tidak bekerja	2,9	0,1
Pegawai	1,2	
Wiraswasta	1,6	
Petani/nelayan/buruh	3,0	0,0
Lainnya	1,6	
Tempat tinggal		
Perkotaan	2,3	0,1
Perdesaan	2,3	0,0
Kuintil indeks kepemilikan		
Terbawah	3,0	0,0
Menengah bawah	2,7	0,1
Menengah	2,1	0,0
Menengah atas	2,2	0,1
Teratas	1,5	0,0

Data Kosong = tidak ada responden yang menjawab pertanyaan (sampel tidak mewakili).



Gambar 3.15.8
Prevalensi gangguan pendengaran penduduk umur ≥ 5 tahun sesuai tes konversasi menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Berdasarkan data menurut Kabupaten/Kota di provinsi Kalimantan Barat, prevalensi gangguan pendengaran tertinggi terdapat di Kabupaten Kayong Utara (4,5), dan terendah di Kabupaten Kapuas Hulu dan Kota Singkawang (masing-masing 1,3). Terdapat enam kabupaten/kota dengan prevalensi gangguan pendengaran yang lebih besar dari rata-rata provinsi (2,3), yaitu Kabupaten Kayong Utara, Kabupaten Melawi, Kabupaten Sintang, Kota Pontianak, Kabupaten Sambas dan Kabupaten Sekadau; seperti terlihat pada Gambar 3.15.8.



Gambar 3.15.9
Prevalensi ketulian penduduk umur ≥ 5 tahun sesuai tes konversasi menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Gambar 3.15.9 menunjukkan prevalensi ketulian di provinsi Kalimantan Barat sebesar 0,1 persen dan terdapat dua kabupaten yang mempunyai prevalensi ketulian diatas angka provinsi, yaitu Kabupaten Bengkayang dan Sekadau (masing-masing 0,2).

3.15.2.2 Morbiditas Telinga Lainnya

Untuk mengetahui prevalensi morbiditas (kejadian sakit) telinga, selain gangguan pendengaran dan ketulian, dilakukan pemeriksaan fisik/anatomis terhadap responden umur 2 tahun keatas. Pemeriksaan meliputi pemeriksaan luar telinga untuk mengetahui keberadaan abses/fistel retroaurikular,serta pemeriksaan liang telinga untuk mengetahui adanya serumen maupun sekret dalam liang telinga. Sekret dalam liang telinga menandakan adanya infeksi akut/kronis, tumor, maupun kelainan telinga lainnya. Keberadaan abses/fistel retroaurikular dapat menunjukkan adanya infeksi telinga yang sedang berlangsung.

Kelompok umur 75 tahun ke atas mempunyai prevalensi tertinggi dalam hal keberadaan serumen (27,1), sedangkan prevalensi tertinggi sekret dalam liang telinga, dan abses/fistel retroaurikular ditemukan pada kelompok umur 65-74 tahun berturut-turut 3,1persen dan 0,9 persen. Berdasarkan data kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, prevalensi penduduk dengan serumen tertinggi terdapat di Kabupaten Ketapang (42,4) dan terendah di Kota Singkawang (0,0). Laporan lengkap tentang morbiditas telinga lainnya menurut karakteristik dan kabupaten/kota disajikan dalam Buku Riskesdas 2013 dalam Angka tabel 3.15.2.2.1 dan tabel 3.15.2.2.2.

Tabel 3.15.6
Prevalensi morbiditas telinga lainnya pada penduduk umur ≥ 2 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Kabupaten/kota	Serumen	Sekret dalam Liang Telinga	Abses/fistel Retroaurikular
Sambas	5,5	0,7	0,2
Bengkayang	21,6	0,0	0,1
Landak	1,0	0,1	0,1
Pontianak	6,8	3,3	0,0
Sanggau	8,2	0,1	0,1
Ketapang	42,4	1,1	0,1
Sintang	23,2	0,1	0,1
Kapuas Hulu	4,9	0,2	0,2
Sekadau	19,1	0,3	0,0
Melawi	0,2	0,2	0,0
Kayong Utara	39,9	4,8	0,2
Kubu Raya	4,4	0,8	0,1
Kota Pontianak	2,1	1,2	0,0
Kota Singkawang	0,0	0,0	0,1
Provinsi Kalimantan Barat	11,7	0,8	0,1

3.16 Pemeriksaan Biomedis

3.16.1 Status Iodium

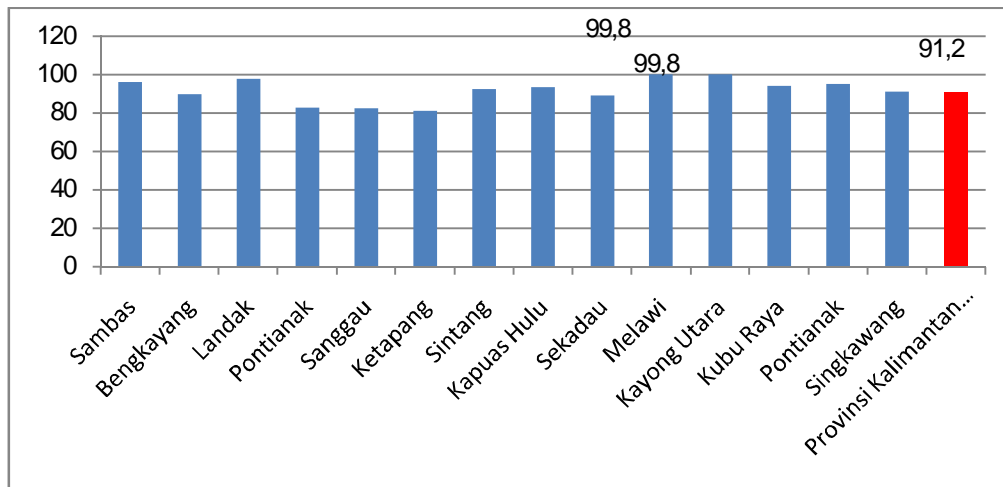
Data biomedis merupakan bagian dari Riskesdas 2013 yang sampelnya mewakili skala nasional untuk perkotaan dan perdesaan. Data biomedis yang dibahas di Kalimantan Barat hanya terbatas pada persentase RT yang mengkonsumsi Garam beriodium berdasarkan tes cepat di kabupaten/kota di propinsi Kalimantan Barat..

Status iodium dilakukan berdasarkan pemeriksaan seluruh sampel garam RT dengan metoda tes cepat meneteskan lodina ke garam, dan garam yang mengandung cukup iodium (30 ppm KIO_3), bila hasil tes menunjukkan warna biru/ungu tua; mengonsumsi garam yang mengandung kurang iodium bila hasil tes menunjukkan warna biru/ungu muda; dan dinyatakan mengonsumsi garam tidak mengandung iodium bila hasil tes tidak menunjukkan perubahan warna.

Secara Umum menunjukkan persentase RT yang mengkonsumsi Garam beriodium cukup berdasarkan hasil test cepat di Kalimantan Barat sebesar 91,2 persen (Gambar 3.16.1). Lima kabupaten/kota di Kalimantan Barat, yang mengonsumsi garam dengan kandungan cukup iodium, tertinggi di kabupaten Melawi (99,8) dan Kayong Utara (99,8), Landak (97,5), Sambas (96,0), Kota Pontianak (94,9). Lima Kabupaten/kota yang RT kurang mengkonsumsi garam beriodium terbanyak di kabupaten Sanggau sebesar (16,6) kabupaten Pontianak (15,8), Ketapang (12,5), Sekadau (10,0), dan Bengkayang (9,8). Lima Kabupaten/kota RT yang tidak mengkonsumsi garam beriodium terbanyak di Kabupaten Ketapang (6,2), Sintang (2,6), Kubu Raya (2,2), Pontianak (1,6) dan Sekadau (1,1).

Secara nasional angka masih ada kabupaten/kota yang belum mencapai target *Universal Salt Iodization* (USI) atau “garam beriodium untuk semua”, yaitu minimal 90 persen RT yang mengonsumsi garam dengan kandungan cukup iodium (WHO/UNICEF ICCIDD, 2010).

Tabel 3.16.1. menunjukkan proporsi RT yang mengonsumsi garam dengan kandungan cukup iodium berdasarkan hasil tes cepat menurut karakteristik. Di perkotaan iodium garam dikonsumsi sebesar 94,5 persen dan di pedesaan sebesar 89,9 persen. Tidak sekolah yang mengkonsumsi garam beriodium sebesar 85,9 persen sedangkan yang tamat perguruan tinggi sebesar 96,1 persen. Pada karakteristik kelompok wirasuwasta yang terbanyak mengkonsumsi garam beriodium sebanyak 94,2 persen. Indeks kuintil kepemilikan terbawah sebesar 86,6 persen dan tertinggi sebesar 96,1 persen. Berdasarkan tingkat pendidikan kepala RT, semakin tinggi pendidikan kepala RT, maka semakin tinggi pula proporsi garam yang mengandung cukup iodium. Berdasarkan status pekerjaan kepala RT, proporsi tertinggi pada status pekerjaan pegawai dan terendah pada petani/nelayan/buruh. Proporsi di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan.



Gambar 3.16.1
Persentase RT yang mengkonsumsi garam beriodium berdasarkan hasil tes cepat di kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Barat, 2013

Tabel 3.16.1
 Persentase kandungan iodium garam RT hasil tes cepat dan karakteristik responden
 di Provinsi Kalimantan Barat, Riskesdas 2013

Karakteristik Responden	Iodium Garam Dikonsumsi		
	Cukup	Kurang	Tidak ada
Tipe Daerah			
Perkotaan	94,5	5,1	0,4
Perdesaan	89,9	8,2	1,9
Pendidikan Kepala Keluarga			
Tidak sekolah	85,9	11,6	2,5
Tidak Tamat SD	89,4	7,8	2,9
Tamat SD	91,1	7,4	1,5
Tamat SLTP	91,3	7,9	0,7
Tamat SLTA	94,4	5,0	0,5
Tamat D1-D3/PT	96,1	3,7	0,2
Pekerjaan Utama Kepala Keluarga			
Tidak berkerja	91,8	6,9	1,2
Pegawai	93,0	6,6	0,4
Wiraswasta	94,2	5,2	0,7
Petani/Nelayan/Buruh	89,6	8,5	1,9
Lainnya	90,1	4,9	4,9
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	86,6	9,7	3,7
Menengah bawah	90,6	8,4	1,0
Menengah	92,8	6,4	0,8
Menengah atas	91,8	7,6	0,6
Teratas	96,1	3,4	0,5

DAFTAR PUSTAKA

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes. *Diabetes Care*, vol.34, Suppl 1, 2011.
2. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional. Laporan Singkat Pencapaian Millenium Development Goals Indonesia 2009.
3. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003*. ORC Macro 2002-2003.
4. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2007*. ORC Macro 2007.
5. Brown, Judith E. Et al., "*Nutrition Through the Life Cycle*, 2002. New York.
6. Dandona R, Dandona L. Socioeconomic status and blindness. *Br J Ophthalmol* 2001;95:1494-9.
7. Departemen Kesehatan dan Badan Pusat Statistik. 2005. Integrasi Indikator Gizi Dalam SUSENAS Tahun 2005. Program Perbaikan Gizi Masyarakat Tahun 2005. Laporan Kegiatan.
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas). 2007
9. Departemen Kesehatan RI. SKRT 1995. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 1997
10. Departemen Kesehatan, Direktorat Epim-Kesma. Program Imunisasi di Indonesia, Bagian I, Jakarta, Depkes, 2003.
11. Departemen Kesehatan. 1995. Pedoman Umum Gizi Seimbang. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
12. Departemen Kesehatan. 2007. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 Kalimantan Barat. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2007.
13. Departemen Kesehatan. 2010. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 Bidang Biomedis. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2010.
14. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta. 2001.
15. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta 2004.
16. Depkes RI, 2003, Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA), Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Kesehatan Keluarga, Jakarta.
17. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penatalaksanaan Kasus Malaria di Indonesia. 2009.
18. Djaja, S. et al. Statistik Penyakit Penyebab Kematian, SKRT 1995
19. Djoko Kartono et al. 2012. Effect of excess iodine intakes on thyroid function among school children: multicentre study. Final Report. Joint work: Centre for Applied Health Technology and Clinical Epidemiology and UNICEF. Jakarta.
20. ----- . 2005. World Health Assembly resolution calls for global strengthening of effort to eliminate IDD. *IDD Newsletter*. Vol.21, 21:1-3.

21. Færch K, Borch-Johnsen K, Holst JJ, Vaag A. Pathophysiology and aetiology of impaired fasting glycaemia and impaired glucose tolerance: does it matter for prevention and treatment of type 2 diabetes? *Diabetologia* (2009) 52:1714-23.
22. Foster A. Cataract and "Vision 2020-the right to sight" initiative. *Br J Ophthalmol* 2001;95:635-7.
23. Hardinsyah & D. Martianto. 1989. Menaksir Kecukupan Energi dan Protein serta Penilaian Mutu Gizi Konsumsi Pangan. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumber Daya Keluarga. Institut Pertanian Bogor. Penerbit Wirasari. Jakarta.
24. Hardinsyah dan V. Tambunan. 2004. Angka Kecukupan Energi, Protein, Lemak, dan Serat Makanan. Dalam Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VIII. Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi. Jakarta 17-19 Mei 2004.
25. ICCIDD/UNICEF/WHO. 2007. Assessment of Iodine deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A guide for programme managers. Third edition.
26. Institute of Medicine. 2005. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fatty Acids. National Academy Press.
27. Kramer, M.S. and Kakuma, R. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. A Systematic Review. WHO. 2001.
28. Kumar N. and Zheng H. Stage-specific gametocytocidal effect in vitro of the antimalaria drug qinghaosu on *Plasmodium falciparum*. *Parasitol. Res* 1990;76:214-218.
29. LA Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Kesehatan Ibu dan Anak*.
30. Lembaga Demografi UI, 2013, Dasar-Dasar Demografi, Salemba Empat, Jakarta.
31. Limburg H. Manual for rapid assessment of cataract surgical services. Switzerland: WHO Prevention of blindness and deafness; 2001.p.1-39.
32. MI/ICCIDD/UNICEF/WHO. 1995. Salt Iodization for the Elimination of iodine deficiency. Netherland.
33. National Kidney Foundation. *K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. *Am J Kidney Dis* 39:S1-S266, 2002 (suppl 1). Diakses dari http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf.
34. National Vascular Disease Prevention Alliance. Guidelines for the assessment of absolute cardiovascular disease risk. 2009.
35. NCEP-ATP III. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Executive Summary. NIH Publication No. 01-3670, 2001.
36. Panteghini M (on behalf of IFCC Scientific Division). Enzymatic assays for creatinine: time for action. *International Federation of Clinical Chemistry. Clin Chem Lab Med* 46(4): 2008, p.567-72.
37. Papua Province Health Office. Case finding and treatment malaria patients 2006. Jayapura, Ministry of Health 2007.
38. Pedersen KM, P.Laurberg, S.Nohr, A.Jorgensen and S.Andersen. 1999. Iodine in drinking water varies by more than 100-fold in Denmark, importance for iodine content of infant formulas. *European Journal of Endocrinology* 140 400-403.

39. Petunjuk Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI., 2004
40. *Policy Paper for Directorate General of Public Health, June 2002*
41. Price RN, Nosten F, Luxemburger C ter Kuile FO, Paiphun L, Chongsuphajaisiddhi T. and White NJ. Effects of artemisinin derivatives on malaria transmissibility. *Lancet* 1996;347:1654-1658.
42. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan dan UNICEF. 2008. Survei Indikator Gangguan Akibat Kekurangan Iodium: Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Desember.
43. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2005
44. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2013
45. Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Prevention of vascular and metabolic disease from Guidelines for preventive activities in general practices, 8th edition. 2012.
46. Sandjaja, Titi Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan. Jakarta, 7-8 Desember 2005.
47. Sandjaja, Titi Setyowati, Sudikno. Cakupan vitamin A untuk bayi dan balita di Indonesia. Prosiding temu Ilmiah dan Kongres XIII Persagi, Denpasar, 20-22 November 2005.
48. *Seri Survei Kesehatan RT DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999*
49. Sikka District Health Office. Malaria cases in Sikka District, 2000-2006. Maumere, Ministry of Health 2007.
50. Tim Penanggulangan GAKY Pusat. 2011. Rencana Aksi Nasional: Akselerasi Konsumsi Garam Beriodium untuk Semua 2011-2015. Jakarta.
51. UNICEF. Breast Crawl. Initiation of Breastfeeding by Breast Crawl. 2007.
52. US Preventive Service Task Force Review. Screening for lipid disorders in adults. Selective update of 2001. Diakses dari: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/lipid/lipides.pdf>.
53. WHO and UNICEF. 2007. Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children. Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva.
54. World Health Organization. Antimalarial drug combination therapy. *Report of WHO Technical Consultation*. WHO/CDS/RBM/2001.35. Geneva., WHO 2001.
55. World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva, WHO, 2011 (WHO/MNH/NHD/MNN/11.1).
56. World Health Organization. Report of the Expert Consultation on the Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva, Switzerland. 28-30 March 2013.
57. World Health Organization. World Malaria Report 2008. WHO/HTM/GMP/2008.1. Geneva, WHO 2008.

DAFTAR PUSTAKA (KESPRO)

58. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2010, Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010, Jakarta
59. Direktorat Bina Kesehatan Ibu, Kemkes RI, 2010, Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak, Jakarta.
60. Direktorat Bina Kesehatan Ibu, Factsheet Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, Jakarta, diunduh dari www.kesehatanibu.depkes.go.id/wp-content/.../download.php?id=59
61. Direktorat Bina Kesehatan Ibu, Factsheet Pelayanan KB Pasca Salin, www.kesehatanibu.depkes.go.id/wp-content/.../download.php?id=56
62. Kemenkes RI, 2011. "Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan", Jakarta.
63. Kementerian Kesehatan, 1997, Buku Kesehatan Ibu dan Anak, Jakarta, cetakan tahun 2012.
64. Rajagukguk, Omas Bulan, 2010, Keluarga Berencana dalam Dasar-Dasar Demografi, Salemba Empat, Jakarta.
65. Republik Indonesia, 2002, Undang-Undang RI No 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Jakarta

LAMPIRAN

SUSUNAN TIM PELAKSANA RISET KESEHATAN DASAR PROVINSI KALIMANTAN BARAT 2013

Koordinator Wilayah V	: Drs. Bambang Heriyanto, M.Kes
Wakil Koordinator Wilayah V	: Dra. Blondine Christina P., M.Kes
Koordinator (Ka. Dinkes Prov. Kalimantan Barat)	: dr. Andyjap, M.Kes
Penanggung Jawab Operasional Provinsi	: Petrus Budi Raharjo, APP, M.Kes
Petugas Administrasi Logistik Provinsi	: H. Ibnu Hajar, SKM
Penanggung Jawab Teknis Provinsi	: Drs. H. Hasan Boesri, MS
Staf Administrasi Logistik Provinsi	: Sri Yulianingsih, Amd &
Doso April, Amd	
Penanggung Jawab Teknis Biomedis Provinsi	: Christina Retnoningtyas Palupi, S.Si.,
Manajemen Data Provinsi	: Diana Andriyani Pratamawati, S.Sos

PENANGGUNG JAWAB RISKESDAS DI KABUPATEN/KOTA PROVINSI KALIMANTAN BARAT

1. Kota Pontianak

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota)	: Drg. Multi J. Bharataendro, MPPM
Penanggung Jawab Operasional	: dr. H. Saptiko, M.Med.PH
Petugas Administrasi Logistik	: Hamidan, Amd.AK
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota	: Akhid Darwin, SKM, M.Sc.

Enumerator

1. Sri Eka Purnamawati	11. Fitri Sawilda Sufiati
2. Griseldis	12. Joko Sudarsono
3. Okta Dewi Nurjanah	13. Siti Rohmayati
4. Zuniar Febrianty	14. Devy Meivira Putri
5. Sartika	15. Ema Marsiliana
6. Ari Wahyudi	16. Lidya Kurniawati
7. Januardi	17. Devi Suryanti Siregar
8. Nur Havviza	18. Gita Ambarsari Putri
9. Mia Melyana	19. Denny Djuliana
10. Tommy Denie Irianto	20. Rika Fitriani

2. Kabupaten Pontianak

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota) : dr. Hj. Amini, MPH
Penanggung Jawab Operasional : Drs. Taufikurahman, M.Si
Petugas Administrasi Logistik : Eka Fitri Wahyuni, SKM, M.Kes.
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota: Ari Oktsari Yanti S., SKM

Enumerator

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Nur Fitri Utami, A.Md.Keb | 11. Novita Krisman, A.Md.Kep |
| 2. Ananda Widya Pratama, A.Md.AK | 12. Ratnawati, A.Md.Kep |
| 3. Joko Witono, A.Md.KL | 13. Nopriza Catur Setya, A.Md.Kep |
| 4. Upik Apriani, A.Md.KG | 14. Irma Yunita, A.Md.Kep |
| 5. Samsul Bahri, SKM | 15. Intan Gayatri, A.Md.AK |
| 6. Heni Purwaningtyas, SKM | 16. Liyana Septiani, A.Md.Kep |
| 7. Zulmi Gunarsa, A.Md.KL | 17. Lexy Kumara, A.Md.Gz |
| 8. Edi Darmawan, A.Md.Kep | 18. Brahmana Setia Putra, A.Md.Kep |
| 9. Putri Herdyanti, A.Md.KG | 19. Erfan Furiansyah, A..Md.KG |
| 10. Jomi, A.Md.Kep | 20. Peno Mardiansyah, A.Md.KG |

3. Kabupaten Landak

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota) : drg. M. Nurainy Sitingjak, MM
Penanggung Jawab Operasional : Sri WAhyuni, SKM
Petugas Administrasi Logistik : Sutina Purnamasari, SKM
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota : Didik Hariyadi, S.Gz, M.Si.

Enumerator

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Kiki Andriani, A.Md.Keb | 11. Eduardus Oktaviandi, A.Md.Kep |
| 2. Esti Rahayu, A.Md.Kep | 12. Ns. Muliadi, S.Kep |
| 3. Agnes Andriani, A.Md.Keb | 13. Ns. Tarsisius Noverius, S.Kep |
| 4. Rina Asteriana, A.Md.Keb | 14. Yan Abdul, A.Md.Kep |
| 5. Antonius Ason, A.Md, KL | 15. Edi, A.Md. Gz |
| 6. Rabidin, S.ST | 16. Anti |
| 7. Heriana, S.ST | 17. Agus Ryan, A.Md. AK |
| 8. Oktapianus, SKM | 18. Noverita Nenet, A.Md. KG |
| 9. Fitriadi, A.Md.Kep | 19. Marta Randini, A.Md. KG |
| 10. Moh. Imansyah, A.Md.Kep | 20. Eeng Setiawan, A.Md.Kep |

4. Kota Singkawang

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota) : dr. Carlos Dja'afara, M.Kes
Penanggung Jawab Operasional : Djoko Suratmiarto, SIP, M.Kes
Petugas Administrasi Logistik : M. Zakiamani, Amd
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota : drh. Tika Fiona Sari, M.Sc

Enumerator

1. Awang Irvandi
2. Dian Utami
3. Dian Utami
4. Eva Selvia
5. Septi Nugrahanti
6. Nolly Novitasari
7. Siska Nur Aisyah
8. Nurdhani Rezkiyandi
9. Dian Lestari
10. Syamsul Nur Hidayat
11. Nitamaya Aramita
12. Maya Purwanty
13. Urai Fajar Sentosa
14. Muhammad Lukman Fondi
15. Rikka Yullinda

5. Kabupaten Sambas

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota) : dr. I Ketut Sukarja
Penanggung Jawab Operasional : Eko Susanto, M.Kes
Petugas Administrasi Logistik : Siti Mujjati, SKM
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota : Asmadi, ST, M.Si

Enumerator

1. Rizky Febtianti
2. Fitri Yanti
3. Fajar Purnomo
4. Maria Hariatna
5. Tomy Fiqih
6. Rendi Asrul
7. Wiwis Irlanda
8. Ida Suhaida
9. Ricy Pratama
10. Ade Nopiandri
11. Evi Nurliza
12. Nita Pratiwi Lestari
13. Azari Heriansyah
14. Budiansah
15. Fiqri Qusyairi
16. Budi Gustaman
17. Riki Budiman
18. Sapberiadny
19. Rafika
20. Rab Juwita Rismauli Saragih

6. Kabupaten Bengkayang

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota) : Drs. Luter Wongkar, Apt., M.Kes
Penanggung Jawab Operasional : Jaramen Sinaga, AMKL
Petugas Administrasi Logistik : Kelik Muriyanto, SKM
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota : Ir. Jonni Syah R. Purba, M.Kes

Enumerator

1. Eplin Oktapina, A.Md.Keb
2. Mujiwanti, A.Md.Keb
3. Lusiana M, A.Md.Keb
4. Yayan Suparta, A.Md.KG
5. Dewi Pusposari, A.Md.KG
6. Erni Setiawati, AMKG
7. Josua Tulodo, A.Md.AK
8. Heronimus Edi, S.Kep
9. Elva Maria, A.Md.Kep
10. Ubil, A.Md.Gz
11. Ediansyah, A.Md.Gz
12. Heronimus, A.Md.Gz
13. Erika R J, SST
14. Oktaviani Mary, AMdKL
15. Yani Firmansyah, AMdKL

7. Kabupaten Sanggau

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota) : Dr. Jones Siagian, MQIH
Penanggung Jawab Operasional : Ginting, S.Si, Apt, MKM
Petugas Administrasi Logistik : Kosmas, A.Md. KL
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota : Indah Budiastutik, SKM., M.Kes

Enumerator

1. Irawan, A.Md.AK
2. Adriansyah, A.Md.KI
3. Nani Maulidia, A.Md, GZ
4. Doni Kurniawan, A.Md. Kep
5. Henny Hendriany, A.Md. Keb
6. Amri, A.Md. Gz
7. Abang Kuswara, A.Md.Kep
8. Dewi Rosita Pasaribu, A.Md.AK
9. Ganda Sunaryo Putra, SKM
10. Neli Evitamia, A. Md. Keb
11. U. Yunita Fitriana, A.Md.Kep
12. Vivi Herawati, A.Md.Keb
13. Novi Januarti, A.Md.Gz
14. Maya Estilia, A.Md.AK
15. Syarif Rahman Adiansah, S.Si
16. Syamsul Bahri, S.ST
17. Rimbauli Manalu, A.Md. Keb
18. Dewi Andriyani, A.Md. AK
19. Fransiskus, A.Md. Kep
20. Sekar Rahimi, A.Md. Gz

8. Kabupaten Sekadau

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota) : dr. Wirdan Mahzumi, M.Kes
Penanggung Jawab Operasional : drg. Elsa Setyaningsih, MKM
Petugas Administrasi Logistik : Nelly Toding Padang
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota : Marlenywati, SKM., MKM

Enumerator

- | | | | |
|----|------------------------------|-----|---------------------------------|
| 1. | Rini Setiawati, A.Md. Kep | 9. | Imaliyawati, SKM |
| 2. | Pojianto, A.Md.Kep | 10. | Yudhi Andriyadi, SKM |
| 3. | Resdianti, SKM | 11. | Trancicis Utama P., A.Md.Kep |
| 4. | Detaliva, A.Md.KG | 12. | Hengki Siahayan, A.Md.Kep |
| 5. | Hero Januariansyah, A.Md.Kep | 13. | Paternus Lansem, A.Md.Kep |
| 6. | Olivia Yolanda, S.Gz | 14. | Domisiana Sri Lestari, A.Md.Keb |
| 7. | Erni Hardina, A.Md.Keb | 15. | Kristianus Riang, A.Md.Gz |
| 8. | Imaliyawati, SKM | | |

9. Kabupaten Sintang

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota) : Dr. Marcus Gatot Budi P, M.Kes
Penanggung Jawab Operasional : Yulsius Jualang, S.Kep, M.Si
Petugas Administrasi Logistik : Eko Sudiarto, SKM, MKM
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota : Hendra Budi Sungkawa, SKM., M.Kes

Enumerator

- | | | | |
|-----|--------------------------------|-----|--------------------------------|
| 1. | Benny Murdani, S.Kep | 11. | Fery Firdanur, A.Md. Kesling |
| 2. | Hendra Saputra, A.Md.Kep | 12. | Novi Wahyu Maulina, A.Md.Kep |
| 3. | Absalom Neken, A.Md.Kep | 13. | Okdarius, A.Md.Kep |
| 4. | Nurhadi Karim, A.Md.Kep | 14. | Triyugo Wahyuningsih, A.Md.Keb |
| 5. | Dio Abritianto S, A.Md.Kep | 15. | Hendro K., A.Md, An Farm |
| 6. | Abriandie Wiratama, A.Md.Kep | 16. | Frilian Thesa, S.Farm. |
| 7. | Novi Asfiana, A.Md.Kep | 17. | Vektor Subiarto, A.Md Kep |
| 8. | David Hermaini, A.Md.Kep | 18. | Melati Ashariyani, A.Md. Gizi |
| 9. | Ludovikus Avrilliano, A.Md.Kep | 19. | Ns. Harsono, M.Kep |
| 10. | Lilis Julianti, A.Md.Kep | 20. | Solehuddin, SST |

10. Kabupaten Melawi

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota)	: Simson, SKM, M.Kes
Penanggung Jawab Operasional	: dr.Gunadi Linoh
Petugas Administrasi Logistik	: Saspri Lintin
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota	: Slamet, S.Si., M.Kes

Enumerator

1. Jejen Relabeto, A.Md.Kesling	9. Oktoberiantus, A.Md.Kep
2. Nurhadi Tompo, A.Md.Gizi	10. Heronimus, A.Md.Kep
3. Heri Prasetyo, A.Md.Kesling	11. Yuyun Yupita, A.Md.Kep
4. Bambang Irawanto, A.Md.AK	12. Trestania, A.Md.Keb
5. Marni, A.Md.KG	13. Arie Pratomo, A.Md.Kep
6. Elly Gusniati, A.Md.KG	14. Intan Rahmawati, A.Md.AK
7. Dewita bt. Tanggang, A.Md.Keb	15. Indra Gunawan, A.Md.Kep
8. Novika Sari, A.Md.KG	

11. Kayong Utara

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota)	: Dominikus. P. Asia
Penanggung Jawab Operasional	: Kasianus
Petugas Administrasi Logistik	: Dedi Setiawan, Amd
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota	: Malik Saepudin, SKM., M.Kes

Enumerator

1. Samsun Arifin.S.St	9. Agus Ferdinsyah, A.Md.Kes
2. Muhamad Wadi, A.Md.Gizi	10. M. Rahliansyah, A.Md.Kep
3. Hadari, A.Md.Kesling	11. Ratih Novianti, A.Md.Keb
4. Hidayati, A.Md.Keb	12. Denok Perdana N, A.Md.Kep
5. Hadiani Rahmi, A.Md.KG	13. Abu Rachmat, SKM
6. Mike Dwi Anggraeni, A.Md.AK	14. Arif Budi Mulyono, A.Md.Kep
7. Martina Dzakiah.S, A.Md.Gizi	15. Ika Resianingsih, A.Md.Keb
8. Darmawan Pawan P, A.Md.AK	

12. Kubu Raya

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota) : Drs. H. Titus Nursiwan, M.Kes
Penanggung Jawab Operasional : Drs. Teguh Sembiring, Apt
Petugas Administrasi Logistik : Wan Iwansyah, SKM
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota : Arum Sih Joharina, S.Si.

Enumerator

1. Indah Mega Sari
2. Ozzy Yunita
3. Anhdika Wahyu P.
4. Agus Suprpto Baskoro
5. Ria Monica, SKM
6. Endang Saimah, SKM
7. Yusni Ramdani, SKM
8. Hesti Wijayanti, SKM
9. Apriyanti, A.Md.Keb
10. Merry Novianty, A.Md.Keb
11. Renita Nasution, A.Md.Keb
12. Aprilia Safitri, AMD
13. Suryati, SKM
14. Hasaruddin, A.Md.Kep
15. Agus Prayitno, A.Md.AK
16. Rima Hastini
17. Martharina Malik, SKM
18. Mudrika Rusfiani, A.Md.Gz
19. Rika Indriwahyuni, A.Md.Gz
20. Winda Risky Amalia, A.Md.Gz

13. Kabupaten Kapuas Hulu

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota) : Dr. H. Harisson, M.Kes
Penanggung Jawab Operasional : Rendra Gunawan, SKM
Petugas Administrasi Logistik : Siti Wahdah, SGz.Rd
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota : Budi Suryana, S.SiT., SKM., MPH

Enumerator

1. Dahliansyah, SKM
2. Yustinanus Ramai, A.Md.Kep
3. Ramli, A.Md.Kep
4. Natalia Clear, A.Md.Kep
5. Hambali, A.Md.Kep
6. Herman, SKM
7. Hari Ramadani, A.Md.Kep
8. Fransiskus Ahian, A.Md.Kep
9. Muh. Eric Prakoso, A.Md.Kep
10. Hendrikus Jayang Juni P., A.Md.KG
11. Esti Shaharah, A.Md.Kep
12. Suharno, A.Md.AK
13. Hamdani, A.Md.Kep
14. Yulianawati, A.Md.Kep
15. Arie Pranama P., A.Md.Kes Ling

14. Kabupaten Ketapang

Koordinator (Kadinkes Kab/Kota)	: dr. H. Heri Yulistio, M.Kes
Penanggung Jawab Operasional	: Tri Prabowo
Petugas Administrasi Logistik	: Diyah Kusumaningsih
Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota	: Asmaul Husna, SKM., MSc.

Enumerator

1. Khairul Rasyid	11. M. Jauhari
2. M. Idris	12. Sapta Hadi
3. Andri Arviandi	13. Dina Kurniasih
4. Mirza Kurniawan	14. Faray
5. Zedi Prasetyo	15. M. Alfiannur
6. Zedi Prasetyo	16. Suherri
7. Ahmad Ismail Marzuki	17. Akhmadi
8. Soni Arvianto	18. Eka Rini Setyowati
9. Angelina Marsela	19. Sulastri
10. Hendro Saputra	20. Noni Diarti

ⁱUU No 17 Tahun 2007 tentang RPJPN Tahun 2005-2025 (sekretariat negara)

ⁱⁱSistem Kesehatan Nasional (Peraturan pemerintah no. 72 tahun 2012)

ⁱⁱⁱLaporan Riskesdas Tahun 2007

^{iv}Buku IPKM Tahun 2010, Balitbangkes

^vPermenkes 027 tahun 2012 tentang PDBK

^{vi}WHO 2002. www.WHO.int/healthinfo/survey/en



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT

Jalan Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107
Surat Elektronik : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

**KEPUTUSAN KEPALA BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT**

NOMOR HK.02.04/VII/10/2013

TENTANG

**PENUNJUKAN TIM TEKNIS, TIM MANAJEMEN DAN TIM PELAKSANA
RISET KESEHATAN DASAR KORWIL V
TAHUN 2013**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

**KEPALA BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT**

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Diktum Kelima Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 681/Menkes/Per/VI/2010 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar dan Keputusan Kepala Badan Litbangkes Nomor HK.02.04/2/2012 tentang Tim Persiapan RISKESNAS berbasis Komunitas perlu menetapkan Keputusan Kepala Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit selaku Ketua Korwil V penyelenggaraan RISKESDAS 2013 tentang Tim Teknis, Tim Manajemen DAN Tim Pelaksana Riset Kesehatan Dasar Korwil V Tahun 2013;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 84, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4219);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1995 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3609);
4. Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2005 tentang Unit Organisasi dan Tugas Eselon I Kementerian Negara Republik Indonesia sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 50 Tahun 2008
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 791/Menkes/SK/VII/ 1999 tentang Koordinasi Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1179A/Menkes/SK/X/ 1999 tentang Kebijakan Nasional Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 439/Menkes/Per/VI/2009;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 681/Menkes/Per/VI/2010 tentang Riset Kesehatan Nasional.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT

Jalan Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107
Surat Elektronik : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

MEMUTUSKAN :

Menetapkan

- KESATU** : KEPUTUSAN KEPALA BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT TENTANG TIM TEKNIS, TIM MANAJEMEN DAN TIM PELAKSANA RISET KESEHATAN DASAR KORWIL V TAHUN 2013;
- KEDUA** : Tim Teknis Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 sebagaimana dimaksud pada Diktum Kesatu, selanjutnya disebut Tim Teknis, sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang tidak terpisahkan dari Keputusan ini;
- KETIGA** : Tim Teknis bertugas:
- menyusun rencana kerja;
 - menyimpan dan mendistribusikan pedoman kerja dan pengolahan data;
 - mendistribusikan metodologi Riskesdas;
 - melaksanakan sosialisasi kepada pelaksana Riskesdas korwil V;
 - mengusulkan kepada Tim Pengarah suatu rekomendasi teknis; dan
 - melakukan koordinasi teknis dengan tim manajemen dan pengarah
- KEEMPAT** : Tim Manajemen Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 sebagaimana dimaksud pada Diktum Kesatu, selanjutnya disebut Tim Manajemen, dengan susunan personalia sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang tidak terpisahkan dari Keputusan ini;
- KELIMA** : Tim Manajemen bertugas:
- menyusun rencana kerja;
 - melaksanakan administrasi keuangan;
 - melaksanakan administrasi ketenagaan;
 - mengkoordinasikan pelaksanaan administrasi pengadaan sarana dan prasarana Riskesdas;
 - melakukan pengawasan pelaksanaan administrasi;
 - melaporkan kegiatan;
 - mengusulkan rekomendasi administratif kepada Tim Pengarah; dan
 - melakukan koordinasi administratif dengan tim pelaksana riset terkait.
- KEENAM** : Tim Pelaksana Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 sebagaimana dimaksud pada Diktum Kesatu, selanjutnya disebut Tim Pelaksana, dengan susunan personalia sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang tidak terpisahkan dari Keputusan ini



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT

Jalan Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721

Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107

Surat Elektronik : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

- KEENAM** : Tim Pelaksana Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 sebagaimana dimaksud pada Diktum Kesatu, selanjutnya disebut Tim Pelaksana, dengan susunan personalia sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang tidak terpisahkan dari Keputusan ini
- KETUJUH** : Tim Pelaksana terdiri dari Penanggung Jawab Teknis Provinsi dan Penanggung Jawab Teknis Kabupaten/Kota. Tim Pelaksana provinsi maupun Kabupaten/Kota bertugas :
- Persiapan lapangan
 - Menyiapkan *Plan of Action* (POA) Provinsi maupun Kabupaten
 - Mengkoordinir rekrutmen tenaga pelatih dan supervisor
 - Menyiapkan dan melaksanakan rapat koordinasi tingkat Provinsi
 - Melakukan koordinasi dengan BPS untuk memperoleh komitmen penyediaan DSRT dan tenaga pendamping lapangan
 - Mengkoordinasikan pelaksanaan Riskesdas di tingkat Kabupaten/Kota
 - Diseminasi dan sosialisasi di tingkat Kabupaten/Kota
 - Identifikasi sumber daya, meliputi:
 - Mengintegrasikan potensi sumberdaya daerah apabila tersedia
 - Pemanfaatan SDM daerah sebagai pengumpul data, supervisor, dan tenaga administrasi
 - Menyiapkan sarana (gudang dan perlengkapan administrasi)
 - Menunjuk personil untuk pengelolaan logistik dan administrasi keuangan
 - Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengumpulan data Kesmas dan Biomedis tingkat Kabupaten/Kota
 - Membuat laporan pelaksanaan Riskesdas tingkat Provinsi dan Kabupaten.
 - Bersama-sama tim Pusat, melaksanakan proses, prosedur hibah dan pengelolaan logistik pra, saat pelaksanaan dan pasca penyelenggaraan Riskesdas 2013;
- KEDELAPAN** : Tim Teknis, Tim Manajemen dan Tim Pelaksana sebagaimana dimaksud pada Diktum Kedua, Diktum Keempat dan Diktum Keenam wajib memberikan laporan kegiatan secara berkala paling kurang 1 (satu) bulan sekali dan menjelaskan rincian pelaksanaan teknis kegiatan sesuai permintaan pimpinan serta bertanggung jawab kepada Kepala Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit;
- KESEMBILAN** : Dalam hal pelaksanaan tugas memerlukan bantuan tenaga ahli dan tenaga administrasi umum, maka Tim Teknis dan Tim Manajemen dapat melibatkan dan/atau merekrut sumber daya manusia sesuai kebutuhan dan ketersediaan anggaran.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT

Jalan Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107
Surat Elektronik : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

- KESEPULUH** : Segala pembiayaan yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas tim dibebankan pada anggaran DIPA Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit dan sumber lain yang tidak mengikat;
- KESEMBILAN** : Dalam hal terdapat anggota tim yang tidak melaksanakan tugas, anggota yang bersangkutan dapat diberhentikan dengan serta merta dari keanggotaan tim oleh Kepala Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit;
- KESEBELAS** : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal 02 Januari 2013 dan berakhir tanggal 31 Desember 2013.

Ditetapkan di Salatiga
Tanggal 02 Januari 2013



Drs. Bambang Heriyanto, M.Kes
NIP. 195406201981101002



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT

Jalan Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107
Surat Elektronik : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

Lampiran
Keputusan Kepala Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit
Nomor : HK.02.04/VII/10/2013
Tanggal : 02 Januari 2013

SUSUNAN PERSONALIA
TIM MANAJEMEN DAN TIM TEKNIS RISET KESEHATAN DASAR TAHUN 2013

TIM MANAJEMEN RISKESDAS : 1. Dra. Umi Widyastuti, M.Kes
Korwil V 2. Wiwik Trapsilowati, SKM, M.Kes
3. Dra. Suskamdani, M.Kes
4. Sri Miyati, SE
5. Suharti

TIM ADMINISTRATIF RISKESDAS : 1. Lulus Susanti, SKM, MPH
Korwil V 2. Aryani Pujiyanti, SKM, MPH
3. Riyani Setyaningsih, S.Si, M.Sc
4. Nuriya Fatchul Janah, A.Md
5. Wika Kirana, SE
6. Duwi Astuti, S.Kom
7. Sri Wahyuningsih, ST
8. Ghaniy Arif Triatmojo, A.Md

Ditetapkan di Salatiga
Tanggal 02 Januari 2013

Kepala,



Drs. Bambang Heriyanto, M.Kes
NIP 195406201981101002



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT

Jalan Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721

Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107

Surat Elektronik : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

2. Tim Provinsi Kalimantan Barat

1.	Koordinator	dr. Andy Jap, M.Kes
2.	PJT Provinsi	Drs. Hasan Boesri,MS
3.	PJO Provinsi	Petrus Budiraharjo,APP,M.Kes
4.	PJAL Provinsi	H. Ibnu Hajar,SKM
5.	SAL B2P2VRP	1. Sri Julianingsih, A.Md 2. Rendro Wianto 3. Doso April Wulandari, A.Md

Penanggungjawab Teknis (PJT) Kabupaten/Kota

NO	Provinsi	Kabupaten/Kota	Nama PJT Kabupaten/Kota
	Kalimantan Barat		
1.		Kab. Bengkayang	Ir. Jonni Syah R. Purba,M.Kes
2.		Kab. Kapuas Hulu	Budi Suryana,S.SIT,SKM,MPH
3.		Kab. Kayong Utara	Malik Saefudin,SKM,M.Kes
4.		Kab. Ketapang	Asmakhul Husna,SKM,M.Kes
5.		Kab. Kubu Raya	Arum Sih Joharina, S.Si
6.		Kab. Landak	Didik Hariyadi, S.Gz,M.Si
7.		Kab. Melawi	Slamet,S.Si,M.Kes
8.		Kab. Pontianak	Ary Oksari Yanti, SKM
9.		Kab. Sambas	Asmadi,ST,M.Si
10.		Kab. Sanggau	Indah Budiastutik,SKM,M.Kes
11.		Kab. Sekadau	Marlenywati,SKM,M.KM
12.		Kab. Sintang	Hendra Budi Sungkawa,SKM,M.Kes
13.		Kota Pontianak	Akhid Darwin, SKM, M.Sc
14.		Kota Singkawang	drh.Tika Fiona Sari, M.Sc



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT

Jalan Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721

Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107

Surat Elektronik : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

Penanggungjawab Kabupaten/Kota

NO	Kabupaten/Kota	Koordinator	PJO	PJAL
1.	Kab. Bengkayang	Drs. Luter Wongkar, Apt, M.Kes	Jaramen Sinaga, AMKL	Kelik Muriyanto, SKM
2.	Kab. Kapuas Hulu	Dr. H. Horison, M.Kes	Rendro Gunawan, SKM	Siti Wahdah, S.Gz.Rd
3.	Ka. Kayong Utara	Dominikus P. Asia	Kasianus	Dedi Setiawan
4.	Kab. Ketapang	dr.H.Heri Sulisty, M.Kes	Tri Prabowo	Dyah Kusumaningsih
5.	Kab. Kubu Raya	Drs. H. Titus Nursiwan, M.Kes	Drs. Teguh Sembiring, Apt	Wan Iwansyah, S.Pd, SKM
6.	Kab. Landak	drg. M. Nurainy Sitinjak, MM	Sri Wahyuni, SKM	Sutina Purnamasari, SKM
7.	Kab. Melawi	Simson SKM, M.Kes	dr. Gunadi Lino	Saspri Lintin
8.	Kab. Pontianak	dr. H.Armini, MPH	Drs. Taufikurrahman, M.Si	Desy Fatriya Narhih
9.	Kab. Sambas	dr. I Ketut Sukarja	Eko Susanto, M.Kes	Siti Mujiati, SKM
10.	Kab. Sanggau	Dr. Jones Siagian, M.QIH	Ginting, S.Si, Apt, MKM	Hendra, SKM
11.	Kab. Sekadau	dr. Wirdan Mahzumi, M.Kes	drg. Elsa Setyaningsih, MKM	Nelly Toding Padang
12.	Kab. Sintang	Dr. Marcus Gatot Budi P, M.Kes	Yulsius Jualang, S.Kep, M.Si	Eko Sudiarto, SKM, MKM
13.	Kota Pontianak	Drg. Multi J. Bhatarendro, MPPM	Dr. H. Saptiko, M.Med. PH	Ludianto, S.ST
14.	Kota Singkawang	Dr. Akhmad Kismad, M.Kes	Djoko Suratmiarto, S.IP, M.Kes	M. Zakiamani, A.Md



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT

Jalan Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107
Surat Elektronik : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

Petugas BPS Provinsi

NO	Provinsi	Nama	Jabatan
1.	Kalimantan Barat	1. Duaksa Aritonang, SE, MM	Kepala BPS
		2. Rika Kartini, S.ST	Kepala Bidang Statistik Sosial

Petugas BPS Kabupaten/Kota

NO	Kabupaten/Kota	Nama	Jabatan
1.	Kab. Bengkayang	Untung Santoso	Kepala BPS
		Septiana wulandari	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
2.	Kab. Kapuas Hulu	Guntur Prahara	Kepala BPS
		Salan	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
3.	Ka. Kayong Utara	Yanuar Lestariadi	Kepala BPS
		Jumiat	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
4.	Kab. Ketapang	Hadi Santoso	Kepala BPS
		Supardiyono	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
5.	Kab. Kubu Raya	Husen Ahna	Kepala BPS
		Hery purwanto	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
6.	Kab. Landak	Haidir	Kepala BPS
		Prasetya	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
7.	Kab. Melawi	Leila Ayu Zanaria	Kepala BPS
		Mar'ah	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
8.	Kab. Pontianak	Firmansyah	Kepala BPS
		Urai gustiansyah	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
9.	Kab. Sambas	Amad Badar	Kepala BPS
		Fatmawati	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
BALAI BESAR PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN VEKTOR DAN RESERVOIR PENYAKIT

Jalan Hasanudin No. 123 PO. BOX 200, Salatiga 50721
Telepon : (0298) 327096 ; 312107, Faksimile : (0298) 322604 ; 312107
Surat Elektronik : b2p2vrp@litbang.depkes.go.id

10.	Kab. Sanggau	Alfius	Kepala BPS
		Zulkifli	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
11.	Kab. Sekadau	Munawir	Kepala BPS
		Eri agustiansyah	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
12.	Kab. Sintang	Suwandi	Kepala BPS
		Nufi alabshar	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
13.	Kota Pontianak	Suminar	Kepala BPS
		Tommy priyatna	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial
14.	Kota Singkawang	Rosihan Anwar	Kepala BPS
		Daryanto	Penanggungjawab Seksi Statistik Sosial

Lampiran

Estimasi Kesalahan Sampling Riskesdas 2013 (*Sampling errors estimation, Riskesdas 2013*)

Berikut ini beberapa contoh perhitungan dari variabel riskesdas yang menyajikan Sampling errors estimation untuk menjadi acuan pemilihan variabel yang dapat mewakili provinsi dengan ketentuan jika nilai Relative Standars Error < 25.

Proporsi sampel penduduk umur 1-4 tahun

Provinsi	Estimasi (%)	SE	RSE	Deft	Confidence Interval	
					% - 2SE	% + 2SE
Aceh	8.27	0.20	2.42	1.06	7.87	8.67
Sumatera Utara	8.16	0.17	2.13	2.23	7.81	8.51
Suamtera Barat	7.80	0.21	2.67	1.25	7.38	8.21
Riau	8.59	0.26	2.99	2.13	8.08	9.11
Jambi	7.49	0.24	3.23	1.17	7.00	7.97
Sumater Selatan	7.04	0.20	2.90	2.06	6.64	7.45
Bengkulu	6.92	0.27	3.84	0.81	6.39	7.45
Lampung	7.18	0.21	2.87	2.07	6.77	7.59
Bangka Belitung	7.90	0.33	4.11	0.81	7.25	8.55
Kep. Riau	9.18	0.56	6.15	3.08	8.05	10.31
DKI Jakarta	7.52	0.30	3.95	5.30	6.92	8.11
Jawa Barat	7.44	0.14	1.86	5.22	7.17	7.72
Jawa Tengah	6.55	0.11	1.72	2.81	6.32	6.78
DI Yogyakarta	5.84	0.30	5.08	2.35	5.25	6.43
Jawa Timur	6.35	0.10	1.50	2.40	6.16	6.54
Banten	7.74	0.24	3.04	3.71	7.27	8.21
Bali	6.87	0.22	3.18	1.27	6.44	7.31
Nusa Tenggara Barat	8.58	0.22	2.61	1.22	8.14	9.03
Nusa Tenggara Timur	8.67	0.19	2.25	0.99	8.28	9.06
Kalimantan Barat	7.08	0.25	3.54	1.78	6.58	7.58
Kalimantan Tengah	8.02	0.24	3.03	0.77	7.54	8.51
Kalimantan Selatan	7.92	0.20	2.55	0.89	7.52	8.33
Kalimantan Timur	8.39	0.28	3.32	1.66	7.83	8.94
Sulawesi Utara	6.45	0.23	3.62	0.88	5.99	6.92
Sulawesi Tengah	8.22	0.23	2.82	0.82	7.75	8.68
Sulawesi Selatan	7.64	0.18	2.36	1.58	7.28	8.00
Sulawesi Tenggara	8.72	0.26	2.95	0.82	8.21	9.24
Gorontalo	7.47	0.31	4.17	0.64	6.85	8.10
Sulawesi Barat	8.56	0.43	4.99	1.20	7.71	9.41
Maluku	9.06	0.36	3.99	1.10	8.34	9.79
Maluku Utara	9.53	0.31	3.20	0.50	8.92	10.14
Papua Barat	9.33	0.38	4.09	0.61	8.56	10.09
Papua	8.01	0.29	3.59	1.55	7.43	8.58

Catatan:

Estimasi – nilai dari variabel ybs;

SE : Standard Error; RSE: Relative Standard Error; Deft: Design effect;

Confidence Interval: Batas Bawah (estimasi – 2SE); Batas Atas (estimasi + 2SE)

Proporsi sampel berdasarkan pendidikan yang ditamatkan (perguruan tinggi)

Provinsi	Estimasi (%)	SE	RSE	Deft	Confidence Interval	
					% - 2SE	% + 2SE
Aceh	6.29	0.35	5.51	3.61	5.60	6.99
Sumatera Utara	5.18	0.34	6.59	11.64	4.50	5.86
Suamtera Barat	6.50	0.46	7.12	6.55	5.57	7.42
Riau	5.80	0.48	8.25	9.32	4.84	6.76
Jambi	4.75	0.44	9.19	5.22	3.88	5.63
Sumater Selatan	4.77	0.52	10.95	17.56	3.73	5.82
Bengkulu	5.94	0.60	10.03	4.25	4.75	7.14
Lampung	3.80	0.39	10.27	12.26	3.02	4.57
Bangka Belitung	4.36	0.55	12.62	3.57	3.26	5.46
Kep. Riau	8.20	1.38	16.86	17.75	5.43	10.96
DKI Jakarta	8.56	0.82	9.54	32.15	6.93	10.19
Jawa Barat	4.45	0.29	6.50	33.23	3.87	5.03
Jawa Tengah	4.20	0.22	5.18	14.48	3.77	4.64
DI Yogyakarta	10.15	0.89	8.80	11.91	8.37	11.94
Jawa Timur	4.43	0.21	4.75	15.13	4.01	4.85
Banten	6.44	0.65	10.02	29.53	5.15	7.73
Bali	7.99	0.62	7.79	8.19	6.74	9.23
Nusa Tenggara Barat	4.73	0.37	7.85	5.22	3.98	5.47
Nusa Tenggara Timur	3.64	0.31	8.48	4.89	3.02	4.25
Kalimantan Barat	3.37	0.33	9.85	5.70	2.71	4.04
Kalimantan Tengah	5.62	0.51	9.08	4.22	4.60	6.64
Kalimantan Selatan	5.26	0.45	8.63	5.84	4.35	6.17
Kalimantan Timur	4.83	0.43	8.87	5.83	3.97	5.68
Sulawesi Utara	6.38	0.63	9.88	5.89	5.12	7.64
Sulawesi Tengah	5.54	0.46	8.34	4.15	4.62	6.47
Sulawesi Selatan	6.31	0.54	8.51	14.97	5.23	7.38
Sulawesi Tenggara	6.98	0.59	8.40	4.55	5.81	8.15
Gorontalo	4.94	0.70	14.13	4.25	3.54	6.33
Sulawesi Barat	4.24	0.56	13.19	3.49	3.12	5.36
Maluku	6.76	0.70	10.29	4.63	5.37	8.15
Maluku Utara	5.55	0.54	9.77	2.26	4.47	6.64
Papua Barat	5.72	0.54	9.43	1.66	4.64	6.80
Papua	4.77	0.42	8.74	4.71	3.94	5.61

Catatan:

Estimasi – nilai dari variabel ybs;

SE : Standard Error;

RSE: Relative Standard Error;

Deft: Design effect;

Confidence Interval: Batas Bawah (estimasi – 2SE); Batas Atas (estimasi + 2SE)

Proporsi Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Jamkesmas

Provinsi	Estimasi (%)	SE	RSE	Deft	Confidence Interval	
					% - 2SE	% + 2SE
Aceh	49.41	1.76	3.56	3.04	45.9	52.9
Sumatera Utara	14.55	1.53	10.52	6.63	11.5	17.6
Suamtera Barat	18.91	1.36	7.18	1.59	16.2	21.6
Riau	18.09	2.27	12.57	4.36	13.5	22.6
Jambi	17.49	2.10	11.99	2.02	13.3	21.7
Sumater Selatan	19.92	2.37	11.92	5.66	15.2	24.7
Bengkulu	12.40	1.92	15.51	0.83	8.6	16.3
Lampung	21.65	2.22	10.27	5.18	17.2	26.1
Bangka Belitung	15.67	2.07	13.24	1.74	11.5	19.8
Kep. Riau	9.41	1.86	19.74	2.74	5.7	13.1
DKI Jakarta	17.33	1.84	10.63	8.45	13.6	21.0
Jawa Barat	13.87	0.74	5.32	8.68	12.4	15.3
Jawa Tengah	16.34	0.63	3.88	4.81	15.1	17.6
DI Yogyakarta	22.85	2.30	10.08	6.61	18.2	27.5
Jawa Timur	11.70	0.53	4.57	5.57	10.6	12.8
Banten	15.79	1.57	9.93	7.92	12.7	18.9
Bali	19.55	1.38	7.05	2.51	16.8	22.3
Nusa Tenggara Barat	18.87	1.62	8.58	2.86	15.6	22.1
Nusa Tenggara Timur	53.54	2.31	4.31	4.57	48.9	58.2
Kalimantan Barat	19.21	2.27	11.79	2.95	14.7	23.7
Kalimantan Tengah	22.71	2.57	11.32	2.11	17.6	27.9
Kalimantan Selatan	21.46	1.93	8.97	2.15	17.6	25.3
Kalimantan Timur	39.91	4.66	11.68	12.19	30.6	49.2
Sulawesi Utara	20.18	2.03	10.07	1.66	16.1	24.2
Sulawesi Tengah	23.87	2.50	10.46	2.55	18.9	28.9
Sulawesi Selatan	48.66	1.55	3.19	3.24	45.6	51.8
Sulawesi Tenggara	39.66	3.13	7.90	3.05	33.4	45.9
Gorontalo	36.35	3.08	8.47	1.98	30.2	42.5
Sulawesi Barat	52.49	4.13	7.86	1.68	44.2	60.7
Maluku	33.48	4.14	12.37	3.44	25.2	41.8
Maluku Utara	35.67	3.95	11.07	1.98	27.8	43.6
Papua Barat	47.28	3.98	8.41	2.07	39.3	55.2
Papua	66.77	3.14	4.70	7.92	60.5	73.0

Catatan:

Estimasi – nilai dari variabel ybs;

SE : Standard Error;

RSE: Relative Standard Error;

Deft: Design effect;

Confidence Interval: Batas Bawah (estimasi – 2SE); Batas Atas (estimasi + 2SE)

Prevalensi Hipertensi, berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan (wawancara)

Provinsi	Estimasi (%)	SE	RSE	Deft	Confidence Interval	
					% - 2SE	% + 2SE
Aceh	8.89	0.28	3.10	1.26	8.3	9.4
Sumatera Utara	5.98	0.25	4.17	4.04	5.5	6.5
Suamtera Barat	7.19	0.31	4.26	1.98	6.6	7.8
Riau	5.57	0.28	5.06	2.54	5.0	6.1
Jambi	6.82	0.39	5.70	2.26	6.0	7.6
Sumater Selatan	6.43	0.32	4.97	3.83	5.8	7.1
Bengkulu	7.21	0.35	4.82	0.93	6.5	7.9
Lampung	6.81	0.31	4.52	3.40	6.2	7.4
Bangka Belitung	9.25	0.42	4.57	0.82	8.4	10.1
Kep. Riau	8.31	0.66	7.91	3.20	7.0	9.6
DKI Jakarta	9.43	0.42	4.45	6.39	8.6	10.3
Jawa Barat	9.70	0.22	2.27	7.25	9.3	10.1
Jawa Tengah	8.84	0.18	2.03	3.95	8.5	9.2
DI Yogyakarta	12.13	0.52	4.28	2.88	11.1	13.2
Jawa Timur	10.07	0.17	1.66	3.62	9.7	10.4
Banten	7.89	0.35	4.41	5.50	7.2	8.6
Bali	8.24	0.37	4.49	2.28	7.5	9.0
Nusa Tenggara Barat	6.15	0.28	4.63	1.83	5.6	6.7
Nusa Tenggara Timur	6.58	0.29	4.39	1.73	6.0	7.2
Kalimantan Barat	7.37	0.29	4.00	1.59	6.8	8.0
Kalimantan Tengah	9.91	0.42	4.24	1.29	9.1	10.7
Kalimantan Selatan	12.18	0.40	3.30	1.67	11.4	13.0
Kalimantan Timur	9.63	0.46	4.73	2.69	8.7	10.5
Sulawesi Utara	14.02	0.50	3.54	1.42	13.0	15.0
Sulawesi Tengah	10.69	0.43	4.07	1.50	9.8	11.6
Sulawesi Selatan	9.46	0.28	2.93	2.09	8.9	10.0
Sulawesi Tenggara	6.96	0.42	6.09	1.73	6.1	7.8
Gorontalo	10.28	0.61	5.94	1.24	9.1	11.5
Sulawesi Barat	8.61	0.65	7.56	1.75	7.3	9.9
Maluku	6.01	0.46	7.72	1.65	5.1	6.9
Maluku Utara	6.30	0.41	6.46	0.82	5.5	7.1
Papua Barat	4.66	0.44	9.49	1.00	3.8	5.5
Papua	2.99	0.24	7.87	1.69	2.5	3.5

Catatan:

Estimasi – nilai dari variabel ybs;

SE : Standard Error;

RSE: Relative Standard Error;

Deft: Design effect;

Confidence Interval: Batas Bawah (estimasi – 2SE); Batas Atas (estimasi + 2SE)

Prevalensi Katarak

Provinsi	Estimasi (%)	SE	RSE	Deft	Confidence Interval	
					% - 2SE	% + 2SE
Aceh	2.75	0.15	5.33	1.60	2.46	3.05
Sumatera Utara	1.38	0.09	6.40	3.16	1.20	1.55
Suamtera Barat	2.29	0.22	9.82	4.67	1.84	2.73
Riau	1.86	0.15	8.16	3.19	1.56	2.16
Jambi	2.80	0.29	10.38	4.26	2.22	3.38
Sumater Selatan	1.74	0.13	7.74	3.42	1.47	2.01
Bengkulu	1.88	0.32	16.94	4.07	1.24	2.52
Lampung	1.51	0.14	9.43	4.40	1.23	1.80
Bangka Belitung	1.84	0.36	19.56	3.95	1.12	2.55
Kep. Riau	1.39	0.26	18.45	3.85	0.88	1.91
DKI Jakarta	0.87	0.11	12.98	6.05	0.64	1.09
Jawa Barat	1.51	0.10	6.77	13.13	1.31	1.72
Jawa Tengah	2.39	0.13	5.35	9.42	2.13	2.65
DI Yogyakarta	1.96	0.33	17.01	8.48	1.30	2.63
Jawa Timur	1.61	0.08	5.06	6.58	1.45	1.77
Banten	1.84	0.17	9.11	7.28	1.50	2.17
Bali	2.75	0.28	10.28	5.09	2.18	3.31
Nusa Tenggara Barat	1.56	0.13	8.27	2.07	1.30	1.81
Nusa Tenggara Timur	2.30	0.16	7.05	2.40	1.98	2.63
Kalimantan Barat	1.83	0.20	10.99	4.18	1.43	2.24
Kalimantan Tengah	1.36	0.13	9.85	1.28	1.09	1.63
Kalimantan Selatan	1.45	0.15	10.28	2.44	1.15	1.75
Kalimantan Timur	1.99	0.23	11.32	4.27	1.54	2.44
Sulawesi Utara	3.66	0.30	8.23	2.49	3.05	4.26
Sulawesi Tengah	2.43	0.22	9.27	2.44	1.98	2.88
Sulawesi Selatan	2.54	0.18	7.00	4.35	2.18	2.89
Sulawesi Tenggara	1.83	0.19	10.32	1.94	1.46	2.21
Gorontalo	1.92	0.25	13.20	1.56	1.41	2.43
Sulawesi Barat	1.11	0.18	16.08	1.50	0.76	1.47
Maluku	2.15	0.19	8.69	1.13	1.78	2.52
Maluku Utara	2.33	0.25	10.63	1.24	1.84	2.83
Papua Barat	1.46	0.21	14.70	1.13	1.03	1.89
Papua	2.41	0.31	12.81	5.53	1.80	3.03

Catatan:

Estimasi – nilai dari variabel ybs;

SE : Standard Error;

RSE: Relative Standard Error;

Deft: Design effect;

Confidence Interval: Batas Bawah (estimasi – 2SE); Batas Atas (estimasi + 2SE)

Prevalensi Pendek Anak Balita

Provinsi	Estimasi (%)	SE	RSE	Deft	Confidence Interval	
					% - 2SE	% + 2SE
Aceh	37.21	0.87	2.33	2.54	35.48	38.95
Sumatera Utara	38.58	0.81	2.09	6.11	36.97	40.19
Suamtera Barat	37.87	0.97	2.57	3.22	35.92	39.82
Riau	31.30	0.94	3.00	4.10	29.42	33.18
Jambi	34.02	1.21	3.55	3.27	31.60	36.43
Sumater Selatan	31.69	0.97	3.06	5.20	29.75	33.63
Bengkulu	34.54	1.02	2.96	1.27	32.49	36.59
Lampung	38.57	1.08	2.81	5.59	36.40	40.73
Bangka Belitung	28.50	1.57	5.52	2.42	25.35	31.64
Kep. Riau	20.64	1.34	6.51	3.11	17.96	23.33
DKI Jakarta	22.09	1.11	5.01	8.88	19.88	24.30
Jawa Barat	31.65	0.63	2.00	12.60	30.39	32.92
Jawa Tengah	30.47	0.49	1.62	5.14	29.48	31.46
DI Yogyakarta	19.83	0.99	4.99	2.54	17.85	21.81
Jawa Timur	31.11	0.50	1.61	5.72	30.11	32.12
Banten	32.21	1.05	3.26	8.86	30.12	34.31
Bali	22.34	0.95	4.24	2.85	20.45	24.24
Nusa Tenggara Barat	39.57	0.98	2.48	3.00	37.61	41.54
Nusa Tenggara Timur	48.01	1.06	2.20	4.01	45.90	50.12
Kalimantan Barat	38.77	1.09	2.81	3.60	36.59	40.95
Kalimantan Tengah	36.86	1.10	2.98	1.89	34.66	39.06
Kalimantan Selatan	35.25	0.96	2.72	2.28	33.33	37.16
Kalimantan Timur	26.94	1.09	4.04	3.60	24.77	29.11
Sulawesi Utara	28.33	0.97	3.43	1.56	26.39	30.27
Sulawesi Tengah	37.95	0.96	2.53	1.81	36.03	39.87
Sulawesi Selatan	35.87	0.75	2.09	3.22	34.37	37.37
Sulawesi Tenggara	39.89	1.08	2.72	2.05	37.72	42.06
Gorontalo	37.07	1.39	3.75	1.53	34.29	39.85
Sulawesi Barat	45.98	1.67	3.64	2.54	42.63	49.33
Maluku	36.80	1.55	4.21	3.06	33.70	39.90
Maluku Utara	34.97	1.37	3.92	1.63	32.23	37.71
Papua Barat	35.71	1.49	4.16	1.42	32.74	38.69
Papua	38.84	1.25	3.21	3.62	36.34	41.33

Catatan:

Estimasi – nilai dari variabel ybs;

SE : Standard Error;

RSE: Relative Standard Error;

Deft: Design effect;

Confidence Interval: Batas Bawah (estimasi – 2SE); Batas Atas (estimasi + 2SE)

Prevalensi Diare berdasarkan diagnosa

Provinsi	Estimasi (%)	SE	RSE	Deft	Confidence Interval	
					% - 2SE	% + 2SE
Aceh	7.37	0.35	4.76	3.60	6.67	8.08
Sumatera Utara	4.26	0.20	4.70	5.45	3.86	4.67
Suamtera Barat	4.76	0.25	5.24	2.85	4.26	5.25
Riau	3.51	0.31	8.82	7.19	2.89	4.13
Jambi	3.49	0.38	10.78	5.79	2.74	4.25
Sumater Selatan	2.91	0.21	7.19	5.03	2.49	3.33
Bengkulu	3.80	0.30	7.78	1.77	3.21	4.39
Lampung	2.86	0.20	7.11	4.85	2.46	3.27
Bangka Belitung	2.07	0.24	11.65	1.59	1.59	2.55
Kep. Riau	2.31	0.33	14.12	3.80	1.66	2.96
DKI Jakarta	4.96	0.35	6.98	10.63	4.27	5.66
Jawa Barat	4.88	0.16	3.23	10.04	4.57	5.20
Jawa Tengah	4.67	0.16	3.36	7.46	4.35	4.98
DI Yogyakarta	3.81	0.28	7.39	3.19	3.25	4.38
Jawa Timur	4.67	0.15	3.23	8.08	4.37	4.97
Banten	4.30	0.30	7.08	10.77	3.69	4.91
Bali	3.58	0.22	6.12	2.38	3.15	4.02
Nusa Tenggara Barat	5.33	0.35	6.55	4.64	4.63	6.03
Nusa Tenggara Timur	6.26	0.39	6.31	5.48	5.47	7.05
Kalimantan Barat	2.82	0.20	7.15	2.76	2.41	3.22
Kalimantan Tengah	3.66	0.31	8.38	2.58	3.05	4.27
Kalimantan Selatan	3.25	0.21	6.56	2.29	2.82	3.67
Kalimantan Timur	3.43	0.26	7.56	3.34	2.91	3.94
Sulawesi Utara	4.05	0.28	7.00	2.01	3.48	4.62
Sulawesi Tengah	4.54	0.31	6.76	2.50	3.93	5.16
Sulawesi Selatan	5.59	0.26	4.57	4.24	5.08	6.10
Sulawesi Tenggara	4.11	0.35	8.54	3.07	3.41	4.82
Gorontalo	4.34	0.45	10.41	2.25	3.44	5.24
Sulawesi Barat	5.32	0.62	11.62	3.92	4.08	6.56
Maluku	3.74	0.33	8.73	2.04	3.09	4.39
Maluku Utara	2.56	0.25	9.93	1.20	2.05	3.07
Papua Barat	3.92	0.43	10.92	1.72	3.06	4.77
Papua	8.69	0.76	8.75	10.07	7.16	10.21

Catatan:

Estimasi – nilai dari variabel ybs;

SE : Standard Error;

RSE: Relative Standard Error;

Deft: Design effect;

Confidence Interval: Batas Bawah (estimasi – 2SE); Batas Atas (estimasi + 2SE)

Contraceptive prevalence rate (CPR) modern

Provinsi	Estimasi (%)	SE	RSE	Deft	Confidence Interval	
					% - 2SE	% + 2SE
Aceh	55.84	0.94	1.69	1.04	54.0	57.7
Sumatera Utara	56.88	0.94	1.65	2.63	55.0	58.8
Suamtera Barat	57.62	1.02	1.78	1.29	55.6	59.7
Riau	62.95	1.05	1.66	1.99	60.9	65.0
Jambi	69.57	1.02	1.46	1.28	67.5	71.6
Sumater Selatan	69.67	1.04	1.49	2.90	67.6	71.7
Bengkulu	70.31	1.15	1.63	0.85	68.0	72.6
Lampung	71.02	0.81	1.14	1.94	69.4	72.6
Bangka Belitung	65.62	1.32	2.02	0.81	63.0	68.3
Kep. Riau	58.98	2.21	3.74	2.55	54.6	63.4
DKI Jakarta	58.35	1.46	2.51	6.81	55.4	61.3
Jawa Barat	63.69	0.53	0.83	4.39	62.6	64.7
Jawa Tengah	64.65	0.54	0.83	3.24	63.6	65.7
DI Yogyakarta	59.13	1.41	2.39	2.03	56.3	62.0
Jawa Timur	65.41	0.47	0.72	3.05	64.5	66.4
Banten	62.77	1.02	1.62	3.91	60.7	64.8
Bali	68.03	0.99	1.46	1.43	66.0	70.0
Nusa Tenggara Barat	57.36	1.19	2.08	2.13	55.0	59.7
Nusa Tenggara Timur	55.86	1.11	1.98	1.11	53.6	58.1
Kalimantan Barat	71.86	0.88	1.23	1.28	70.1	73.6
Kalimantan Tengah	70.07	0.97	1.39	0.88	68.1	72.0
Kalimantan Selatan	65.74	0.90	1.37	1.18	63.9	67.5
Kalimantan Timur	61.86	1.33	2.15	2.27	59.2	64.5
Suluwesi Utara	63.16	1.22	1.92	1.17	60.7	65.6
Sulawesi Tengah	63.75	1.15	1.81	1.15	61.4	66.1
Sulawesi Selatan	57.04	0.86	1.51	1.55	55.3	58.8
Sulawesi Tenggara	61.71	1.25	2.02	0.94	59.2	64.2
Gorontalo	68.77	1.56	2.27	0.94	65.6	71.9
Sulawesi Barat	60.61	1.83	3.03	1.01	56.9	64.3
Maluku	53.52	1.79	3.35	1.00	49.9	57.1
Maluku Utara	58.30	1.45	2.49	0.61	55.4	61.2
Papua Barat	58.80	1.93	3.28	0.71	54.9	62.7
Papua	59.23	1.83	3.09	1.33	55.6	62.9

Catatan:

Estimasi – nilai dari variabel ybs;

SE : Standard Error;

RSE: Relative Standard Error;

Deft: Design effect;

Confidence Interval: Batas Bawah (estimasi – 2SE); Batas Atas (estimasi + 2SE)

Proporsi rumah tangga berdasarkan Kualitas fisik air

Provinsi	Estimasi (%)	SE	RSE	Deft	Confidence Interval	
					% - 2SE	% + 2SE
Aceh	88.15	1.07	1.21	5.93	86.02	90.29
Sumatera Utara	91.86	0.64	0.70	7.77	90.59	93.14
Suamtera Barat	94.56	0.64	0.68	4.48	93.27	95.85
Riau	95.42	0.66	0.70	6.76	94.09	96.75
Jambi	94.62	0.86	0.90	5.25	92.91	96.33
Sumater Selatan	93.17	0.77	0.83	7.65	91.63	94.72
Bengkulu	91.16	1.20	1.32	3.65	88.76	93.55
Lampung	96.18	0.54	0.56	7.07	95.11	97.25
Bangka Belitung	97.01	0.55	0.57	1.69	95.91	98.11
Kep. Riau	98.32	0.42	0.42	2.57	97.49	99.15
DKI Jakarta	96.29	0.43	0.45	6.99	95.43	97.15
Jawa Barat	94.30	0.42	0.44	17.85	93.47	95.13
Jawa Tengah	95.25	0.32	0.33	9.11	94.61	95.88
DI Yogyakarta	96.36	0.57	0.59	4.53	95.22	97.51
Jawa Timur	96.18	0.26	0.27	8.70	95.66	96.71
Banten	93.79	0.86	0.92	16.55	92.07	95.52
Bali	96.39	0.70	0.72	6.81	94.99	97.78
Nusa Tenggara Barat	93.36	0.75	0.80	5.09	91.87	94.85
Nusa Tenggara Timur	85.26	1.37	1.61	7.42	82.51	88.00
Kalimantan Barat	93.64	0.84	0.90	5.93	91.96	95.33
Kalimantan Tengah	88.17	1.33	1.51	4.84	85.51	90.83
Kalimantan Selatan	87.12	1.26	1.45	6.52	84.60	89.65
Kalimantan Timur	95.20	0.65	0.68	4.40	93.90	96.49
Sulawesi Utara	94.95	0.60	0.64	2.21	93.75	96.16
Sulawesi Tengah	90.84	1.16	1.28	5.02	88.52	93.16
Sulawesi Selatan	92.95	0.67	0.72	6.39	91.61	94.29
Sulawesi Tenggara	93.12	1.00	1.07	3.89	91.12	95.12
Gorontalo	94.99	0.89	0.94	2.00	93.21	96.76
Sulawesi Barat	95.31	1.01	1.06	3.10	93.29	97.33
Maluku	92.55	1.26	1.36	3.90	90.03	95.07
Maluku Utara	92.84	1.02	1.10	1.81	90.79	94.89
Papua Barat	94.16	1.27	1.35	3.09	91.61	96.71
Papua	78.61	1.88	2.39	9.26	74.86	82.36

Catatan:

Estimasi – nilai dari variabel ybs;

SE : Standard Error;

RSE: Relative Standard Error;

Deft: Design effect;

Confidence Interval: Batas Bawah (estimasi – 2SE); Batas Atas (estimasi + 2SE)

Proporsi rumah tangga pernah mendengar obat generik

Provinsi	Estimasi (%)	SE	RSE	Deft	Confidence Interval	
					% - 2SE	% + 2SE
Aceh	30.84	1.47	4.76	5.49	27.91	33.78
Sumatera Utara	31.04	1.21	3.90	9.75	28.62	33.46
Suamtera Barat	25.24	1.35	5.36	5.40	22.54	27.95
Riau	28.96	1.80	6.20	10.52	25.36	32.55
Jambi	36.66	2.40	6.55	9.07	31.86	41.46
Sumater Selatan	24.75	1.62	6.55	11.55	21.51	27.99
Bengkulu	17.89	1.48	8.29	3.06	14.93	20.86
Lampung	18.09	1.16	6.44	8.25	15.76	20.42
Bangka Belitung	33.55	2.12	6.33	3.28	29.30	37.80
Kep. Riau	38.93	3.14	8.07	10.22	32.64	45.21
DKI Jakarta	63.62	1.27	2.00	9.49	61.07	66.16
Jawa Barat	38.01	0.88	2.32	18.32	36.24	39.77
Jawa Tengah	29.09	0.73	2.53	10.76	27.62	30.56
DI Yogyakarta	51.36	2.29	4.47	10.29	46.77	55.95
Jawa Timur	25.80	0.77	2.98	14.37	24.26	27.34
Banten	37.81	1.85	4.90	18.91	34.11	41.52
Bali	49.45	1.94	3.93	7.42	45.57	53.34
Nusa Tenggara Barat	20.03	1.26	6.27	5.59	17.52	22.54
Nusa Tenggara Timur	12.02	0.98	8.15	4.51	10.06	13.99
Kalimantan Barat	23.09	1.48	6.39	6.11	20.13	26.04
Kalimantan Tengah	25.51	1.58	6.19	3.74	22.35	28.67
Kalimantan Selatan	29.17	1.51	5.17	5.06	26.15	32.19
Kalimantan Timur	42.30	1.89	4.47	7.06	38.52	46.09
Suluwesi Utara	36.48	1.89	5.19	4.49	32.69	40.27
Sulawesi Tengah	21.40	1.41	6.58	3.65	18.59	24.22
Sulawesi Selatan	25.16	1.29	5.13	8.25	22.58	27.75
Sulawesi Tenggara	28.11	1.88	6.69	4.36	24.35	31.87
Gorontalo	39.25	4.00	10.20	8.06	31.25	47.25
Sulawesi Barat	19.76	2.07	10.46	3.66	15.63	23.90
Maluku	23.95	2.25	9.40	4.71	19.45	28.45
Maluku Utara	19.25	1.85	9.61	2.53	15.55	22.95
Papua Barat	33.34	3.42	10.27	5.51	26.49	40.18
Papua	17.28	1.22	7.07	4.62	14.84	19.72

Catatan:

Estimasi – nilai dari variabel ybs;

SE : Standard Error;

RSE: Relative Standard Error;

Deft: Design effect;

Confidence Interval: Batas Bawah (estimasi – 2SE); Batas Atas (estimasi + 2SE)

REPUBLIC INDONESIA
KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
RISET KESEHATAN DASAR 2013
PERTANYAAN RUMAH TANGGA DAN INDIVIDU

RAHASIA

RKD13. RT

I. PENGENALAN TEMPAT

1	Provinsi		□ □
2	Kabupaten/Kota*)		□ □
3	Kecamatan		□ □ □
4	Desa/Kelurahan*)		□ □ □
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	□
6	Nomor Kode Sampel		□ □ □ □ □ □ □ □
7	No Bangunan Sensus & Jml Rumah Tangga		□ □ □ - □ □
8	Nama kepala rumah tangga:		No. Urut Sampel Rumah Tangga □ □
9	Apakah Rumah tangga menyimpan garam?	1. Ya 2. Tidak → P.11	□
10	Lakukan tes cepat lodium di seluruh rumah tangga dan catat kandungan lodiumnya berdasarkan perubahan warna	1. Cukup (biru tua / ungu tua) 2. Tidak cukup (biru muda / ungu muda) 3. Tidak ada lodium (Tidak berwarna)	□
11	Terpilih sampel provinsi	1. Ya 2. Tidak	□
12	Terpilih sampel nasional	1. Ya 2. Tidak	□

SAMPEL GARAM UNTUK TITRASI DIAMBIL DARI SAMPEL RUMAH TANGGA NASIONAL

13	Apakah diambil sampel garam?	1. Ya 2. Tidak	□	TEMPEL STIKER GARAM DI SINI (RXXXXXX)
14	Apakah diambil sampel air?	1. Ya 2. Tidak	□	TEMPEL STIKER AIR DI SINI (RXXXXXX)

II. KETERANGAN RUMAH TANGGA

1	Alamat rumah (Tulis dengan huruf kapital)	
2	Banyaknya anggota rumah tangga:	□ □
3	Banyaknya balita (0-59 bulan)	□ □
4	Banyaknya anggota rumah tangga yang diwawancarai:	□ □

III. KETERANGAN PENGUMPUL DATA

1	Nama Pengumpul Data:		4	Nama Ketua Tim:	
2	Tanggal Pengumpulan data: (tgl-bln-thn)	□ □ - □ □ - □ □ □ □	5	Tanggal Pengecekan: (tgl-bln-thn)	□ □ - □ □ - □ □ □ □
3	Tanda tangan Pengumpul Data		6	Tanda tangan Ketua Tim:	

*) coret yang tidak perlu

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga [KODE]	Jenis Kelamin 1. Laki 2. Perempuan	Status Kawin [KODE]	Tanggal Lahir	Umur Jika umur <1bln isikan dalam kotak"Hari" Jika umur <5thn isikan dlm kotak"Bulan" Jika umur ≥5 thn isikan dlm kotak "Tahun" dan umur ≥ 97 thn isikan "97"	Khusus ART >5 tahun Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun Status Pekerjaan [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun Jika Status Pekerjaan=2 Sebutkan Jenis Pekerjaan utama [KODE]	Khusus ART perempuan 10-54 tahun Apakah sedang Hamil? 1. Ya 2. Tidak	Apakah ART semalam tidur menggunakan kelambu 1. Ya 2.Tidak→ kolom 14	Jika "ya" Apakah kelambu ber-insektisida? 1. Ya 2.Tidak 8. Tidak tahu	ART diwawancara? 1.Ya 2.Ya, didampingi 3.Ya, diwakili 4.Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUNAKAN HALAMAN 3 APABILA JUMLAH ART > 4 ORANG

Kode kolom 3: Hubungan dg kepala rumah tangga			Kode kolom 5: Status Kawin		Kode kolom 8: Pendidikan Tertinggi		Kode Kolom 9		Kode kolom 10: Jenis Pekerjaan Utama	
01= Kepala RT	04= Anak angkat/tiri	08= Famili lain	1= Belum menikah	4= Cerai hidup	1= Tidak/ belum pernah sekolah	5= Tamat SLTA/MA	1= Tidak bekerja	1= PNS/ TNI/Polri/BUMN/BUMD	4= Petani	
02= Istri/suami	05= Menantu	09= Pembantu rumah tangga	2= Menikah	5= Hidup terpisah	2= Tidak tamat SD/MI	6= Tamat D1/D2/D3	2= Bekerja	2= Pegawai swasta	5= Nelayan	
03= Anak kandung	06= Cucu	10= Lainnya	3= Hidup bersama	6= Cerai mati	3= Tamat SD/MI	7= Tamat PT	3= Sedang mencari kerja	3= Wiraswasta	6= Buruh	
	07= Orang tua/ mertua				4= Tamat SLTP/MTS		4= Sekolah		7= Lainnya	

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga [KODE]	Jenis Kelamin 1. Laki 2. Perempuan	Status Kawin [KODE]	Tanggal Lahir	Umur Jika umur <1bln isikan dalam kotak"Hari" Jika umur <5thn isikan dlm kotak"Bulan" Jika umur ≥5 thn isikan dlm kotak "Tahun" dan umur ≥ 97 thn isikan "97"	Khusus ART >5 tahun Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun Status Pekerjaan [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun Jika Status Pekerjaan=2 Sebutkan Jenis Pekerjaan utama [KODE]	Khusus ART perempuan 10-54 tahun Apakah sedang Hamil? 1. Ya 2. Tidak	Apakah ART semalam tidur menggunakan kelambu 1. Ya 2.Tidak→ kolom 14	Jika "ya" Apakah kelambu ber-insektisida? 1. Ya 2.Tidak 8. Tidak tahu	ART diwawancara? 1.Ya 2.Ya, didampingi 3.Ya, diwakili 4.Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
5		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hr b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN APABILA JUMLAH ART > 8 ORANG

Kode kolom 3: Hubungan dg kepala rumah tangga			Kode kolom 5: Status Kawin		Kode kolom 8: Pendidikan Tertinggi		Kode Kolom 9		Kode kolom 10: Jenis Pekerjaan Utama	
01= Kepala RT	04= Anak angkat/tiri	08= Famili lain	1= Belum menikah	4 = Cerai hidup	1= Tidak/belum pernah sekolah	5= Tamat SLTA/MA	1= Tidak bekerja	1= PNS/ TNI/Polri/BUMN/BUMD	4= Petani	
02= Istri/suami	05= Menantu	09= Pembantu rumah tangga	2= Menikah	5= Hidup terpisah	2= Tidak tamat SD/MI	6= Tamat D1/D2/D3	2= Bekerja	2= Pegawai swasta	5= Nelayan	
03= Anak kandung	06= Cucu	10= Lainnya	3= Hidup bersama	6= Cerai mati	3= Tamat SD/MI	7= Tamat PT	3= Sedang mencari kerja	3= Wiraswasta	6= Buruh	
	07= Orang tua/ mertua				4= Tamat SLTP/MTS		4= Sekolah		7= Lainnya	

V. AKSES DAN PELAYANAN KESEHATAN

Sekarang kami akan menanyakan jenis fasilitas kesehatan **terdekat** termasuk alat transportasi, waktu tempuh, dan perkiraan ongkos dari rumah ke setiap pelayanan kesehatan terdekat tersebut:

(Pengertian dekat: bisa dalam satu atau beda kabupaten/ kota, kecamatan, kelurahan, desa dimana rumah tangga berada)

Jenis Fasilitas Kesehatan	Apakah mengetahui ketersediaan fasilitas	Alat transportasi yang bisa digunakan sekali jalan dari rumah ke fasilitas kesehatan tersebut		Waktu tempuh		Kira-kira berapa ongkos perjalanan dari rumah ke fasilitas kesehatan tersebut (Rp)
	1. Ya 2. Tidak	1. Mobil pribadi 2. Kendaraan umum 4. Jalan kaki 8. Sepeda motor	16. Sepeda 32. Perahu 64. Transportasi Udara 128. Lainnya	Jam	Menit	
	Jika jawaban berkode '2' lanjut ke JENIS FASILITAS KESEHATAN berikutnya	Bila jawaban lebih dari 1 jumlahkan kode jawaban alat transportasi yang digunakan				
	(1)	(2)		(3)	(4)	(5)
1) Rumah Sakit pemerintah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Rumah Sakit swasta ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Puskesmas/Puskesmas Pembantu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Praktek dokter/klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Praktek bidan/ Rumah Bersalin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Posyandu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Poskesdes/Poskestren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Polindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ISIKAN KODE "99999999" ATAU 999999 DI KOLOM 5 UNTUK FASILITAS KESEHATAN YANG ONGKOS PERJALANANNYA TIDAK DIJAWAB OLEH RESPONDEN

VI. FARMASI DAN PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL

VI.A. OBAT dan OBAT TRADISIONAL (OT) DI RUMAH TANGGA

1	Apakah di rumah tangga ini sekarang menyimpan obat dan/atau obat tradisional untuk pengobatan sendiri	1.Ya	2.Tidak→PVI.B	<input type="checkbox"/>
---	--	------	---------------	--------------------------

**JIKA JAWABAN 'YA', MINTA IZIN PADA RESPONDEN UNTUK MELAKUKAN OBSERVASI OBAT/OT DAN MENANYAKAN PEMANFAATANNYA.
CATAT MAKSIMAL 18 OBAT/OT YANG DISIMPAN**

(1)	Nama Obat/OT (2)	Jenis [KODE] (3)	Obat/OT digunakan untuk penyakit/keluhan: [KODE] (4)	Dibeli/diperoleh dari mana? [KODE] (5)	Apakah dibeli dengan resep dokter? 1. Ya 2. Tidak (6)	"Status" Obat/OT di Rumah Tangga [KODE] (7)	Biasanya digunakan untuk pengobatan berapa lama? [KODE] (8)	Penilaian terhadap kondisi obat/OT yang disimpan [KODE] (9)
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUNAKAN HALAMAN 6 APABILA JUMLAH OBAT/OT YANG DISIMPAN > 9 MACAM

Kode Kolom 3	Kode Kolom 4	Kode kolom 5	Kode kolom 7	Kode Kolom 8	Kode Kolom 9
1 = Obat keras (logo merah bertanda K) 2 = Obat bebas/terbatas (logo hijau/biru) 3 = Antibiotika 4 = Obat "telanjang", tanpa logo 5 = Obat Tradisional 8 = Tidak tahu	01= influenza, pilek, masuk angin 02= batuk, sakit tenggorokan 03= asma, bengek, sesak napas 04= nyeri/pegal2,rematik, asam urat, sakit .kepala, sakit .gigi 05= demam 06= tuberkulosis 07= malaria 08= infeksi kulit, luka 09= alergi, gatal-gatal 10= darah tinggi 11= kencing manis/diabetes 12= peny.jantung & pembuluh darah 13= KB, memperlancar haid 14= diare 15= sembelit, wasir (ambeien) 16= sakit maag,kembung 17= mual, muntah 18= sakit mata 19= sakit telinga 20= sariawan, bibir pecah2 21= vitamin, suplemen, tonikum, kebugaran/kesehatan 22= kecacingan 23= infeksi virus (DBD, campak, hepatitis, dsb) 24= gangguan tiroid (hiper/hipotiroid) 25= dislipidemia, menurunkan kolesterol 26= lainnya 88= tidak tahu	1= apotek 2= toko obat/warung 3= pemberian orang lain 4= pelayanan kesehatan formal (puskesmas, RS, klinik) 5= Nakes (dokter, apoteker, bidan, mantri,perawat) 6= pelayanan kesehatan Tradisional 7= penjual jamu/OT keliling	1= sedang digunakan untuk pengobatan saat ini 2= obat sisa pengobatan sebelumnya 3= disimpan untuk persediaan jika sakit	1 = 1 – 3 hari 2 = 4 – 7 hari 3 = Lebih dari 7 hari 4 = Lebih dari sebulan/rutin 5 = kalau perlu saja 8 = tidak tahu	1= Baik (wadah bersih dan kemasan tertutup rapat, dan utuh, dan kondisi obat tidak basah/ tidak lembab, dan jika obat cair tidak ada gumpalan, dan jika obat krim atau suspensi tidak pecah atau memisah, dan jika obat tradisional jamu yang berbentuk segar dibuat baru/ <i>recentus paratus</i> , dan etiket/label jelas) 2= Tidak baik (wadah kotor, kemasan tidak utuh; kondisi obat basah, lembab,keruh, ada endapan/pemisahan, etiket/label tidak jelas, dan kadaluarsa)

VI.A. OBAT dan OBAT TRADISIONAL (OT) DI RUMAH TANGGA {LANJUTAN}

(1)	Nama Obat/OT (2)	Jenis	Obat/OT digunakan untuk penyakit/keluhan:	Dibeli/diperoleh dari mana?	Apakah dibeli dengan resep dokter?	"Status" Obat/OT di Rumah Tangga	Biasanya digunakan untuk pengobatan berapa lama?	Penilaian terhadap kondisi obat/ OT yang disimpan
		[KODE] (3)	[KODE] (4)	[KODE] (5)	1. Ya 2. Tidak (6)	[KODE] (7)	[KODE] (8)	[KODE] (9)
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kode Kolom 3	Kode Kolom 4		Kode kolom 5	Kode kolom 7	Kode Kolom 8	Kode Kolom 9
1 = Obat keras (logo merah bertanda K) 2 = Obat bebas/terbatas (logo hijau/biru) 3= Antibiotika 4 = Obat "telanjang", tanpa logo 5 = Obat Tradisional 8 = Tidak tahu	01= influenza, pilek, masuk angin 02= batuk, sakit tenggorokan 03= asma, bengek, sesak napas 04= nyeri/pegal2,rematik, asam urat, sakit kepala, sakit gigi 05= demam 06= tuberkulosis 07= malaria 08= infeksi kulit, luka 09= alergi, gatal-gatal 10= darah tinggi 11= kencing manis/diabetes 12= peny.jantung & pembuluh darah 13= KB, memperlancar haid	14= diare 15= sembelit, wasir (ambeien) 16= sakit maag,kembung 17= mual, muntah 18= sakit mata 19= sakit telinga 20= sariawan, bibir pecah2 21= vitamin, suplemen, tonikum, kebugaran/kesehatan 22= kecacingan 23= infeksi virus (DBD, campak, hepatitis, dsb) 24= gangguan tiroid (hiper/hipotiroid) 25= dislipidemia, menurunkan kolesterol 26= lainnya 88= tidak tahu	1= apotek 2= toko obat/warung 3= pemberian orang lain 4= pelayanan kesehatan formal (puskesmas, RS, klinik) 5= Nakes (dokter, apoteker, bidan, mantri,perawat) 6= pelayanan kesehatan tradisional 7= penjual jamu/OT keliling	1= sedang digunakan untuk pengobatan saat ini 2= obat sisa pengobatan sebelumnya 3= disimpan untuk persediaan jika sakit	1 = 1 – 3 hari 2 = 4 – 7 hari 3 = Lebih dari 7 hari 4 = Lebih dari sebulan/rutin 5 = kalau perlu saja 8 = tidak tahu	1= Baik (wadah bersih dan kemasan tertutup rapat, dan utuh, dan kondisi obat tidak basah/ tidak lembab, dan jika obat cair tidak ada gumpalan, dan jika obat krim atau suspensi tidak pecah atau memisah, dan jika obat tradisional jamu yang berbentuk segar dibuat baru/ <i>recentus paratus</i> , dan etiket/label jelas) 2= Tidak baik (wadah kotor, kemasan tidak utuh; kondisi obat basah, lembab, keruh, ada endapan/ pemisahan, etiket/label tidak jelas, dan kadaluarsa)

VI.B. PENGETAHUAN TENTANG OBAT GENERIK						
1	Apakah Anda mengetahui tentang Obat Generik?		1. Ya 2. Tidak → PVI.C	<input type="checkbox"/>		
2	Apa saja yang Anda ketahui mengenai Obat Generik (OG) (POINT a – g DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU					
	a. Obat gratis	<input type="checkbox"/>	c. Obat bagi pasien miskin	<input type="checkbox"/>	e. Obat tanpa merek dagang	<input type="checkbox"/>
	b. Obat murah	<input type="checkbox"/>	d. Obat yang dapat dibeli di warung	<input type="checkbox"/>	f. Khasiatnya sama dengan obat bermerek	<input type="checkbox"/>
					g. Obat Program Pemerintah	<input type="checkbox"/>
3	Dari manakah Anda mendapatkan informasi mengenai Obat Generik ? (POINT a-f TIDAK DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK					
	a. Media cetak (koran, leaflet, brosur)	<input type="checkbox"/>	d. Kader , Tokoh Masyarakat	<input type="checkbox"/>		
	b. Media elektronik (radio, tv, internet)	<input type="checkbox"/>	e. Teman, kerabat	<input type="checkbox"/>		
	c. Tenaga Kesehatan	<input type="checkbox"/>	f. Pendidikan (sekolah, kursus dll.)	<input type="checkbox"/>		

VI.C. PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL				
1	Apakah rumah tangga ini pernah berobat ke Pelayanan kesehatan tradisional dalam 1 tahun terakhir?		1.Ya 2.Tidak → Blok VII	<input type="checkbox"/>
2	Jenis Pelayanan kesehatan tradisional (DIBACAKAN)	1. Ya 2. Tidak → lanjut ke baris berikutnya	Alasan utama memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional (TIDAK DIBACAKAN) [LIHAT KODE KOLOM 4]	
(1)	(2)	(3)	(4)	
a.	Pelayanan kesehatan tradisional ramuan (Jamu, aromaterapi, gurah, homeopati, spa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Pelayanan kesehatan tradisional keterampilan menggunakan alat (Akupunktur, Chiropraksi, Kop/Bekam, Apiterapi, Ceragem, Akupresur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Pelayanan kesehatan tradisional keterampilan tanpa alat (Pijat –urut, Pijat -urut bayi, Patah Tulang, Refleksi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Pelayanan kesehatan tradisional keterampilan dengan pikiran (Hipnoterapi, Meditasi, Prana, Tenaga dalam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kode Kolom 4: Alasan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Tradisional				
1. Tradisi/kepercayaan		4. Lebih manjur	7. Biaya murah	
2. Putus asa dengan pengobatan moderen		5. Penyakit belum parah	8. Coba-coba	
3. Tidak ada sarana pelayanan kesehatan lainnya		6. Lebih aman	9. Menjaga kesehatan/kebugaran	

VII. GANGGUAN JIWA BERAT DALAM KELUARGA				
1	Apakah ada ART yang pernah menderita gangguan jiwa?		1. Ya 2. Tidak → Blok VIII	<input type="checkbox"/>
2	Apakah ART menderita gangguan jiwa berat (Skizofrenia/Psikosis) ?		1. Ya 2. Tidak → Blok VIII	<input type="checkbox"/>
3	Apakah ART pernah didiagnosis menderita gangguan jiwa berat (Skizofrenia/Psikosis) oleh tenaga kesehatan?		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
4	Jika No 2 dan/atau No 3 ya, berapa ART?		----- orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Apakah pernah berobat ke Rumah Sakit Jiwa dan atau tenaga kesehatan		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
6	Apakah pernah dipasung/diasingkan/dikekang atau tindakan mirip pasung?		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

IX. PEMUKIMAN DAN EKONOMI						
1.	Apakah status penguasaan bangunan tempat tinggal yang ditempati?		1. Milik sendiri 2. Kontrak 3. Sewa	4. Bebas sewa (milik orang lain) 5. Bebas sewa (milik orang tua/sanak/saudara) 6. Rumah dinas 7. Lainnya	<input type="checkbox"/>	
2.	a. Luas Lantai bangunan rumah		.....m ²		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b. Jumlah orang yang tinggal dalam satu bangunan rumah		..... orang		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Keadaan ruangan dalam rumah (OBSERVASI)					
	Jenis Ruangan	Penggunaan 1=Terpisah 2=Tidak Terpisah	Kebersihan 1=Bersih, 2=Tidak bersih	Ketersediaan jendela 1=Ada, dibuka tiap hari; 2=Ada, jarang dibuka; 3=Tidak ada	Ventilasi 1=Ada, luasnya >=10% luas lantai; 2=Ada, luasnya <10% luas lantai; 3=Tidak ada	Pencahayaan alami 1=Cukup 2=Tidak cukup
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a. Tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Masak/dapur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Jenis lantai rumah terluas:		1. Keramik/ ubin/ marmer/ semen 2. Semen plesteran retak	3. Papan/ bambu/ anyaman bambu/ rotan 4. Tanah	<input type="checkbox"/>	
5.	Jenis dinding terluas:		1. Tembok 2. Kayu/ papan/ triplek	3. Bambu 4. Seng	<input type="checkbox"/>	
6.	Jenis plafon/langit-langit rumah terluas:		1. Beton 2. Gypsum 3. Asbes/GRC board	4. Kayu/ tripleks 5. Anyaman bambu 6. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	
7.	Apa jenis sumber penerangan rumah?		1. Listrik PLN 2. Listrik Non-PLN	3. Petromaks/ aladin 4. Pelita/ sentir/ obor	5. Lainnya	<input type="checkbox"/>
8.	a. Penggunaan fasilitas tempat buang air besar sebagian besar anggota rumah tangga:		1. Milik sendiri 2. Milik bersama	3. Umum 4. Tidak ada → P.8c	<input type="checkbox"/>	
	b. Jenis kloset yang digunakan:		1. Leher angsa 2. Plengsengan	3. Cemplung/ cubluk/ lubang tanpa lantai 4. Cemplung/ cubluk/ lubang dengan lantai	<input type="checkbox"/>	
	c. Tempat pembuangan akhir tinja:		1. Tangki septik 2. SPAL	3. Kolam/sawah 4. Sungai/danau/laut	5. Lubang tanah 6. Pantai/tanah lapang/kebun	7. Lainnya	☐
9.	Apakah [RUMAH TANGGA] memiliki barang-barang sebagai berikut:					
	a. Sepeda	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	f. Pemanas Air	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Sepeda Motor	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	g. Tabung gas 12 kg atau lebih	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Perahu	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	h. Lemari Es/ Kulkas	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. TV/TV Kabel	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	i. Perahu Motor	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. AC	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	j. Mobil	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
10.	Apakah [RUMAH TANGGA] mendapat pelayanan kesehatan gratis selama 1 tahun terakhir dengan menggunakan kartu tanpa iuran kepersertaan?				1. Ya 2. Tidak → P.12	<input type="checkbox"/>
11.	Jika Ya, kartu/ surat yang digunakan:		1. Jamkesmas/ Jamkesda 2. Kartu PKH	3. Surat Keterangan Tidak Mampu 4. Kartu Sehat	<input type="checkbox"/>	
12.	Apakah [RUMAH TANGGA] pernah membeli/ mendapat beras miskin (raskin) selama 1 tahun terakhir?				1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

CATATAN

PNEUMONIA/RADANG PARU						
A06	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita radang paru (Pneumonia) dengan atau tanpa dilakukan foto dada (foto rontgen) oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan)?		1. Ya, dalam ≤ 1 bulan terakhir → A09 2. Ya, > 1 bulan – 12 bulan → A09	3. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
A07	Apakah [NAMA] mengalami gejala penyakit demam, batuk, kesulitan bernapas dengan atau tanpa nyeri dada ?		1. Ya, dalam ≤ 1 bulan terakhir 2. Ya, > 1 bulan – 12 bulan	3. Tidak→ A09 8. Tidak tahu→ A09	<input type="checkbox"/>	
A08	Bila ya, bagaimana kesulitan napas yang dialami?(BACAKAN POINT PERTANYAAN DAN PERLIHATKAN GAMBAR) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK					
	a. Napas cepat	<input type="checkbox"/>	c. Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam		<input type="checkbox"/>	
	b. Napas cuping hidung	<input type="checkbox"/>				
MALARIA						
A09	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Malaria yang sudah dipastikan dengan pemeriksaan darah oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?		1. Ya, dalam ≤ 1 bulan terakhir 2. Ya, > 1 bulan – 12 bulan	3. Tidak→ A14 8. Tidak tahu → A14	<input type="checkbox"/>	
A10	Jenis malaria apa yang ditemukan dalam pemeriksanan darah? (JAWABAN BISA > 1, JIKA > 1 JUMLAHKAN KODE JAWABAN)		1. Malaria tropica (P. falciparum) 2. Malaria tertiana (P. vivax)	4. Malaria lainnya 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
A11	Apakah [NAMA] mendapat pengobatan obat program kombinasi artemisinin (ACT, lihat alat peraga)?		1. Ya 2. Tidak→ A16	8. Tidak tahu→ A16	<input type="checkbox"/>	
A12	Kapan[NAMA] mendapat pengobatan obat program kombinasi artemisinin (ACT) tersebut		1. dalam 24 jam pertama menderita panas 2. Lebih dari 24 jam pertama menderita panas		<input type="checkbox"/>	
A13	Apakah [NAMA] diberi pengobatan kombinasi artemisinin (ACT) selama 3 hari?		1. Ya, diminum habis dalam 3 hari 2. Ya, diminum tidak habis dalam 3 hari	3. Tidak	<input type="checkbox"/>	
LANJUT KE A16						
A14	Apakah [NAMA] pernah menderita panas disertai menggigil atau panas naik turun secara berkala, dapat disertai sakit kepala, berkeringat,mual, muntah?		1. Ya, dalam ≤ 1 bulan terakhir 2. Ya, > 1 bulan – 12 bulan	3. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
A15	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah minum obat anti malaria dengan atau tanpa gejala panas?		1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
TUBERKULOSIS PARU (TB PARU)						
A16	Apakah akhir-akhir ini [NAMA] batuk?		1. Ya, < 2 minggu 3. Tidak→ A18	2. Ya, ≥ 2 minggu	<input type="checkbox"/>	
A17	Jika ya, apakah batuk tersebut disertai gejala ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK					
	a. Dahak	<input type="checkbox"/>	c. Demam	<input type="checkbox"/>	f. Berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik	<input type="checkbox"/>
	b. Darah/ Dahak bercampur darah	<input type="checkbox"/>	d. Nyeri dada	<input type="checkbox"/>	g. Nafsu makan menurun	<input type="checkbox"/>
			e. Sesak nafas	<input type="checkbox"/>	h. Berat badan menurun/ sulit bertambah	<input type="checkbox"/>
A18	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis TB Paru oleh tenaga kesehatan		1. Ya, dalam ≤ 1 tahun terakhir 2. Ya, > 1 tahun	3. Tidak→ A21	<input type="checkbox"/>	
A19	Hasil Pemeriksaan apa yang digunakan untuk menegakkan diagnosis ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA 2=TIDAK 3= TIDAK DIPERIKSA 4. TUNGGU HASIL 8. TIDAK TAHU					
	a. Pemeriksaan dahak menunjukkan TB	<input type="checkbox"/>	b. Pemeriksaan foto dada (Rontgen) menunjukkan TB		<input type="checkbox"/>	
A20	Apakah mendapat obat anti TB (OAT) LIHAT ALAT PERAGA		1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
HEPATITIS/ SAKIT LIVER/ SAKIT KUNING						
A21	Dalam 12 bulan terakhir , apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita sakit liver (Hepatitis) melalui pemeriksaan darah oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?		1. Ya	2. Tidak→ A23 8. Tidak tahu→ A23	<input type="checkbox"/>	
A22	Jenis hepatitis yang [NAMA] derita menurut tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan) adalah? 1. Hepatitis A → B01 2. Hepatitis B → B01 3. Hepatitis C → B01 4. Hepatitis lainnya → B01		8. Tidak tahu → B01		<input type="checkbox"/>	
A23	Dalam 12 bulan terakhir apakah [NAMA] pernah menderita demam, lemah, mata atau kulit berwarna kuning, gangguan saluran cerna (mual, muntah, tidak nafsu makan), nyeri pada perut kanan atas, disertai urin warna seperti air teh pekat?		1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu		<input type="checkbox"/>	

B. PENYAKIT TIDAK MENULAR

ASMA/ MENGI/ BENGEK dan PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) ---- (PERTANYAAN B01 – B05 UNTUK SEMUA UMUR)

B01	Apakah [NAMA] pernah mengalami gejala sesak napas	1. Ya	2. Tidak → B07	<input type="checkbox"/>
B02	Apakah gejala sesak napas tersebut terjadi pada kondisi berikut: ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	a. terpapar udara dingin	<input type="checkbox"/>	c. asap rokok	<input type="checkbox"/>
	b. debu	<input type="checkbox"/>	d. stres	<input type="checkbox"/>
			e. flu atau infeksi	<input type="checkbox"/>
			f. kelelahan	<input type="checkbox"/>
			g. alergi obat	<input type="checkbox"/>
			h. alergi makanan	<input type="checkbox"/>
B03	Apakah gejala sesak napas disertai kondisi di bawah ini: ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	a. Mengi	<input type="checkbox"/>	c. sesak napas berkurang atau menghilang tanpa pengobatan	<input type="checkbox"/>
	b. sesak napas berkurang atau menghilang dengan pengobatan	<input type="checkbox"/>	d. sesak napas lebih berat dirasakan pada malam hari atau menjelang pagi	<input type="checkbox"/>
B04	Umur berapa mulai merasakan keluhan sesak pertama kali?	.....Tahun		<input type="checkbox"/>
B05	Apakah sesak napas [NAMA] pernah kambuh dalam 12 bulan terakhir?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

PERTANYAAN B06 DITANYAKAN JIKA ≥ 30 Tahun

B06	Apakah dalam satu bulan terakhir [NAMA] mengalami gejala-gejala sebagai berikut? ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1 = YA ATAU 2=TIDAK			
	a. Batuk berdahak	<input type="checkbox"/>	b. Sesak napas bertambah ketika beraktifitas	<input type="checkbox"/>
			c. Sesak napas bertambah dengan meningkatnya usia	<input type="checkbox"/>

KANKER (UNTUK SEMUA UMUR)

B07	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit kanker oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak → B11	<input type="checkbox"/>
B08	Kapan [NAMA] didiagnosis kanker tersebut pertama kali?	Tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B09	Kanker apa yang [NAMA] alami? ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 7=TIDAK BERLAKU			
	a. Kanker leher rahim (cervix uteri)	<input type="checkbox"/>	d. Kanker kolorektal/usus besar	<input type="checkbox"/>
	b. Kanker payudara	<input type="checkbox"/>	e. Kanker paru dan bronkus	<input type="checkbox"/>
	c. Kanker prostat	<input type="checkbox"/>	f. Kanker nasofaring	<input type="checkbox"/>
			g. Kanker getah bening	<input type="checkbox"/>
			h. Kanker darah/leukemia	<input type="checkbox"/>
			i. Kanker lainnya, sebutkan	<input type="checkbox"/>
B10	Apakah [NAMA] telah menjalani pengobatan kanker seperti di bawah ini : ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	a. pembedahan/operasi	<input type="checkbox"/>	b. Radiasi/penyinaran	<input type="checkbox"/>
			c. Kemoterapi	<input type="checkbox"/>
			d. Lainnya, Sebutkan	<input type="checkbox"/>

**B11 JIKA ART BERUMUR ≥ 15 TAHUN KE PERTANYAAN B12
JIKA ART BERUMUR <15 KE BLOK C**

PENYAKIT KENCING MANIS (DIABETES MELITUS) UNTUK ART ≥ 15 TAHUN

B12	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak → B14	<input type="checkbox"/>
B13	Apakah [NAMA] saat ini melakukan hal-hal dibawah ini untuk mengendalikan penyakit kencing manis ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	a. Diet	<input type="checkbox"/>	b. Olah Raga	<input type="checkbox"/>
			c. Minum Obat anti diabetik	<input type="checkbox"/>
			d. Injeksi insulin	<input type="checkbox"/>
B14	Apakah [NAMA] dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: (BACAKAN POINT a - d) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	a. Sering lapar	<input type="checkbox"/>	b. sering haus	<input type="checkbox"/>
			c. sering buang air kecil & jumlah banyak	<input type="checkbox"/>
			d. Berat badan turun	<input type="checkbox"/>

PENYAKIT HIPERTIROID (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)

B15	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis hipertiroid oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B16	Apakah [NAMA] mengalami pembesaran kelenjar gondok di leher? (berdasarkan laporan responden dan/ atau observasi)	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B17	Apakah [NAMA] dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala:	a. Jantung berdebar-debar	1. Ya	2. Tidak
		b. berkeringat banyak	1. Ya	2. Tidak

HIPERTENSI / TEKANAN DARAH TINGGI (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)				
B18	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita hipertensi/ penyakit tekanan darah tinggi oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya	2. Tidak → B20	<input type="checkbox"/>
B19	Kapan didiagnosis pertama kali	Tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B20	Apakah saat ini [NAMA] sedang minum obat medis untuk tekanan darah tinggi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
PENYAKIT JANTUNG KORONER (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)				
B21	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit jantung koroner (Angina Pektoris dan/atau Infark Miokard) oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak → B23	<input type="checkbox"/>
B22	Kapan didiagnosis pertama kali?	Tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B23	Apakah [NAMA] pernah mengalami gejala/ riwayat:			
	a. Nyeri di dalam dada/ rasa tertekan berat/ tidak nyaman di dada	1. Ya	2. Tidak → B24	<input type="checkbox"/>
	b. Nyeri / tidak nyaman di dada dirasakan di dada bagian tengah / dada kiri depan / menjalar ke lengan kiri	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Nyeri / tidak nyaman di dada dirasakan ketika mendaki/ naik tangga /berjalan tergesa-gesa	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Nyeri/ tidak nyaman di dada hilang ketika menghentikan aktifitas/ istirahat?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
PENYAKIT GAGAL JANTUNG (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)				
B24	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit gagal jantung (Decompensatio Cordis) oleh dokter ?	1. Ya	2. Tidak → B26	<input type="checkbox"/>
B25	Kapan didiagnosis pertama kali?	Tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B26	Apakah [NAMA] mengalami gejala/ riwayat:			
	a. Sesak napas pada saat aktifitas	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Sesak napas saat tidur terlentang tanpa bantal	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Kapasitas aktivitas fisik menurun/ mudah lelah	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Tungkai bawah bengkak	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
PENYAKIT GINJAL (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)				
B27	Apakah [NAMA] didiagnosis menderita penyakit gagal ginjal kronis (minimal sakit selama 3 bulan berturut-turut) oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B28	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis mengalami penyakit batu ginjal oleh dokter?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
PENYAKIT SENDI / REMATIK / ENCOK (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)				
B29	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit sendi/ rematik/ encok oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B30	Apakah [NAMA] ketika bangun tidur pagi hari pernah menderita (bacakan pilihan jawaban a-d) di persendian yang timbul bukan karena kecelakaan? ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	a. Sakit/ Nyeri	<input type="checkbox"/>	b. Merah	<input type="checkbox"/>
	c. Kaku	<input type="checkbox"/>	d. Bengkak	<input type="checkbox"/>
STROKE (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)				
B31	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit <i>stroke</i> oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya	2. Tidak → B33	<input type="checkbox"/>
B32	Kapan didiagnosis pertama kali?	Tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B33	Apakah [NAMA] pernah mengalami keluhan secara mendadak seperti di bawah ini: ISIKAN KODE JAWABAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	a. kelumpuhan pada satu sisi tubuh	<input type="checkbox"/>	d. bicara pelo	<input type="checkbox"/>
	b. kesemutan atau baal satu sisi tubuh	<input type="checkbox"/>	e. Sulit bicara/ komunikasi dan atau tidak mengerti pembicaraan	<input type="checkbox"/>
	c. mulut menjadi mencong tanpa kelumpuhan otot mata	<input type="checkbox"/>		

C.CEDERA (UNTUK SEMUA UMUR)								
C01	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami peristiwa (seperti kecelakaan, kekerasan, jatuh) yang mengakibatkan cedera SEHINGGA KEGIATAN SEHARI-HARI TERGANGGU?			1. Ya 2. Tidak → D01	<input type="checkbox"/>			
C02	Dalam 12 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] mengalami cedera?			..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
C03	Apakah dirawat ?	1.Ya 2.Tidak → point berikutnya	Lama rawat jalan (hari)	Lama rawat inap (hari)				
	a. Tenaga kesehatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	b. Pengobat tradisional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	c. Diobati sendiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
APABILA KEJADIAN CEDERA LEBIH DARI 1 KALI, TANYAKAN CEDERA YANG PALING PARAH MENURUT PENGAKUAN RESPONDEN								
C04	Bagian tubuh yang terkena cedera: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN f) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK							
	a. Kepala	<input type="checkbox"/>	c. Punggung	<input type="checkbox"/>	e. Anggota gerak atas	<input type="checkbox"/>		
	b. Dada	<input type="checkbox"/>	d. Perut/ organ dalam	<input type="checkbox"/>	f. Anggota gerak bawah	<input type="checkbox"/>		
C05	Jenis cedera yang dialami: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK							
	a. Lecet/ lebam/ memar	<input type="checkbox"/>	c. Patah tulang	<input type="checkbox"/>	e. Anggota tubuh terputus	<input type="checkbox"/>	g. Gegar otak	<input type="checkbox"/>
	b. Luka iris/ robek	<input type="checkbox"/>	d. Terkilir, teregang	<input type="checkbox"/>	f. Cedera mata	<input type="checkbox"/>	h.Lainnya, tuliskan	<input type="checkbox"/>
C06	Apakah cedera yang terjadi mengakibatkan kecacatan fisik yang permanen pada bagian tubuh seperti dibawah ini? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN c) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK							
	a. Panca indera tidak berfungsi (buta, tuli, bisu, dll)	<input type="checkbox"/>	b. Kehilangan sebagian anggota badan (jari/tangan/kaki putus, dll)		<input type="checkbox"/>			
			c. Bekas luka permanen yang mengganggu kenyamanan		<input type="checkbox"/>			
C07	Tempat terjadinya cedera: 1. Rumah dan Lingkungannya 2. Lingkungan sekolah 3. Tempat Olah Raga 4. Jalan Raya 5. Area bisnis/jasa/perkantoran/tempat umum 6. Area industri & konstruksi 7. Area Pertanian 8. Lainnya, tuliskan.....				<input type="checkbox"/>			
C08	Penyebab cedera: 1. Kecelakaan transportasi darat sepeda motor →C09 2. Kecelakaan transportasi darat lainnya→C10 3. Jatuh (terpeleset, terjatuh dari ketinggian)→ C10 4. Terkena benda tajam, tumpul, mesin, dsb→ C10 5. Terbakar/ terkena air panas/ bahan kimia→ C10 6. Tergigit/ tersengat/ diserang hewan →C10 7. Kejatuhan/ terkena lemparan benda →C10 8. Keracunan→ C10 9.Lainnya, tuliskan..... → C10				<input type="checkbox"/>			
C09	Bila kecelakaan transportasi darat sepeda motor, apakah pengguna sepeda motor memakai helm? GUNAKAN KARTU PERAGA GAMBAR JENIS HELM 1. Memakai helm standar terkancing 2. Memakai helm standar tidak terkancing 3. Memakai helm tidak standar (helm untuk: sepeda, proyek, tentara) 4. Tidak memakai helm 7. Tidak berlaku (bukan pengendara sepeda motor, misal: pejalan kaki tertabrak sepeda motor)				<input type="checkbox"/>			
C10	Penyebab cedera timbul karena kondisi: 1. Tindakan/ kejadian kekerasan 2. Usaha bunuh diri 3. Bencana alam 4. Kelalaian/ ketidaksengajaan 5. Lainnya				<input type="checkbox"/>			
D. GIGI DAN MULUT (SEMUA UMUR)								
D01	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah dengan gigi dan/ atau mulut?			1. Ya 2.Tidak →D07	<input type="checkbox"/>			
D02	Apakah [NAMA] merasa terganggu dengan masalah gigi dan/ atau mulut yang dialami?			1. Ya 2.Tidak →D04	<input type="checkbox"/>			
D03	Rata-rata, berapa lama aktivitas sehari-hari [NAMA] terganggu akibat masalah gigi dan/ atau mulut tersebut?			..... Hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
D04	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] menerima perawatan atau pengobatan gigi dan/ atau mulut?			1. Ya 2.Tidak→D07	<input type="checkbox"/>			

D05	Kemana [NAMA] pergi berobat? ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK					
	a. Dokter Gigi Spesialis	<input type="checkbox"/>	c. Perawat Gigi	<input type="checkbox"/>	e. Tukang Gigi	<input type="checkbox"/>
	b. Dokter Gigi	<input type="checkbox"/>	d. Paramedik Lainnya	<input type="checkbox"/>	f. Lainnya, Sebutkan	<input type="checkbox"/>

D06	Jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] untuk masalah gigi dan mulut? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN I) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK					
	a. Penumpatan	<input type="checkbox"/>	e. Scaling	<input type="checkbox"/>	i. Pemasangan gigi tanam (implant denture)	<input type="checkbox"/>
	b. Pengobatan	<input type="checkbox"/>	f. Pemasangan gigi palsu lepas sebagian (protesa)	<input type="checkbox"/>	j. Konseling tentang perawatan kebersihan mulut	<input type="checkbox"/>
	c. Pencabutan	<input type="checkbox"/>	g. Pemasangan gigi palsu lepas penuh (full denture)	<input type="checkbox"/>	k. Perawatan ortodonsia	<input type="checkbox"/>
	d. Bedah Mulut	<input type="checkbox"/>	h. Pemasangan gigi tiruan cekat	<input type="checkbox"/>	l. Perawatan gusi/ periodontal treatment	<input type="checkbox"/>

PERTANYAAN D07 KHUSUS UNTUK ART UMUR ≥ 12 TAHUN

D07	Apakah (nama) telah kehilangan seluruh gigi asli?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-----	---	-------	----------	--------------------------

**JIKA ART BERUMUR < 9 TAHUN LANJUT KE BLOK H. PEMBIAYAAN KESEHATAN
JIKA ART BERUMUR 10–14 TAHUN LANJUT KE BLOK G. PENGETAHUAN SIKAP DAN PERILAKU
JIKA ART BERUMUR ≥ 15 TAHUN LANJUT KE BLOK E. DISABILITAS/KETIDAKMAMPUAN**

E. DISABILITAS/ KETIDAKMAMPUAN (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)

**Sekarang saya akan menanyakan keadaan kesehatan menurut penilaian [NAMA] sendiri.
Yang dimaksud dengan keadaan kesehatan disini adalah keadaan fisik dan mental [NAMA]**

E01	Selama 1 bulan terakhir, secara umum, bagaimana kondisi kesehatan [NAMA]?	1. Baik	2. Cukup	3. Buruk	<input type="checkbox"/>
-----	---	---------	----------	----------	--------------------------

BACAKAN: Untuk lebih mengerti kondisi kesehatan [NAMA] kami akan mengajukan 15 pertanyaan.

Kalau [NAMA] kurang mengerti kami akan membacakan sekali lagi, namun kami tidak akan menjelaskan/ mendiskusikan.

Jika [NAMA] ada pertanyaan akan kita bicarakan setelah selesai menjawab ke 15 pertanyaan.

UNTUK PERTANYAAN E02 – E13 , BACAKAN PERTANYAAN & ALTERNATIF JAWABAN. ISIKAN KODE PILIHAN JAWABAN:

1. TIDAK ADA 2. RINGAN 3. SEDANG 4. BERAT 5. SANGAT BERAT

E02	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] untuk berdiri dalam waktu lama misalnya 30 menit?	<input type="checkbox"/>	E08	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] dapat berjalan jarak jauh misalnya 1 kilometer?	<input type="checkbox"/>
E03	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] untuk melaksanakan atau mengerjakan kegiatan rumah tangga yang menjadi tanggung jawabnya?	<input type="checkbox"/>	E09	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] membersihkan seluruh tubuhnya/ mandi?	<input type="checkbox"/>
E04	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] mempelajari/ mengerjakan hal-hal baru, seperti untuk menemukan tempat/alamat baru?	<input type="checkbox"/>	E10	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] mengenakan pakaian?	<input type="checkbox"/>
E05	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] dapat berperan serta dalam kegiatan kemasyarakatan (misalnya dalam kegiatan arisan, pengajian, keagamaan, atau kegiatan lain) seperti orang lain dapat melakukan?	<input type="checkbox"/>	E11	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] berinteraksi/ bergaul dengan orang yang belum dikenal sebelumnya?	<input type="checkbox"/>
E06	Dalam 1 bulan terakhir seberapa besar masalah kesehatan yang dialami mempengaruhi keadaan emosi [NAMA]?	<input type="checkbox"/>	E12	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] memelihara persahabatan?	<input type="checkbox"/>
E07	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] memusatkan pikiran dalam melakukan sesuatu selama 10 menit?	<input type="checkbox"/>	E13	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit [NAMA] mengerjakan pekerjaan sehari-hari?	<input type="checkbox"/>

JIKA SEMUA JAWABAN E02-E13 BERKODE “1” → BLOK F. KESEHATAN JIWA

JIKA E02-E13 ADA YANG BERKODE “2”, “3”, “4”, “5” → KE E14

UNTUK PERTANYAAN E14-E16 BACAKAN & ISIKAN JUMLAH HARI MENGALAMI KESULITAN

E14	Dalam 1 bulan terakhir, berapa hari [NAMA] mengalami kesulitan tersebut?	...Hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E15	Dalam 1 bulan terakhir, berapa hari [NAMA] sama sekali tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari karena kondisi kesehatan?	...Hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E16	Dalam 1 bulan terakhir, tanpa menghitung hari [NAMA] mengalami total ketidakmampuan, berapa hari [NAMA] mengurangi kegiatan sehari-hari karena kondisi kesehatan?	...Hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G06	Berapa umur [NAMA] mulai merokok setiap hari? ISIKAN DENGAN "98" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G07	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali merokok? ISIKAN DENGAN "98" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**PERTANYAAN G08 KOLOM (1) DIISI JIKA G05 BERKODE 1 ATAU 3
PERTANYAAN G08 KOLOM (2) DIISI JIKA G05 BERKODE 2 ATAU 4**

G08	Rata-rata berapa batang rokok/ cerutu/ cangklong (buah) yang [NAMA] hisap perhari atau per minggu?	Batang/hari	Batang/mgg					
		(1)	(2)					
	a. Rokok (kretek, putih, dan linting)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	b. Cerutu/ cangklong	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
G09	Sebutkan jenis rokok yang biasa [NAMA] hisap: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN d) ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK							
	a. Rokok kretek	<input type="checkbox"/>	b. Rokok putih	<input type="checkbox"/>	c. Rokok linting	<input type="checkbox"/>	d. Cangklong/ Cerutu	<input type="checkbox"/>

**JIKA G05 BERKODE 1 ATAU 2 LANJUT KE PERTANYAAN G10
JIKA G05 BERKODE 3 ATAU 4 LANJUT KE PERTANYAAN G12**

G10	Dimanakah [NAMA] biasanya merokok?			
	a. Di dalam gedung/ ruangan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Di luar gedung/ ruangan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
G11	Apakah [NAMA] biasa merokok di dalam rumah ketika bersama ART lain?	1. Ya → G14	2. Tidak → G14	<input type="checkbox"/>
G12	Berapa umur [NAMA] ketika berhenti/ tidak merokok sama sekali? ISIKAN DENGAN "98" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT	..... tahun		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G13	Seberapa sering orang lain merokok di dekat [NAMA] dalam ruangan tertutup (termasuk di rumah, tempat kerja, dan sarana transportasi)	1. Ya, setiap hari 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak pernah sama sekali		<input type="checkbox"/>
G14	Apakah [NAMA] MENGUNYAH TEMBAKAU (nginang, nyirih, susur) selama 1 bulan terakhir? (BACAKAN JAWABAN) 1. Ya, setiap hari 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak, namun sebelumnya pernah mengunyah tembakau tiap hari 4. Tidak, namun sebelumnya pernah mengunyah tembakau kadang-kadang 5. Tidak pernah sama sekali			<input type="checkbox"/>
G15	Apakah [NAMA] setuju dengan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

AKTIVITAS FISIK (GUNAKAN KARTU PERAGA)

Berikut adalah pertanyaan aktivitas fisik/ kegiatan jasmani yang berkaitan dengan pekerjaan dan waktu senggang

G16	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik berat , yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?	1. Ya	2. Tidak → G19	<input type="checkbox"/>
G17	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?	.....hari		<input type="checkbox"/>
G18	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?	.....Jam <input type="checkbox"/>Menit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
G19	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik sedang , yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kalinya?	1. Ya	2. Tidak → G22	<input type="checkbox"/>
G20	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?	.....hari		<input type="checkbox"/>
G21	Biasanya dalam sehari, berapa lama [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?	.....Jam <input type="checkbox"/>Menit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
G22	Biasanya berapa lama [NAMA] melakukan duduk-duduk atau berbaring dalam sehari-hari? (baik di tempat kerja, di rumah, di perjalanan (transportasi), termasuk waktu berbincang-bincang, transportasi dengan kendaraan, bis, kereta, membaca, main games atau nonton televisi tetapi tidak termasuk waktu tidur)	.....Jam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Menit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

PERILAKU KONSUMSI			
BUAH DAN SAYUR			
G23	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] makan buah-buahan segar? (GUNAKAN KARTU PERAGA) JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 → LANJUT KE G25	..... hari	<input type="checkbox"/>
G24	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengkonsumsi buah-buahan segar dalam satu hari dari hari-hari tersebut? (GUNAKAN KARTU PERAGA)	..... porsi	<input type="checkbox"/>
G25	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] mengkonsumsi sayur-sayuran? (GUNAKAN KARTU PERAGA) JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 → LANJUT KE G27	..... hari	<input type="checkbox"/>
G26	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengkonsumsi sayur-sayuran dalam satu hari dari hari-hari tersebut? (GUNAKAN KARTU PERAGA)	.....porsi	<input type="checkbox"/>

MAKANAN BERISIKO			
TANYAKAN G27 TANPA KARTU PERAGA DAN ISIKAN KODE PILIHAN JAWABAN:			
1. > 1 kali per hari		3. 3 – 6 kali per minggu	5. < 3 kali per bulan
2. 1 kali per hari		4. 1 – 2 kali per minggu	6. Tidak pernah

G27	Biasanya berapa kali [nama] mengkonsumsi makanan berikut: (BACAKAN POINT a - h)			
	a. Makanan/minuman manis	<input type="checkbox"/>	e. Makanan daging/ ayam/ ikan olahan dgn pengawet	<input type="checkbox"/>
	b. Makanan asin	<input type="checkbox"/>	f. Bumbu penyedap	<input type="checkbox"/>
	c. Makanan berlemak/ berkolesterol/ gorengan	<input type="checkbox"/>	g. Kopi	<input type="checkbox"/>
	d. Makanan yang dibakar	<input type="checkbox"/>	h. Minuman berkafein buatan bukan kopi	<input type="checkbox"/>

KONSUMSI MAKANAN OLAHAN DARI TEPUNG TERIGU (Mie Instant/Roti/Biskuit)				
G28	Biasanya berapa kali [Nama] mengkonsumsi Mie Instant, Mie Basah, Biskuit, Roti ISIKAN KODE PILIHAN:			
	1. > 1 kali per hari	3. 3 – 6 kali per minggu	5. < 3 kali per bulan	
	2. 1 kali per hari	4. 1 – 2 kali per minggu	6. Tidak pernah	
	a. Mie Instant	<input type="checkbox"/>	c. Roti	<input type="checkbox"/>
	b. Mie basah	<input type="checkbox"/>	d. Biskuit	<input type="checkbox"/>

H. PEMBIAYAAN KESEHATAN (UNTUK SEMUA UMUR)

Ha.KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN

Ha01	Apakah [NAMA] mempunyai jaminan pembiayaan kesehatan untuk keperluan berobat jalan/inap dibawah ini? ISIKAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	Jenis jaminan pembiayaan kesehatan		Kepemilikan	Penggunaan
	a. Askes/JPK PNS/Veteran/Pensiun	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. JPK Jamsostek	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Asuransi kesehatan swasta	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Tunjangan kesehatan perusahaan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Jamkesmas	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Jamkesda	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hb. RAWAT JALAN			
Hb01	Apakah dalam satu bulan terakhir, [NAMA] pernah mengobati sendiri (dengan membeli obat di apotik / toko obat)?	1. Ya 2. Tidak →P.Hb03	<input type="checkbox"/>
Hb02	Berapa biaya yang dikeluarkan untuk membeli obat tersebut?	Rp.	<input type="text"/>

Hb03	Apakah [Nama] dalam 1 bulan terakhir memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk rawat jalan karena [NAMA] mengalami gangguan kesehatan				1. Ya 2. Tidak → P.Hc01		<input type="checkbox"/>
	Jenis Fasilitas kesehatan yang dimanfaatkan			Berapa frekuensi selama 1 bln	Berapa biaya selama 1 bulan (termasuk biaya medis dan obat)		Dari mana biaya tersebut diperoleh
	1			2	3		4
	a. RS Pemerintah	1. Ya 2. Tidak → Hb03b		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	b. RS Swasta	1. Ya 2. Tidak → Hb03c		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	c. RS Bersalin	1. Ya 2. Tidak → Hb03d		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	d. Puskesmas/Pustu	1. Ya 2. Tidak → Hb03e		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	e. Praktek dokter	1. Ya 2. Tidak → Hb03f		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	f. Praktek bidan	1. Ya 2. Tidak → Hb03g		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	g. Polindes/ Poskesdes	1. Ya 2. Tidak → Hb03h		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
h. Praktek Nakes lainnya	1. Ya 2. Tidak → Hb03i		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
i. Fasilitas Kes di LN	1. Ya 2. Tidak → Hc01		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Kode Sumber biaya untuk kolom 4

1 = Biaya Sendiri 2 = PT ASKES (pegawai)	4 = PT ASTEK/ Jamsostek 8 = ASABRI	16 = Askes Swasta 32 = Jamkesmas	64 = Jaminan Kesehatan Daerah 128 = Biaya dari perusahaan	256 = lainnya
---	---	---	--	----------------------

Hc. RAWAT INAP

Hc01	Apakah [Nama] dalam 12 bulan (1 tahun) terakhir memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk rawat inap karena [NAMA] mengalami gangguan kesehatan?				1. Ya 2. Tidak → Hc02		<input type="checkbox"/>
	Jenis fasilitas kesehatan yang dimanfaatkan			Jumlah hari rawat inap	Berapa biaya selama 1 tahun (termasuk biaya medis dan obat)		Dari mana sumber biaya tersebut diperoleh
	1			2	3		4
	a. RS Pemerintah	1. Ya 2. Tidak → Hc01b		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	b. RS Swasta	1. Ya 2. Tidak → Hc01c		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	c. RS Bersalin	1. Ya 2. Tidak → Hc01d		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	d. Puskesmas/Pustu	1. Ya 2. Tidak → Hc01e		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	e. Praktek dokter	1. Ya 2. Tidak → Hc01f		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	f. Praktek bidan	1. Ya 2. Tidak → Hc01g		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	g. Polindes/ Poskesdes	1. Ya 2. Tidak → Hc01h		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
h. Praktek Nakes lainnya	1. Ya 2. Tidak → Hc01i		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
i. Fasilitas Kes di LN	1. Ya 2. Tidak → Hc02		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Kode Sumber biaya untuk kolom 4

1 = Biaya Sendiri 2 = PT ASKES (pegawai)	4 = PT ASTEK/ Jamsostek 8 = ASABRI	16 = Askes Swasta 32 = Jamkesmas	64 = Jaminan Kesehatan Daerah 128 = Biaya dari perusahaan	256 = lainnya
---	---	---	--	----------------------

Hc02. CEK UMUR ANGGOTA RUMAH TANGGA

ART 0 – 59 BULAN → BLOK J	PEREMPUAN 10 – 54 TAHUN → BLOK I
PEREMPUAN 5 – 9 TAHUN → BLOK Jc	ART LAINNYA → BLOK K (PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN)

I. KESEHATAN REPRODUKSI (KHUSUS UNTUK RESPONDEN PEREMPUAN 10-54 TAHUN)

Ia. ALAT/ CARA KB

Kami akan mencatat tentang penggunaan alat/cara KB kepada semua perempuan 10-54 tahun. Untuk itu mohon maaf apabila [NAMA] belum pernah ber KB sama sekali dan mohon pertanyaan ini dapat tetap dijawab sesuai keadaan [NAMA]

Ia01	Apakah [NAMA] atau pasangan, sekarang menggunakan alat/cara KB untuk mencegah atau menunda kehamilan?	1. Ya, sekarang menggunakan 2. Ya, pernah tetapi tidak menggunakan lagi → Ia06 3. Tidak pernah menggunakan sama sekali → Ia07	<input type="checkbox"/>	
Ia02	Apa sajakah alat/ cara KB, yang sedang [NAMA] atau pasangan gunakan? BACAKAN POIN a SAMPAI j ISIKAN KODE 1=YA ATAU 2 = TIDAK			
	a. Kondom pria <input type="checkbox"/>	d. IUD/AKDR/Spiral <input type="checkbox"/>	g. Kondom wanita/ Intravag <input type="checkbox"/>	i. Susuk / implant <input type="checkbox"/>
	b. Sterilisasi pria <input type="checkbox"/>	e. Suntikan <input type="checkbox"/>	h. Diafragma <input type="checkbox"/>	j. Jamu <input type="checkbox"/>
	c. Pil <input type="checkbox"/>	f. Sterilisasi wanita <input type="checkbox"/>		

JIKA JAWABAN POIN a SAMPAI j BERKODE 2 SEMUA → Ia05

Ia03	Dimana biasanya mendapat pelayanan alat/cara KB tersebut? CATATAN: JIKA ALAT/ CARA KB YANG DIGUNAKAN 2 JENIS, PILIH KODE JAWABAN BERIKUT UNTUK ALAT/ CARA KB YANG DIGUNAKAN PEREMPUAN 01. RS Pemerintah 05. Puskesmas Pembantu 09. Bidan Praktek 12. Posyandu 02. RS Swasta 06. Klinik/Balai Pengobatan 10. Perawat Praktek 13. Apotik / Toko Obat → Ia05 03. RS Bersalin 07. Tim KB Keliling/Tim Medis Keliling 11. Polindes/Poskesdes 14. Lainnya → Ia05 04. Puskesmas 08. Dokter Praktek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ia04	Siapa yang biasanya memberi pelayanan alat/ cara KB tersebut?	1. Dokter kandungan 3. Bidan 2. Dokter umum 4. Perawat	<input type="checkbox"/>
Ia05	Apa [NAMA] atau pasangan menggunakan alat/ cara KB alamiah? BACAKAN POIN a SAMPAI c. ISIKAN KODE 1=YA ATAU 2 = TIDAK		
	a. Metode menyusui alami <input type="checkbox"/>	b. Pantang berkala/ kalender <input type="checkbox"/>	c. Sanggama terputus <input type="checkbox"/>

LANJUTKAN KE BLOK Ib

Ia06	Kapan terakhir [NAMA] menggunakan alat/cara KB?	BLN/THN:/.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
Ia07	Alasan utama tidak menggunakan alat/cara KB ? JANGAN MEMBACAKAN ALTERNATIF JAWABAN <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Alasan status</td> <td style="width: 25%;">Alasan Fertilitas</td> <td style="width: 25%;">Menentang memakai</td> <td style="width: 25%;">Alasan alat/cara KB:</td> </tr> <tr> <td>1. Belum menikah/Cerai</td> <td>7. Jarang/ puasa kumpul</td> <td>14. Tidak ingin KB/ responden menentang</td> <td>18. Menjadi gemuk/ kurus</td> </tr> <tr> <td>2. Belum haid</td> <td>8. Menopause/ histerektomi</td> <td>15. Dilarang pemasangan</td> <td>19. Sulit diperoleh</td> </tr> <tr> <td>3. Sedang hamil</td> <td>9. Tidak subur/mandul</td> <td>16. Dilarang orang</td> <td>20. Mahal</td> </tr> <tr> <td>4. Sedang menyusui</td> <td>10. Tidak bisa hamil lagi setelah melahirkan terakhir</td> <td>17. Dilarang agama</td> <td>21. Alat/cara KB yang diinginkan tidak ada</td> </tr> <tr> <td>Kurang pengetahuan:</td> <td>11. Belum punya anak</td> <td></td> <td>22. Tidak nyaman</td> </tr> <tr> <td>5. Tidak tahu metode</td> <td>12. Ingin punya anak lagi</td> <td></td> <td>23. Kesehatan/ takut efek samping lain</td> </tr> <tr> <td>6. Tidak tahu sumber mendapat KB</td> <td>13. Kepercayaan</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Alasan status	Alasan Fertilitas	Menentang memakai	Alasan alat/cara KB:	1. Belum menikah/Cerai	7. Jarang/ puasa kumpul	14. Tidak ingin KB/ responden menentang	18. Menjadi gemuk/ kurus	2. Belum haid	8. Menopause/ histerektomi	15. Dilarang pemasangan	19. Sulit diperoleh	3. Sedang hamil	9. Tidak subur/mandul	16. Dilarang orang	20. Mahal	4. Sedang menyusui	10. Tidak bisa hamil lagi setelah melahirkan terakhir	17. Dilarang agama	21. Alat/cara KB yang diinginkan tidak ada	Kurang pengetahuan:	11. Belum punya anak		22. Tidak nyaman	5. Tidak tahu metode	12. Ingin punya anak lagi		23. Kesehatan/ takut efek samping lain	6. Tidak tahu sumber mendapat KB	13. Kepercayaan			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alasan status	Alasan Fertilitas	Menentang memakai	Alasan alat/cara KB:																																		
1. Belum menikah/Cerai	7. Jarang/ puasa kumpul	14. Tidak ingin KB/ responden menentang	18. Menjadi gemuk/ kurus																																		
2. Belum haid	8. Menopause/ histerektomi	15. Dilarang pemasangan	19. Sulit diperoleh																																		
3. Sedang hamil	9. Tidak subur/mandul	16. Dilarang orang	20. Mahal																																		
4. Sedang menyusui	10. Tidak bisa hamil lagi setelah melahirkan terakhir	17. Dilarang agama	21. Alat/cara KB yang diinginkan tidak ada																																		
Kurang pengetahuan:	11. Belum punya anak		22. Tidak nyaman																																		
5. Tidak tahu metode	12. Ingin punya anak lagi		23. Kesehatan/ takut efek samping lain																																		
6. Tidak tahu sumber mendapat KB	13. Kepercayaan																																				
Ib. RIWAYAT KEHAMILAN SEUMUR HIDUP RESPONDEN																																					
Ib01	Berapa umur [NAMA] ketika menikah atau hidup bersama pertama kali? JIKA BELUM MENIKAH/ BELUM PERNAH HIDUP BERSAMA, ISIKAN KODE "77"	Umur tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Ib02	Berapa umur [NAMA] pertama kali melakukan hubungan seksual JIKA BELUM PERNAH MELAKUKAN HUBUNGAN SEKSUAL, ISIKAN KODE "77"	Umur tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Ib03	Apakah sekarang [NAMA] tinggal satu rumah bersama suami/ pasangan atau tinggal terpisah?	1. Tinggal bersama 7. Tidak Berlaku 2. Tinggal terpisah	<input type="checkbox"/>																																		
Ib04	Apakah [NAMA] pernah/ sedang hamil?	1. Ya 2. Belum pernah → Ic41 3. Tidak bisa hamil → Ic41	<input type="checkbox"/>																																		
Ib05	Seumur hidup [NAMA] berapa jumlah kehamilan (termasuk yg sedang hamil), jumlah keguguran, jumlah lahir hidup, dan jumlah lahir mati?																																				
	a. Jumlah seluruh kehamilan.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Jumlah lahir hidup.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
	b. Jumlah keguguran.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Jumlah lahir mati	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
Ib06	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali hamil? tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	

Ic. RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN MASA NIFAS

KHUSUS PEREMPUAN 10-54 TAHUN YANG PERNAH HAMIL DALAM PERIODE 3 TAHUN SEBELUM SURVEI

Ic01	Apakah [NAMA] pernah hamil yang berakhir pada periode 1 Januari 2010 sampai dengan sekarang (termasuk yg sekarang sedang hamil)?	1. Ya 2. Tidak →Ic41	<input type="checkbox"/>
Ic02	JIKA YA, jumlah kehamilan sejak 1 Januari 2010 sampai dengan sekarang? JIKA KEHAMILAN KEMBAR DIHITUNG BERDASARKAN JUMLAH KEMBAR	..... kali	<input type="checkbox"/>

Sekarang saya akan menanyakan tentang riwayat perawatan kehamilan, persalinan dan masa nifas yang terjadi selama periode 1 Januari 2010 sampai saat ini

TANYA SATU PERSATU RIWAYAT KEHAMILAN DIMULAI DARI KEHAMILAN TERAKHIR . UNTUK PERTANYAAN Ic03 – Ic40. JIKA > 1 KEHAMILAN ULANGI PERTANYAAN Ic03-Ic40 UNTUK KEHAMILAN SEBELUMNYA (KOLOM BERIKUTNYA). JIKA > 3 KEHAMILAN → GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN		Kehamilan Terakhir	Kehamilan Sebelumnya	Kehamilan Sebelumnya		
		(1)	(2)	(3)		
Ic03	Nomor urutan kehamilan dari keseluruhan kehamilan	URUTAN KEHAMILAN KE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ic04	Nama Anak	JIKA BELUM BERNAMA TULISKAN " NN"				
Ic05	Nomor Urut Anak dalam RT (MERUJUK/SESUAI BLOK IV)	JIKA BUKAN ART / TIDAK ADA PADA BLOK IV TULISKAN "00"				
Ic06	Bagaimana hasil kehamilan?	1.Lahir Hidup 2.Lahir Mati	3. Keguguran 4.Sedang hamil →Ic08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic07	Apakah kehamilan tunggal atau kembar?	1. Tunggal	2. Kembar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic08	Usia kandungan saat kehamilan berakhir? JIKA SEDANG HAMIL, ISIKAN USIA KANDUNGAN SAAT WAWANCARA	..... MINGGU		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic09	Selama kehamilan ini, apakah [NAMA] pernah memeriksakan kehamilan ke tenaga kesehatan (Dokter kandungan, dokter umum, bidan atau perawat)?	1. Ya 2. Tidak → Ic14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic10	Berapa bulan umur kandungan [NAMA] saat memeriksakan kehamilan pertama kali?	..... BULAN ISIKAN "88" JIKA TIDAK TAHU		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic11	Selama kehamilan ini, berapa kali [NAMA] memeriksakan kehamilan pada: JIKA KEHAMILAN BERAKHIR DENGAN KEGUGURAN/ PREMATUR/MASIH HAMIL ISIKAN KODE "77" PADA UMUR KEHAMILAN YANG BELUM DILALUI	a. Umur 0 – 3 bln kali		a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		b. Umur 4 – 6 bln kali		b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		c. Umur 7 bln-melahirkan kali		c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic12	Siapa yang paling sering memeriksa kehamilan?	1. Dokter Kandungan 2. Dokter Umum	3. Bidan 4. Perawat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic13	Dimana biasanya [NAMA] memeriksakan kehamilan tersebut?	1. RS Pemerintah 2. RS Swasta 3. Rumah Bersalin 4. Puskesmas/ Pustu 5. Praktek Dokter/ Klinik	6. Praktek Bidan 7 Poskesdes/ Polindes 8. Posyandu 9. Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic14	Selama kehamilan apakah [NAMA] mengkonsumsi pil zat besi (Fe)/ tablet tambah darah? PERLIHATKAN KARTU PERAGA	1.Ya 2. Tidak →Ic16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic15	Selama kehamilan ini, berapa hari [NAMA] minum pil zat besi (Fe)/ tablet tambah darah? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "998"	..... HARI		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic16	Apakah Ibu memiliki Buku KIA? JIKA YA: bolehkah saya lihat?	1. Ya, bisa menunjukkan 2. Ya, tidak bisa menunjukkan → Ic18 3. Tidak punya → Ic18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ic17	JIKA DAPAT MENUNJUKKAN BUKU KIA, LAKUKAN OBSERVASI HALAMAN 13 DARI BUKU KIA. 1. Ada Isian 2. Tidak ada isian	a. Penolong persalinan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		b. Dana Persalinan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		c. Kendaraan/ ambulans desa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		d. Metode KB setelah melahirkan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		e. Sumbangan Darah		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ic18		KEHAMILAN YANG SUDAH BERAKHIR (Ic06 = 1-3) → Ic19 JIKA SEDANG HAMIL (Ic06 = 4) → KE Ic31				
TANYA SATU PERSATU RIWAYAT KEHAMILAN DIMULAI DARI KEHAMILAN TERAKHIR . UNTUK PERTANYAAN Ic03 – Ic40. JIKA > 3 KEHAMILAN → GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN		Kehamilan Terakhir	Kehamilan Sebelumnya	Kehamilan Sebelumnya		
		(1)	(2)	(3)		
Ic19	Pada bulan dan tahun berapa kehamilan berakhir?	BLN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	BLN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	BLN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	BLN/THN /	THN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	THN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	THN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Ic20	Bagaimana keluarnya bayi/ janin? 1. Normal 3. Forcep 5. Abortus Spontan 7. Lainnya 2. Vakum 4. Operasi perut/ sesar 6. Kuretase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ic21	Siapa saja yang menolong [NAMA] pada saat persalinan/ keguguran/ pengguguran ? (JIKA LEBIH DARI SATU, TULISKAN HURUF-KODE JENIS PENOLONG) A Dokter kandungan C. Bidan E. Dukun beranak B. Dokter umum D. Perawat/nakes lainnya F. Anggota keluarga/ Lainnya Z. Tidak ada yang menolong	-----	-----	-----		
Ic22	Dimana tempat [NAMA] melahirkan/ keguguran? PILIH SALAH SATU JAWABAN TEMPAT MELAHIRKAN / KEGUGURAN	01. RS Pemerintah 02. RS Swasta 03. Rumah Bersalin 04. Klinik 05. Praktek Nakes	06. Puskesmas 07. Puskesmas Pembantu 08. Polindes/Poskesdes 09. Rumah → Ic24 10. Lainnya → Ic24	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Ic23	Berapa lama [NAMA] dirawat di faskes dari sejak anak dilahirkan/ kejadian keguguran sampai pulang ?	..... HARI JIKA <SEHARI ISIKAN '00'	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ic24	Apakah setelah melahirkan/keguguran, [NAMA] mengunjungi fasilitas kesehatan atau dikunjungi petugas kesehatan pada periode berikut?					
	a. 6 jam-3 hari setelah melahirkan	1. Ya 2. Tidak → Ic24c	a. <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/>		
	b. Jika Ya, Dimana mendapat pelayanan petugas kesehatan	Lihat Kode dibawah	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	c. 4 hari-6 hari setelah melahirkan	1. Ya 2. Tidak → Ic24e 7. Tidak Berlaku → Ic25	c. <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/>		
	d. Jika Ya, Dimana mendapat pelayanan petugas kesehatan	Lihat Kode dibawah	d. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	e. 7 hari -28 hari setelah melahirkan	1. Ya 2. Tidak → Ic24g 7. Tidak Berlaku → Ic25	e. <input type="checkbox"/>	e. <input type="checkbox"/>		
	f. Jika Ya, Dimana mendapat pelayanan petugas kesehatan	Lihat Kode dibawah	f. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	g. 29 hari – 42 hari setelah melahirkan	1. Ya 2. Tidak → Ic25 7. Tidak berlaku → Ic25	g. <input type="checkbox"/>	g. <input type="checkbox"/>		
	h. Jika Ya, dimana mendapat pelayanan petugas kesehatan	Lihat Kode dibawah	h. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Kode Ic24b, Ic24d, Ic24f, Ic24h		01. RS Pemerintah 02. RS Swasta	03. Rumah Bersalin 04. Klinik	05. Praktek Dokter 06. Praktek Bidan	07. Puskesmas 08. Polindes/Poskesdes	09. Rumah 10. Lainnya
Ic25	Apakah pada periode sampai 2 bulan setelah melahirkan/ keguguran, [NAMA] mendapat pelayanan pemasangan alat/ cara KB?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
JIKA LAHIR HIDUP (Ic06 BERKODE 1) → LANJUTKAN PERTANYAAN Ic26 JIKA KEGUGURAN/ LAHIR MATI (Ic06 KODE 2, 3) → Ic30						
		Kehamilan Terakhir	Kehamilan Sebelumnya	Kehamilan Sebelumnya		
		(1)	(2)	(3)		
Ic26	Apakah [NAMA ANAK] sekarang masih hidup?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ic27	Berapa umur [NAMA ANAK] saat ini? (JIKA SUDAH MENINGGAL, Berapa umur saat meninggal?)	KODE: 1. Hari 2. Bulan	KODE <input type="checkbox"/>	KODE <input type="checkbox"/>		
	UMUR:	UMUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	UMUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	UMUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

TANYA SATU PERSATU RIWAYAT KEHAMILAN DIMULAI DARI KEHAMILAN TERAKHIR . UNTUK PERTANYAAN Ic03 – Ic40. JIKA > 3 KEHAMILAN → GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN			Kehamilan Terakhir	Kehamilan Sebelumnya	Kehamilan Sebelumnya	
			(1)	(2)	(3)	
Ic28	Apakah [NAMA ANAK] mempunyai catatan/dokumen berat badan lahir?	1. Ya 2. Tidak → Ic30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ic29	Berapa berat badan [NAMA ANAK] waktu lahir?	..... gram	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic30	Apakah selama kehamilan, saat persalinan dan masa nifas [NAMA] mengalami gangguan-gangguan/ komplikasi sbb: A.Pernafasan sesak G. Perdarahan (>2 kain) B. Kejang H. Masalah pada janin X. Lainnya C. Demam/ panas I. Bengkak kaki/ badan Z. Tidak ada komplikasi D. Anemia J. Ketuban pecah dini E. Nyeri kepala hebat K.Persalinan > 24 jam F. Nyeri perut hebat L. Hipertensi JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU, TULISKAN KODE/ HURUF JENIS-JENIS KOMPLIKASI YG DIALAMI ATAU HURUF "Z" JIKA TIDAK ADA KOMPLIKASI	a. Masa hamil	a.	a.	a.	
		b.Saat persalinan	b.	b.	b.	
		c. Masa nifas	c.	c.	c.	
Ic31	Pada kehamilan, apakah [NAMA] mendapat jaminan pembiayaan persalinan (Jampersal) dari pemerintah?	1. Ya 2. Tidak → Ic33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ic32	Apakah [NAMA] menggunakan jampersal pada saat:					
	a. Pemeriksaan kehamilan/ penanganan komplikasi kehamilan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Persalinan/ penanganan komplikasi	1. Ya 7. Tidak Berlaku 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Pemeriksaan kesehatan ibu setelah melahirkan (0-42 hr)	1. Ya 7. Tidak Berlaku 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d. Pemeriksaan kesehatan neonatal (0-28 hari)	1. Ya 7. Tidak Berlaku 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. KB setelah melahirkan (KB Pasca Persalinan)	1. Ya 7. Tidak Berlaku 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ic33	Apakah pada kehamilan ini [NAMA] sudah menginginkan hamil waktu itu/ ingin menunda/ tidak menginginkan sama sekali?	1.Menginginkan waktu itu → Ic35 2. Ingin Menunda → Ic34 3.Tidak menginginkan sama sekali → Ic35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ic34	Jika ingin menunda, berapa lama jarak kelahiran yang ibu harapkan sebelum punya [NAMA] ini?	..... BULAN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ic35	Apakah ada upaya (NAMA) untuk mengakhiri kehamilan tersebut?	1. Ya 2. Tidak → Ic38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ic36	JIKA YA, Apakah alasan utama [NAMA] ingin mengakhiri kehamilan tersebut? (JAWABAN JANGAN DIBACAKAN) 1. Belum lama melahirkan/keguguran 4. Alasan pekerjaan 7. Lainnya, sebutkan.... 2. Umur masih muda 5. Alasan ekonomi 3. Jumlah anak sudah cukup 6. Umur Sudah Tua			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			
Ic37	Upaya apa yang dilakukan [NAMA] untuk mengakhiri kehamilan tsb? JAWABAN BOLEH LEBIH DARI SATU, TULISKAN KODE/ HURUF	A. Jamu E. Sedot B. Pil F. Kuret C. Pijat X. Lainnya, sebutkan..... D. Suntik	.....	.....	.....
			
Ic38	Setelah kehamilan terakhir ini, kapan [NAMA] mendapat haid terakhir? JIKA SEDANG HAMIL ISIKAN KODE "2" DAN "00"	KODE: 1. HARI 2. BULAN	KODE <input type="checkbox"/>			
		HAID TERAKHIR : YANG LALU		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Ic39	Setelah kehamilan terakhir, apakah [NAMA] masih menginginkan anak lagi?	1. Ingin punya anak lagi 2. Tidak ingin punya anak lagi → Ic41 3. Belum mempunyai rencana → Ic41	<input type="checkbox"/>			
Ic40	Jika masih ingin anak lagi, berapa jarak kelahiran yang diharapkan untuk anak berikutnya?	..... bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

JIKA LEBIH DARI 1 RIWAYAT KEHAMILAN KEMBALI KE PERTANYAAN Ic03 UNTUK RIWAYAT KEHAMILAN SEBELUMNYA

Ic41

**ART PEREMPUAN UMUR 10 – 11 TAHUN → BLOK Jc (SUNAT PEREMPUAN)
ART PEREMPUAN 12-54 TAHUN → BLOK K (PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN)**

JIKA KODE JAWABAN Ja14 ADALAH KODE 2 = Tidak pernah → Ja24
JIKA KODE JAWABAN Ja16 S/D Ja18 SEMUANYA BERKODE 2 ATAU 3 ATAU 4 → Ja21
JIKA SALAH SATU JAWABAN Ja16 S/D Ja18 BERKODE 1 → Ja19

Ja19	Apakah di dalam KMS/ Buku KIA/ Buku Catatan Kesehatan Anak [NAMA] ada catatan imunisasi	1. Ya 2. Tidak → Ja21	<input type="checkbox"/>			
Ja20	Salin dari KMS/Buku KIA/Buku Catatan Kesehatan Anak, tanggal/ bulan/ tahun, untuk setiap jenis imunisasi. KODE KOLOM (2): <ol style="list-style-type: none"> 1. Diberikan imunisasi 2. Tidak diberikan imunisasi → KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA 7. Belum waktunya diberikan karena umur anak → KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA 8. Ditulis diberi imunisasi tetapi tgl/ bln/ thn tidak ada → KE JENIS IMUNISASI BERIKUTNYA 					
	JENIS IMUNISASI	KET.	TG/ BLN/ THN IMUNISASI	JENIS IMUNISASI	KET.	TG/ BLN/ THN IMUNISASI
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
	a. Hepatitis B 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Polio 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Polio 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. DPT-HB Combo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. Polio 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. DPT-HB Combo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i. Polio 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. DPT-HB Combo 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j. Campak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

JIKA CATATAN IMUNISASI ART LENGKAP, LANJUTKAN KE Ja23
JIKA IMUNISASI ART TIDAK LENGKAP (KODE KOLOM 2 = 2,7,8) LANJUTKAN KE Ja21

Ja21	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut: (INFORMASI BERDASARKAN INGATAN RESPONDEN)		
	a. Imunisasi Hepatitis B-0 , biasanya diberikan sesaat setelah bayi lahir sampai bayi berumur 7 hari yang disuntikkan di paha bayi?	1. Ya 2. Tidak → Ja21c 8. Tidak tahu → Ja21c	<input type="checkbox"/>
	b. Pada umur berapa hari [NAMA] diimunisasi Hepatitis B 0?	1. 0 - 24 jam 2. >24 jam - 7 hari 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Imunisasi BCG yang biasanya mulai diberikan umur 1 bulan dan disuntikkan di lengan (kanan) atas serta dapat meninggalkan bekas (<i>scar</i>) di bawah kulit?	1. Ya 2. Tidak → Ja21e 8. Tidak tahu → Ja21e	<input type="checkbox"/>
	d. Pada umur berapa [NAMA] diimunisasi BCG?	1. 0 – 29 hari 2. ≥ 1 bulan 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Imunisasi polio , cairan merah muda atau putih yang biasanya mulai diberikan pada umur 1 bulan dan diteteskan ke mulut?	1. Ya 2. Tidak → Ja21 h 7. Belum waktunya (umur ≤ 1 bulan) → Ja21h 8. Tidak Tahu → Ja21h	<input type="checkbox"/>
	f. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi polio? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK BULAN	..... bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g. Berapa kali [NAMA] diimunisasi polio?	..... Kali	<input type="checkbox"/>
	h. Imunisasi DPT-HB combo (Difteri Pertusis Tetanus-Hepatitis B combo) yang biasanya disuntikkan di paha dan biasanya mulai diberikan pada saat anak berusia 2 bulan bersama dengan Polio 2?	1. Ya 2. Tidak → Ja21k 7. Belum waktunya (umur ≤ 2 bulan) → Ja21k 8. Tidak Tahu → Ja21k	<input type="checkbox"/>
	i. Pada umur berapa (NAMA) pertama kali diimunisasi DPT-HB Combo. JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88"	..... bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	j. Berapa kali [NAMA] diimunisasi DPT-HB Combo?	..... kali	<input type="checkbox"/>
	k. Imunisasi campak yang biasanya mulai diberikan umur 9 bulan dan disuntikkan di paha atau lengan kiri atas serta diberikan satu kali?	1. Ya 7. Belum waktunya (umur ≤ 9 bulan) 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>

CEK KELENGKAPAN IMUNISASI DARI Ja20 DAN Ja21 (BCG 1x dan POLIO 4x dan DPT-HB 3x dan CAMPAK 1x)
JIKA IMUNISASI ART LENGKAP, LANJUTKAN KE Ja23
JIKA IMUNISASI ART TIDAK LENGKAP, LANJUTKAN KE Ja22

Ja22	Apa alasan utama [NAMA] "TIDAK MENDAPAT IMUNISASI LENGKAP"?			<input type="checkbox"/>
	1. Takut anak menjadi panas 2. Anak sering sakit	3. Vaksin tidak tersedia 4. Petugas tidak datang	5. Tempat imunisasi jauh 6. Sibuk/repot	7. Belum waktunya lengkap (umur < 9 bulan) 8. Lainnya
Ja23	Apakah setelah mendapat imunisasi [NAMA] pernah mengalami keluhan <i>Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)</i> seperti berikut: (TULIS KODE : 1 = Ya ATAU 2 = Tidak)			
	a. Demam ringan	<input type="checkbox"/>	c. Bengkak	<input type="checkbox"/>
	b. Demam tinggi	<input type="checkbox"/>	d. Kemerahan	<input type="checkbox"/>
			e. Bernanah	<input type="checkbox"/>
			f. Lainnya, sebutkan	<input type="checkbox"/>
Ja24	Apakah dalam 6 bulan terakhir [NAMA] ditimbang			1. Ya 2. Tidak → Ja26
Ja25	Dalam 6 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] ditimbang JIKA "TIDAK TAHU", ISI KODE "88"			..... Kali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

LANJUTKAN KE Ja27

Ja26	Mengapa dalam 6 bulan terakhir [NAMA] TIDAK PERNAH DIITIMBANG (JAWABAN Ja24 = 2) sebutkan alasan utamanya :			<input type="checkbox"/>
	1. Anak sudah besar (≥1 tahun)	4. Bosan kalau hanya ditimbang	7. Tempatnya jauh	
	2. Anak sudah selesai imunisasi	5. Lupa/tidak tahu jadwalnya	8. Sibuk/repot	
	3. Anak tidak mau ditimbang	6. Tidak ada tempat penimbangan	9. Malas	
Ja27	Apakah dalam 6 bulan terakhir [NAMA] pernah mendapatkan kapsul vitamin A? (GUNAKAN KARTU PERAGA)			<input type="checkbox"/>
	1. Ya	2. Tidak pernah	7. Belum waktunya (umur ≤ 6 bulan)	8. Tidak Tahu

UNTUK PERTANYAAN Ja28 LAKUKAN OBSERVASI ATAU GUNAKAN KARTU PERAGA

Ja28	Apakah [NAMA] mempunyai kelainan/cacat baik sejak lahir ataupun karena cedera/kecelakaan (TULIS KODE : 1 = Ya ATAU 2 = Tidak)			
	a. Tuna netra (penglihatan)	<input type="checkbox"/>	c. Tuna wicara (berbicara)	<input type="checkbox"/>
	b. Tuna rungu (pendengaran)	<input type="checkbox"/>	d. Tuna daksa (bagian tubuh)	<input type="checkbox"/>
			e. Bibir Sumbing	<input type="checkbox"/>
			f. <i>Down Syndrome</i>	<input type="checkbox"/>

**JIKA ART PEREMPUAN BERUMUR 24 – 59 BULAN → SUB BLOK Jc (SUNAT PEREMPUAN)
JIKA ART LAKI-LAKI BERUMUR 24 – 59 BULAN → BLOK K (PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN)
JIKA ART BERUMUR 0 – 23 BULAN → BLOK Jb**

Jb. ASI DAN MP-ASI (KHUSUS ART UMUR 0 – 23 BULAN)

Jb01	Apakah [NAMA] pernah disusui atau diberi ASI (Air Susu Ibu) oleh ibu kandungnya?		1. Ya 2. Tidak → Jb10	<input type="checkbox"/>
Jb02	a. Apakah ketika baru lahir [NAMA] dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)		1. Ya 2. Tidak → Jb03	<input type="checkbox"/>
	b. Berapa lama ibu dan bayi melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)		1. < 1 jam 2. ≥ 1 jam	<input type="checkbox"/>
Jb03	Kapan ibu mulai melakukan proses menyusui untuk yang pertama kali, setelah [NAMA] dilahirkan? JIKA KURANG DARI 1 JAM, TULIS 00; JIKA KURANG DARI 24 JAM, TULIS DALAM JAM; JIKA 24 JAM ATAU LEBIH TULIS DALAM HARI			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			a. jam	<input type="checkbox"/>
			b. hari	<input type="checkbox"/>
Jb04	Apakah yang dilakukan IBU terhadap kolostrum?	1. Diberikan semua kepada bayi 2. Dibuang sebagian	3. Dibuang semua 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
Jb05	Apakah sebelum disusui yang pertama kali atau sebelum ASI keluar/lancar, [NAMA] pernah diberi minuman (cairan) atau makanan selain ASI?		1. Ya 8. Tidak tahu → Jb07 2. Tidak → Jb07	<input type="checkbox"/>
Jb06	Apa jenis minuman/makanan yang pernah diberikan kepada [NAMA] sebelum mulai disusui atau sebelum ASI keluar/lancar? (TULIS KODE : 1 = Ya ATAU 2 = Tidak)			
	a. Susu formula	<input type="checkbox"/>	e. Air Tajin	<input type="checkbox"/>
	b. Susu non formula	<input type="checkbox"/>	f. Air kelapa	<input type="checkbox"/>
	c. Madu/ Madu + air	<input type="checkbox"/>	g. Kopi	<input type="checkbox"/>
	d. Air gula	<input type="checkbox"/>	h. Teh Manis	<input type="checkbox"/>
			i. Air putih	<input type="checkbox"/>
			j. Bubur tepung/bubur saring	<input type="checkbox"/>
			k. Pisang dihaluskan	<input type="checkbox"/>
			l. Nasi dihaluskan	<input type="checkbox"/>

Jb07	Apakah saat ini [NAMA] masih disusui?	1. Ya → Jb09	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
Jb08	Pada umur berapa bulan [NAMA] disapih/mulai tidak disusui lagi? BILA TIDAK TAHU TULIS 88	..... bulan → Jb10		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Jb09	Apakah dalam 24 jam terakhir [NAMA] hanya mendapatkan air susu ibu (ASI) saja dan tidak diberi minuman (cairan) dan atau makanan selain ASI?	1.Ya→ Jb12	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
Jb10	Pada saat [NAMA] umur berapa, IBU pertama kali mulai memberikan minuman (cairan) atau makanan selain ASI? 1.0 – 7 hari 2.8 – 28 hari	3.29 hari – < 2 bulan 4.2 – < 3 bulan	5.3 – < 4 bulan 6.4 – < 6 bulan	7. ≥ 6 bulan 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	
Jb11	Apa jenis minuman (cairan) atau makanan selain ASI, yang pertama kali mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut? (TULIS KODE : 1 = Ya ATAU 2 = Tidak)					
	a. Susu formula	<input type="checkbox"/>	d. Biskuit	<input type="checkbox"/>	g. Pisang dihaluskan	<input type="checkbox"/>
	b. Susu non-formula	<input type="checkbox"/>	e. Bubur tepung/bubur saring	<input type="checkbox"/>	h. Bubur nasi/ nasi tim/nasi dihaluskan	<input type="checkbox"/>
	c. Bubur formula	<input type="checkbox"/>	f. Air tajin	<input type="checkbox"/>		
Jb12	Apakah [NAMA] pernah menggunakan botol/dot/kempengan sebelum usia 6 bulan?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>		

**JIKA ART PEREMPUAN BERUMUR 0 – 23 BULAN → SUB BLOK Jc (SUNAT PEREMPUAN)
JIKA ART LAKI-LAKI BERUMUR 0 – 23 BULAN → BLOK K (PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN)**

Jc. SUNAT PEREMPUAN (KHUSUS ART PEREMPUAN USIA 0-11 TAHUN)

Jc01	Apakah [NAMA] pernah disunat?	1. Ya	2. Tidak → BLOK K	8. Tidak tahu → BLOK K	<input type="checkbox"/>			
Jc02	Pada umur berapa bulan/ tahun [NAMA] disunat?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Satuan umur:	1. Bulan	2. Tahun	<input type="checkbox"/>		
Jc03	Siapa yang menyarankan [NAMA] disunat? (TULIS KODE 1 = Ya ATAU 2 = Tidak)							
	1. Orang tua	<input type="checkbox"/>	2. Keluarga	<input type="checkbox"/>	3. Tokoh agama	<input type="checkbox"/>	4. Tokoh adat	<input type="checkbox"/>
Jc04	Siapa yang melakukan sunat	1. Tukang sunat	2. Dukun bayi	3. Bidan	4. Nakes lainnya	<input type="checkbox"/>		

K. PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN

BERAT BADAN DAN TINGGI BADAN/ PANJANG BADAN (UNTUK SEMUA UMUR)

K01	a. Apakah ART ditimbang ?	1. Ya	2. Tidak → K02	<input type="checkbox"/>
	b. Berat Badan (kg)	..... kg		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
K02	a. Apakah ART diukur Tinggi/Panjang Badan?	1. Ya	2. Tidak → K03	<input type="checkbox"/>
	b. Tinggi/Panjang Badan (Cm)	..... cm		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
	c. KHUSUS UNTUK BALITA , (Posisi pengukuran TB/PB)	1. Berdiri	2. Telentang	<input type="checkbox"/>

LINGKAR LENGAN ATAS (LILA) KHUSUS WANITA USIA SUBUR (15-49 TAHUN) DAN/ ATAU WANITA HAMIL

K03	a. Apakah ART diukur Lingkar Lengan Atas (LILA)	1. Ya	2. Tidak → K04	<input type="checkbox"/>
	b. Lingkar Lengan Atas (LILA)cm	..... cm		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>

LINGKAR PERUT (KHUSUS ART UMUR ≥ 15 TAHUN) KECUALI IBU HAMIL

K04	a. Apakah ART diukur Lingkar Perut	1. Ya	2. Tidak → K05	<input type="checkbox"/>
	b. Lingkar Perut (Cm)	..... cm		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>

TEKANAN DARAH DIUKUR DI LENGAN KIRI (UNTUK ART UMUR ≥ 15 TAHUN)			
K05	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang pertama:	1. Ya	2. Tidak → L <input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K06	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang kedua :	1. Ya	2. Tidak → L <input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K07	a. Apakah dilakukan pengukuran tekanan darah yang ketiga :	1. Ya	2. Tidak → L <input type="checkbox"/>
	b. Tekanan darah sistolik (mmHg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Tekanan darah diastolik (mmHg) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

L. PEMERIKSAAN MATA

PEMERIKSAAN VISUS (UNTUK ART USIA ≥ 6 TAHUN)

L01	Alat bantu apa yang digunakan [NAMA] untuk melihat saat pemeriksaan visus?	1. Tanpa kacamata/ lensa kontak 2. Pakai kacamata	3. Pakai lensa kontak 4. TIDAK DIPERIKSA	<input type="checkbox"/>	
L02	Pemeriksaan VISUS 1. Dapat melihat E kecil (jarak 6m) 2. Tidak dapat melihat E kecil, tetapi dapat melihat E sedang (jarak 6m) 3. Tidak dapat melihat E sedang, tetapi dapat melihat E besar (jarak 6m) 4. Tidak dapat melihat E besar (jarak 6m), tetapi dapat melihat E besar (jarak 3m) 5. Tidak dapat melihat E besar pada jarak 3m 6. TIDAK DIPERIKSA	Mata kanan		Mata kiri	
		Tanpa pinhole	Dengan pinhole	Tanpa pinhole	Dengan pinhole	☐

L03-L05 (UNTUK SEMUA UMUR)

L03	Kelainan Permukaan Mata (LIHAT CONTOH PADA KARTU PERAGA)			
	a. Pterygium	1. Ya, Mata kanan 2. Ya, Mata Kiri	3. Ya, Kedua mata 4. Tidak ada pterygium	5. TIDAK DIPERIKSA <input type="checkbox"/>
L04	Lensa mata:	1. Lensa normal 2. Lensa keruh (katarak) 3. TIDAK DIPERIKSA	Mata kanan	Mata kiri
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

JIKA MATA KANAN BERKODE 1 DAN MATA KIRI BERKODE 3 ATAU SEBALIKNYA → KE L06
JIKA KEDUA MATA BERKODE 1 ATAU KEDUA MATA BERKODE 3 → KE L06
JIKA SALAH SATU MATA ATAU KEDUA MATA BERKODE 2 → KE L05

L05	Jika salah satu atau kedua jawaban L04 berkode 2 , ditanyakan alasan mengapa [NAMA] belum operasi katarak			
	a. Alasan Utama <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lihat kode	b. Alasan Lain 1. Ada 2. Tidak Ada → L06 <input type="checkbox"/>	c. Alasan Lain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Ada 2. Tidak Ada → L06 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lihat kode
KODE JAWABAN L05: 01. Tidak tahu kalau katarak/tidak tahu kalau bisa dioperasi 02. Fasilitas operasi jauh/tidak dapat dijangkau 03. Kehendak Tuhan yang harus diterima 04. Tidak perlu karena masih dapat melihat dgn satu mata 05. Diberitahu bahwa katarak belum matang 06. Tidak perlu karena sudah tua 07. Tidak tahu dimana tersedia fasilitas untuk operasi 08. Tidak perlu karena masih bisa bekerja 09. Tidak diizinkan oleh keluarga 10. Takut dioperasi 11. Kurang penting dibanding prioritas hidup lainnya 12. Takut menjadi lebih buta 13. Tidak mampu membiayai 14. Kontraindikasi operasi (penyakit lain/penyerta) 15. Tidak ada yang mendampingi 16. Lainnya				

L06 (UNTUK ART < 5 TAHUN) LIHAT KARTU PERAGA

L06	Pemeriksaan Xeroftalmia:	Mata Kanan	Mata Kiri
	ISIKAN HASIL PEMERIKSAAN SESUAI KELAINAN YANG PALING BERAT 1. Tidak Ada Kelainan kornea 2. Bagian putih mata kering, kusam, tak bersinar 3. Ada bercak seperti busa sabun 4. Bagian hitam mata kering, kusam, tak bersinar 5. Sebagian dari hitam mata melunak seperti bubur 6. Seluruh bagian hitam mata melunak seperti bubur 7. Bola mata mengecil/mengempis 8. TIDAK DIPERIKSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M. PEMERIKSAAN THT

M01 – M02 (UNTUK ART ≥ 2 TAHUN)

M01	PENGAMATAN (OBSERVASI)		Telinga Kanan	Telinga Kiri
	a. Anatomi Liang telinga	1. Lapang 2. Sempit	3. Tidak ada liang telinga → M02 4. TIDAK DIPERIKSA	<input type="checkbox"/>
	b. Kelainan dalam Liang Telinga BILA TERDAPAT LEBIH DARI SATU KELAINAN, JUMLAHKAN SEMUA KODE JAWABAN YANG SESUAI	00. Tidak Ada kelainan 01. Sekret bening encer 02. Sekret keruh kental 04. Sekret dan darah	08. Jaringan Granulasi 16. Serumen 32. Kolesteatoma 88. TIDAK DIPERIKSA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Gendang telinga	1. Utuh 2. Perforasi	3. Tidak dapat dievaluasi 4. TIDAK DIPERIKSA	<input type="checkbox"/>
	d. Retroaurikuler	1. Normal 2. Fistel	3. Abses 4. Sikatrik 5. TIDAK DIPERIKSA	<input type="checkbox"/>
M02	Apakah [NAMA] mengalami gangguan pendengaran?	1. Ya, satu telinga 2. Ya, kedua telinga	3. Ya, gangguan pendengaran hilang timbul 4. Tidak ada gangguan pendengaran 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>

M03 (UNTUK ART ≥ 5 TAHUN)

M03	Pemeriksaan Konversasi (Dilakukan dalam ruang tertutup) 1. Dapat mendengar dan mengikuti kata-kata yang dibisikkan 2. Dapat mendengar dan mengikuti kata-kata dengan volume normal 3. Dapat mendengar dan mengikuti kata-kata volume keras 4. Dapat mendengar dan mengikuti kata-kata yang diucapkan dengan berteriak oleh pemeriksa pada telinga yang pendengarannya lebih baik 5. Tidak dapat mendengar teriakan pemeriksa 7. Tidak Berlaku (Responden Bisu) 8. TIDAK DIPERIKSA	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------

N. PEMERIKSAAN STATUS GIGI PERMANEN ≥ 12 THN

N01	Apakah dilakukan pemeriksaan gigi?	1. Ya	2. Tidak → 0.01	<input type="checkbox"/>
N02	Berilah kode pada setiap kotak dentogram di bawah ini: D = gigi berlubang (decayed) M = gigi telah dicabut/tinggal akar (missing) F = gigi ditambal (filling)	DF = gigi ditambal dan ada lubang pada gigi tersebut BT = gigi belum terlihat/ belum tumbuh S = gigi tanpa lubang dan tanpa tambalan (sehat)		
		D-T: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M-T: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> F-T: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DF-T: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
N03	Periksa kondisi gigi dan kesehatan mulut			
	a. Gigi Berjejal	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Gigi goyah	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Karang gigi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Sariawan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Diskolorasi stain rokok	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Kelainan gusi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

O. PENGAMBILAN SPESIMEN DARAH DAN SAMPEL URIN

O.01	Apakah diambil spesimen darah	1. Ya	2. Tidak →O.03	<input type="checkbox"/>
O.02	STIKER NOMOR DARAH	TEMPEL STIKER DI SINI (XXXXXX)		
O.03	Apakah diambil Urin (ART umur 6 – 12 tahun & ART PEREMPUAN 15-49 tahun)	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
O.04	STIKER NOMOR URIN	TEMPEL STIKER DI SINI (XXXXXX)		

CATATAN PENGUMPUL DATA