



LAPORAN RISKESDAS 2007

PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT



DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
2008

DAFTAR ISI

- I. STATUS GIZI
 - 1.1. Status Gizi Balita
 - 1.2. Indeks Masa Tubuh
 - 1.3. Konsumsi Energi dan Protein
 - 1.4. Garam Iodium

- II. KESEHATAN IBU DAN ANAK
 - 2.1. Status Imunisasi
 - 2.2. Perkembangan Balita
 - 2.3. Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi

- III. PENYAKIT MENULAR

- IV. PENYAKIT TIDAK MENULAR
 - 4.1. Penyakit Tidak menular Utama, Penyakit Sendi, Penyakit Keturunan, dan factor Resiko Penyakit Tidak Menular
 - 4.2. Gangguan Mental Emosional
 - 4.3. Penyakit Mata
 - 4.4. Kesehatan Gigi
 - 4.5. Disabilitas

- V. PERILAKU
 - 5.1. Merokok
 - 5.2. Konsumsi Buah dan Sayur
 - 5.3. Minuman Beralkohol
 - 5.4. Aktivitas Fisik
 - 5.5. Pengetahuan tentang Flu Burung
 - 5.6. Pengetahuan Tentang HIV/AIDS
 - 5.7. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

- VI. AKSES DAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN
 - 6.1. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan
 - 6.2. Tempat Berobat dan Sumber Biaya
 - 6.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

- VII. KESEHATAN LINGKUNGAN

- VIII. BOMEDIS

BAB I

PENDAHULUAN

Latar belakang

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

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

Hasil survei yang berbasis populasi seperti Surkesnas (SDKI, Susenas modul, SKRT) yang selama ini dilakukan belum memadai untuk perencanaan kesehatan oleh kabupaten / kota karena tingkat keterwakilan hasil survei yang baru sampai tingkat kawasan atau propinsi.

Disamping itu sampai saat ini belum tersedia peta status kesehatan (termasuk data biomedis) dan upaya kesehatan tingkat kabupaten / kota, sehingga belum ada dasar yang kuat untuk menentukan alokasi anggaran dari pusat yang berbasis status kesehatan antar kabupaten / kota.

Atas dasar berbagai pertimbangan di atas, maka sangat diperlukan adanya riset kesehatan dasar, yang bisa menyediakan informasi tentang status (termasuk data biomedis) dan upaya kesehatan yang berbasis komunitas dengan representasi sampai tingkat kabupaten/kota.

Kemajuan teknologi kesehatan dan demand masyarakat di bidang kesehatan, membuat informasi yang dibutuhkan bukan hanya aspek kesehatan masyarakat, tetapi juga biomedis. Oleh karena itu untuk riset kesehatan dasar kali ini diteliti pula berbagai penyakit yang diderita masyarakat melalui pemeriksaan biomedis, baik dari spesimen darah maupun urin.

Batasan Riskesdas

Riskedas adalah riset berbasis masyarakat tingkat kabupaten/kota yang menggambarkan informasi kesehatan dasar termasuk biomedis, dengan menggunakan sampel susenas kor.

Dalam riset kesehatan dasar ini:

1. Populasi riset ini adalah seluruh rumah tangga.
2. Sampel: rumah tangga mewakili kabupaten / kota sebesar 18 ribu blok sensus (BS), tiap kabupaten / kota ditarik sampel antara 12 - 88 BS, tergantung besarnya penduduk di kabupaten / kota tersebut.
3. Tiap blok sensus diambil 16 rumah tangga, sehingga riskesdas ini meliputi sekitar 280.000 RT.
4. Pada riskesdas ini juga dilakukan pemeriksaan urin iodium pada 30 kabupaten / kota terpilih, dari tiap rumah tangga terpilih diambil seluruh anak usia sekolah (6-12 th)
5. Spesimen biomedis diambil sebanyak 15% BS daerah urban (menurut batasan BPS) yaitu sekitar 960 BS, diperkirakan mencakup 30.000 spesimen.

Dibandingkan dengan survei berbasis komunitas yang selama ini dilakukan, tingkat keterwakilan Riskesdas adalah sebagai berikut.

Tingkat keterwakilan informasi

Indikator	SDKI	SKRT	KOR Susenas	Riskesdas
Sampel	35.000	10.000	280.000	280.000
Pola Mort	Nasional	S/J/KTI	--	Nasional
Perilaku	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Gizi	--	S/J/KTI	Propinsi	Kabupaten
Sanling	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Penyakit	--	S/J/KTI	--	Prop/Kab
Cedera & Kecelakaan	Nasional	S/J/KTI	--	Prop/Kab
Disabilitas	--	S/J/KTI	--	Prop/Kab
Gigi & Mulut	--	--	--	Prop/Kab
Biomedis	--	--	--	Nas/Kota

Keterangan:

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

Pertanyaan Penelitian

Pernyataan riset kesehatan dasar adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana status kesehatan masyarakat di tiap wilayah: nasional, Propinsi dan kabupaten / kota?
2. Bagaimana keadaan faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat di tiap wilayah: nasional, propinsi dan kabupaten / kota?
3. Bagaimana masalah kesehatan masyarakat yang spesifik di setiap kabupaten / kota dan propinsi?

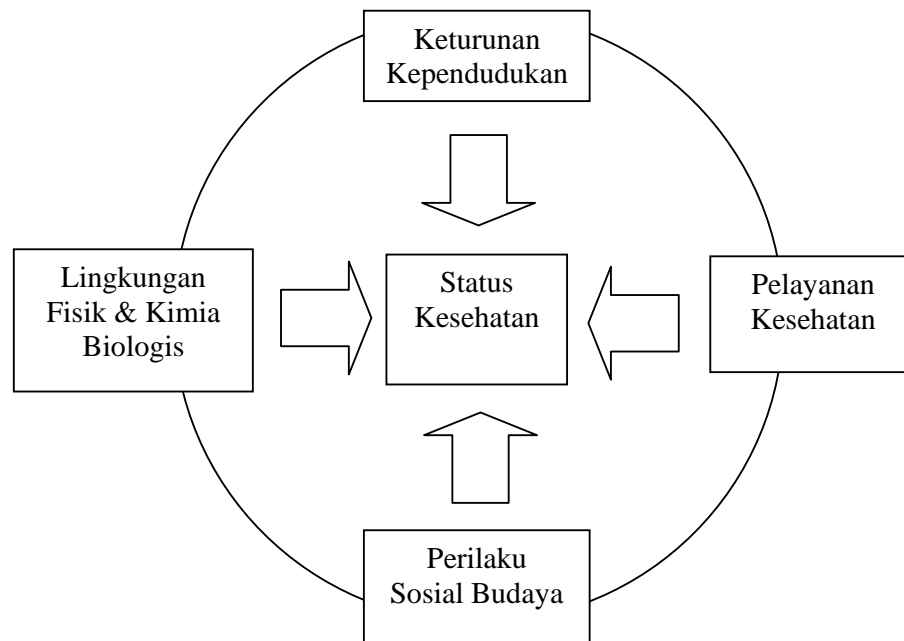
Tujuan Riskesdas

Tujuan Riskesdas adalah sebagai berikut:

1. Menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten / kota.
2. Membandingkan perkembangan status dan upaya kesehatan baik tingkat propinsi maupun kabupaten / kota.
3. Menyediakan data yang “evidence based” untuk acuan alokasi pembiayaan pemerintah pusat ke propinsi dan kabupaten / kota.
4. Memberikan pemetaan masalah kesehatan, baik antar propinsi maupun kabupaten / kota.

Kerangka Pikir

Kerangka pikir riset kesehatan dasar menggunakan kerangka pikir Blum (1974, 1981) yang menyatakan bahwa status kesehatan masyarakat itu dipengaruhi oleh 4 faktor yang saling berinteraksi yaitu: faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Bagan kerangka pikir Blum adalah sebagai berikut:



Pada Riskesdas tahun 2007 ini belum semua indikator baik pada status kesehatan maupun ke 4 faktor2 yang mempengaruhi status kesehatan tersebut. Indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan dan faktor2 yang mempengaruhinya pada Riskesdas 2007 adalah sebagai berikut:

Status kesehatan diukur dengan:

1. Mortalitas (deskripsi kematian dan prola penyebab kematian untuk semua umur)
2. Morbiditas yang meliputi prevalensi penyakit menular dan penyakit tidak mmenular
3. Disabilitas
4. Status gizi baik untuk balita, ibu hamil WUS maupun semua umur dengan menggunakan IMT.
5. Kesehatan jiwa

Faktor lingkungan diukur dengan:

1. Konsumsi gizi meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral.
2. Lingkungan fisik meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah.
3. Lingkungan sosial (tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, perbandingan kota – desa dan perbandingan antar propinsi / kabupaten / kota.

Faktor perilaku diukur dengan:

1. Perilaku merokok / konsumsi tembakau dan alkohol

2. Perilaku mengkonsumsi sayur dan buah
3. Perilaku aktivitas fisik
4. Perilaku gosok gigi
5. Perilaku higienis (cuci tangan, buang air besar)
6. Pengetahuan sikap dan perilaku terhadap flu burung, HIV/AIDS

Faktor pelayanan kesehatan diukur dengan:

1. Akses terhadap pelayanan kesehatan termasuk untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat.
2. Utilisasi pelayanan kesehatan
3. Ketanggapan pelayanan kesehatan
4. Cakupan program KIA (pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi dan imunisasi).

Pengorganisasian Riskesdas

Pengorganisasian riskesdas dibagi menjadi berbagai tingkat sebagai berikut:

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

Organisasi Riskesdas tingkat pusat

Organisasi Riskesdas di tingkat pusat adalah sebagai berikut:

1. Tim Penasehat terdiri dari Menteri Kesehatan, para pejabat eselon I di lingkungan Departemen Kesehatan, Kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional dan Kepala Badan Pusat Statistik.
2. Tim Pengarah terdiri dari Kepala Badan Litbangkes, Staf Ahli Menkes, Kepala Badan Litbang Depdagri, Ketua Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan, Direktur Statistik Ketahanan Sosial BPS, Direktur Statistik Kependudukan BPS, Kepala Pusat Pendidikan dan Pelatihan Badan PPSDM Kesehatan.
3. Tim Pakar terdiri dari para pakar di bidang kesehatan dan kedokteran, peneliti senior dari Litbangkes, Badan Pusat Statistik dan LIPI.
4. Tim Teknis terdiri dari Kepala Pusat Litbang Gizi dan Makanan Badan Litbang Kesehatan, Direktur Statistik Kesra BPS, Peneliti senior Badan Litbangkes.
5. Tim Manajemen terdiri dari Sekretaris Badan Litbangkes, pejabat eselon II, III, IV di lingkungan Badan Litbangkes.

Organisasi Riskesdas tingkat wilayah

Untuk seluruh Indonesia, operasionalisasi riskesdas dibagi menjadi 4 wilayah. Tiap Puslitbang diberi tanggung jawab operasional satu wilayah, dengan pembagian sebagai berikut:

Tabel Pembagian tanggung jawab operasional wilayah Riskesdas

Wilayah	Korwil	Propinsi
I	Puslitbang Ekologi & Status Kesehatan	NAD, Sumut, Sumbar, Riau, Kepri, Jambi, Sumsel dan Babel
II	Puslitbang Biomedis & Farmasi	DKI Jakarta; Banten; Jateng; DI Jogjakarta; Kalteng; Kaltim; Kalbar; Kalsel
III	Puslitbang Sistem & Kebijakan Kesehatan	Bali; NTB; NTT; Jatim; Maluku; Maluku Utara; Irian Jaya Barat; Papua
IV	Puslitbang Gizi & Makanan	Jabar; Bengkulu; Lampung; Sulut; Sulteng; Sulbar; Sulsel; Sultra; Gorontalo

Di masing-masing wilayah dibentuk organisasi Riskesdas yang pada umumnya adalah sebagai berikut:

Penanggung Jawab Wilayah	Ka Puslitbang
Wakil Penanggung Jawab Wilayah	Peneliti Senior
Penanggung Jawab Teknis Propinsi	Kabid/Kabag/Peneliti Senior
Wakil Penanggung Jawab Teknis Propinsi	Kabid/Kabag/Peneliti Senior
Penanggung Jawab Teknis Kab/Kota	Peneliti Puslitbang / Dosen Poltekkes
Penanggung Jawab Administratif	Staf Bidang/Bagian

Organisasi tingkat Propinsi

Susunan organisasi Riskesdas di tingkat propinsi adalah sebagai berikut:

Pengarah: Sekretaris Daerah,
Kepala Litbangda

Tim Pelaksana:

Ketua Kadinkes Provinsi

Kabid operasional	Kasubdin yang ditunjuk
Kabid teknis	Peneliti Balitbangkes
Sekretaris	Kasi Litbang / Kasi Puldata
Anggota	Peneliti Balitbangkes, Ka BPS, Direktur Poltekkes, Ka.Labkesda Propinsi
Sekretariat	Pengelola logistik dan keuangan

Adapun tugasnya adalah:

1. Rekrutmen tenaga pelatih tingkat Kab/Kota
2. Mengkoordinasikan Riskesdas di kab/kota
3. Persiapan lapangan
4. Diseminasi dan sosialisasi
5. Identifikasi sumberdaya (dana, SDM)
6. Mengelola keuangan dan logistik
7. Monitoring pelaksanaan Riskesdas
8. Membuat laporan pelaksanaan Riskesdas

Organisasi di tingkat Kabupaten/Kota

Susunan organisasi Riskesdan tingkat kabupaten / kota adalah sebagai berikut:

Pengarah	Sekretaris daerah
Tim Pelaksana	
Ketua Umum	Kadinkes Kab/Kota
PJ Operasional	Kasubdin atau Kabag
PJ Teknis	Peneliti Balitbangkes / Poltekkes / Dinkes / PT
Sekretaris	Kasi Litbang/lainnya yang ditunjuk Dinkes
Anggota	Ka BPS Kab/Kota, Ka. Lab RSU
Sekretariat	Pengelola logistik dan keuangan

Tugasnya adalah sebagai berikut:

1. Menyusun POA, termasuk identifikasi SDM & Dana
2. Merekrut tenaga pengumpul data
3. Mempersiapkan Lapangan Riskesdas
4. Mengambil Sketsa RT dalam BS, DSRT terpilih dan fotocopi blok I-IV Susenas Kor dari BPS kab/kota
5. Mengelola keuangan dan logistik

6. Monitoring pelaksanaan Riskesdas
7. Membuat laporan pelaksanaan Riskesdas
8. Mengkoordinasikan dengan Puskesmas untuk memobilisasi Responden Biomedis ke RS/Lab yang ditunjuk terdekat.
9. Mengirimkan kuesioner ke masing – masing korwil.
10. Mengumpulkan, mengemas, dan mengirimkan spesimen urine dan garam (30 Kab/Kota terpilih) ke Lab yang ditunjuk.
11. Fotocopy bukti pengiriman kuesioner, spesimen urine, dan sampel garam dikirim ke PJO masing – masing Propinsi

Manfaat Riskesdas

Manfaat Riskesdas antara lain adalah:

1. Tersedianya informasi status dan upaya kesehatan berbasis komunitas dengan keterwakilan sampai ke tingkat kabupaten / kota.
2. Tersedianya informasi biomedis yang mewakili daerah perkotaan.
3. Tersedianya peta masalah kesehatan antar propinsi dan antar kabupaten yang sangat bermanfaat untuk penentuan prioritas program per wilayah.
4. Terjadinya sharing pengetahuan dan pengalaman melaksanakan riset kesehatan berskala nasional bagi seluruh peneliti Balitbangkes Depkes.

Keterbatasan Riskesdas

Riset Kesehatan Dasar merupakan riset berbasis komunitas dengan skala terbesar dan dilaksanakan secara swakelola. Sebagai pengalaman pertama tentu ada beberapa kelemahan atau kekurangan yang masih terjadi meski sudah diupayakan sebaik mungkin. Beberapa keterbatasan Riskesdas adalah sebagai berikut:

1. Meski Riskesdas dirancang dengan keterwakilan sampai tingkat kabupaten / kota, tetapi tentu saja tidak semua informasi bisa mewakili kabupaten / kota. Hanya angka kejadian dengan proporsinya yang relatif besar yang bisa mewakili kabupaten / kota. Beberapa angka kejadian yang kecil proporsinya mungkin hanya bisa mewakili tingkat propinsi atau bahkan tingkat nasional.
2. Khusus untuk data biomedis, keterwakilan hanya sampai ke tingkat daerah perkotaan.
3. Validitas data tentu belum seperti yang diharapkan, untuk itu upaya kita menjaga validitas data akan diuraikan dalam metodologi.

4. Kecilnya dana, adanya tsunami anggaran dan bencana di beberapa wilayah membuat pelaksanaan Riskesdas relatif tidak serentak, ada yang sudah mulai pada Juli 2007, tetapi ada pula yang dilakukan pada Pebruari tahun 2008, bahkan untuk 5 propinsi (Papua, Irijaab, Maluku, Maluku Utara dan NTT) baru dilaksanakan pada bulan April Mei, 2008.
5. Pengumpulan data yang tidak serempak, membuat perbandingan antar propinsi harus hati-hati, khususnya pada penyakit yang bersifat seasonal.

Persetujuan Etik Riskesdas

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

BAB II

METODE PENELITIAN

Persiapan Riskesdas

Riset kesehatan dasar berskala nasional ini memerlukan persiapan yang panjang. Oleh karena itu persiapan riskesdas telah dilakukan setahun sebelumnya. Sejak gagasan riskesdas digulirkan pada triwulan I tahun 2006, serangkaian kegiatan yang padat dan melelahkan terus dilakukan. Rangkaian kegiatan tersebut adalah sebagai berikut:

Penyusunan proposal riskesdas

Gagasan riskesdas segera direalisasikan dengan membentuk tim kecil yang bertugas mengembangkan proposal riskesdas yang diarahkan langsung oleh Kepala Balitbangkes Depkes. Tim kecil ini mengadakan pertemuan konsinyasi tiap hari Kamis - Jum'at di Puslitbang Gizi & Makanan Bogor. Tim inilah yang kelak menjadi tim inti riskesdas. Luaran dari kerja tim ini adalah proposal awal dan jadwal kasar riskesdas, dari tahap persiapan sampai pelaksanaannya nanti di tahun 2007.

Penyusunan indikator riskesdas

Untuk menyusun indikator yang akan digali melalui riset kesehatan dasar, dilakukan serangkaian pertemuan dengan berbagai pihak, antara lain:

1. Pertemuan pendahuluan dengan para penelitian Balitbangkes, untuk mengumpulkan indikator yang dikumpulkan melalui berbagai survei seperti Susenas Kor/Modul, Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) dan Survei Kesehatan Daerah (Surkesda).
2. Pertemuan dengan lintas program, lintas sektor termasuk mengundang pakar dari Universitas (UI, UGM, Unhas, Unram, dll), untuk menggali indikator kesehatan masyarakat dari para pemegang program dan para pakar kesehatan masyarakat.
3. Pertemuan dengan perhimpunan dokter spesialis dan pakar biomedis untuk menggali berbagai indikator yang bisa didapat dari pemeriksaan biomedis

Pengembangan instrumen riskesdas

Setelah indikator yang akan digali melalui riskesdas disepakati, tim inti riskesdas kembali melakukan konsinyasi setiap Kamis-Jum'at, untuk mengembangkan instrumen

riskesdas. Setelah serangkaian pertemuan konsinyasi, akhirnya berhasil dirampungkan instrumen riskesdas sebagai berikut.

1. Instrumen riskesdas bidang kesehatan masyarakat berupa kuesioner dan pedoman pengisiannya yang meliputi:
 - Kuesioner rumah tangga
 - Kuesioner individu
 - Kuesioner gizi
2. Instrumen riskesdas biomedis berupa pedoman pengambilan spesimen dan manajemen penyimpanan spesimen, baik untuk spesimen darah maupun urin.

Penjajagan kerjasama dengan BPS

Riskesdas digagas bergandengan dengan susenas, agar variabel pada susenas bisa digunakan untuk analisis lanjut data riskesdas, misalnya analisis kesenjangan status kesehatan antara kelompok masyarakat terkaya dengan termiskin. Disamping itu BPS adalah lembaga pemerintah yang sangat berpengalaman dalam melaksanakan survei berskala besar. Oleh karena itu riskesdas semula akan dilaksanakan bersama BPS. Untuk itu beberapa kali pertemuan diadakan khusus untuk membahas kerjasama ini. Sebagai langkah nyata, uji coba riskesdas yang dilaksanakan di Kabupaen Sukabumi dan Kabupaten Bogor didisain untuk dilaksanakan bersama antara BPS dengan Balitbangkes Depkes.

Uji coba riskesdas di Kabupaten Bogor dan Kabupaten Sukabumi

Untuk uji coba riskesdas ini, digunakan blok sensus yang telah dipakai oleh BPS sebelumnya. Seluruh mantis (mantri statistik di Kaupaten Bogor dan Kabupaten Sukabumi direkrut sebagai pengumpul data, bersama dengan sejumlah tenaga alumni poltekkes (poli teknik kesehatan). Para pengumpul data ini dilatih selama 5 hari di Bapelkes Ciloto, pada tanggal . Selanjutnya tim pengumpul data gabungan mantis dengan alumni poltekkes ini diterjunkan ke lapangan, mengumpulkan data di blok sensus terpilih di Kabupaten Bogor dan Kabupaten Sukabumi. Uji coba riskesdas baik untuk kuesioner kesehatan masyarakat maupun pengumpulan sepsimen biomedis ini dilakukan pada tanggal

Hasil dari uji coba riskesdas ini adalah sebagai berikut:

1. Kuesioner riskesdas banyak menggunakan istilah kesehatan, sehingga para mantis tidak sepenuhnya memahami istilah-istilah tersebut.

2. Pelaksanaan riskesdas dengan kuesioner yang cukup tebal memerlukan waktu yang relatif lama, karena seluruh individu dalam setiap rumah tangga terpilih dilakukan wawancara dan pengukuran.
3. Banyak masukan untuk perbaikan kuesioner baik secara substantif maupun alur pertanyaannya.
4. Juga banyak masukan dari aspek pendanaan, berapa biaya yang layak untuk pengumpulan data di lapangan, termasuk perlunya biaya tambahan untuk daerah sulit.

Pengalaman uji coba riskesdas di Kabupaten Bogor dan Kabupaten Sukabumi, dilakukan kajian terhadap rencana kerja sama dengan BPS. Disepakati bahwa dalam pengumpulan data, mantri statistik tidak mungkin dimanfaatkan karena 2 alasan:

1. Pekerjaan rutin mantri statistik untuk melaksanakan berbagai survei yang dilaksanakan oleh BPS dengan jadwal yang ketat, tidak memungkinkan mantri statistik untuk menyisihkan waktu bagi pelaksanaan riskesdas.
2. Mantri statistik belum memahami berbagai istilah kesehatan yang banyak digunakan pada instrumen riskesdas.

BPS tetap membantu pelaksanaan riskesdas sebagai konsultan di tingkat pusat dan menyediakan daftar sampel rumah tangga teroilih dalam blok sensus yang dipilih sebagai sampel susenas.

Penambahan indikator dan perbaikan instrumen

Setelah uji coba riskesdas, pertemuan tim riskesdas terus dilanjutkan dan beberapa tambahan variabel yang ingin dimasukkan ke dalam instrumen riskesdas terus bertambah. Dari Unicef memberikan bantuan khusus untuk pemeriksaan spesimen urin dan tes garam beryodium di seluruh rumah tangga sampel. Perilaku konsumsi gizi juga ditambahkan sehingga melahirkan instrumen khusus gizi. Selain itu tambahan variabel kesehatan gigi dan mulut juga disepakati. Penyempurnaan terus dilakukan sampai detik-detik akhir sebelum kuesioner digandakan.

Sosialisasi riskesdas ke seluruh propinsi.

Langkah selanjutnya adalah melakukan sosialisasi riskesdas ke seluruh propinsi. Tidak ada anggaran khusus untuk kegiatan ini, sehingga tim riskesdas meminta Dinas Kesehatan di seluruh propinsi untuk menginformasikan kapan ada pertemuan jajaran kesehatan seluruh propinsi, pada saat itulah tim riskesdas hadir untuk menyampaikan rencana kegiatan riskesdas. Seluruh besar propinsi memberi respon positif, pada

umumnya sosialisasi riskesdas dilakukan pada rakerkesda (rapat kerja kesehatan daerah) atau pertemuan serupa lainnya. Beberapa propinsi mengundang tim riskesdas untuk sosialisasi 2 kali atau lebih, bahkan beberapa kabupaten / kota juga mengundang tim dari Balitbangkes untuk sosialisasi riskesdas di wilayahnya.

Pelatihan bagi pelatih dan surveyor

Untuk mengumpulkan data dengan benar, diperlukan pelatihan untuk memahami instrumen penelitian, baik kuesioner riskesdas untuk kesehatan masyarakat maupun pedoman pengambilan dan manajemen spesimen untuk biomedis. Mengingat survei ini berskala besar untuk seluruh kabupaten / kota di Indonesia, pelatihan dilakukan secara berjenjang sebagai berikut:

Pelatihan untuk pelatih inti (Pupi)

Semua penanggung jawab teknis propinsi dan wakilnya (66 orang) adalah pelatih inti. Mereka mengikuti pelatihan di Hotel Grand Lembang, selama seminggu, yaitu pada tanggal .

Pelatihnya adalah para peneliti senior Balitbangkes yang menjadi tim inti riskesdas.

Pelatihan untuk pelatih (Pup)

Seluruh pelatih inti, yaitu para penanggung jawab teknis propinsi dan wakilnya bertindak sebagai pelatih pada pelatihan untuk pelatih yang diselenggarakan di masing-masing wilayah, dikoordinir oleh masing-masing penanggung jawab wilayah (Puslitbang). Pesertanya adalah seluruh penanggung jawab teknis kabupaten / kota, yaitu:

1. Para peneliti di Balitbangkes Depkes.
2. Para dosen poltekkes atau staf Dinas Kesehatan di daerah yang direkrut sebagai penanggung jawab teknis kabupaten / kota

Selain model ceramah, diterapkan pula metoda “micro teaching” karena pada peserta pelatihan nanti akan bertindak sebagai pelatih surveyor.

Jumlah penanggung jawab teknis kabupaten / kota yang mengikuti pelatihan bagi pelatih ini sesuai dengan jumlah kabupaten / kota di Indonesia, yaitu sebanyak 461 orang.

Pelatihan surveyor

Seluruh penanggung jawab teknis kabupaten / kota dibawah koordinasi penanggung jawab teknis propinsi dan wakilnya, menjadi pelatih pada pelatihan surveyor yang dilaksanakan di seluruh Indonesia. Biasanya pelatihan surveyor dari beberapa kabupaten / kota dijadikan satu, sehingga dalam satu propinsi biasanya ada beberapa

tempat pelatihan surveyor. Pada riskesdas ini jumlah surveyor yang direkrut adalah sebanyak orang, sebagian besar adalah alumni poltekkes dan sebagian lagi adalah stag Dinas Kesehatan setempat. Pelatihan dilakukan selama 5 haru penuh, termasuk 1 hari praktek pengumpulan data dan pengukuran di lapangan.

Pelatihan petugas biomedis.

Untuk biomedis, pelatihan petugas pengambil spesimen dan manajemen spesimen juga dilakukan. Pesertanya adalah para analis atau petugas laboratorium dari rumah sakit daerah atau laboratorium. Peltihanya adalah peneliti dan Puslitbang Biomedis dan petugas Labkesda setempat. Pelatihan dilaksanakan di tiap propinsi.

Rapat koordinasi teknis di wilayah

Masalah pertanggung-jawaban keuangan riskesdas juga tidak kalah rumitnya, karena pelaksana riskesdas berada di blok sensus di seluruh pelosok tanah air, sementara pertanggung-jawaban keuangan harus dikirimkan ke pusat, karena dananya memang dari pusat. Untuk melancarkan aliran dana dan petanggung-jawaban kegiatan riskesdas, dilakukan pertemuan teknis antara tim riskesdas pusat dengan para penanggung jawab operasional tingkat propinsi (salah satu eselon III di Dinas Kesheatan Propinsi) dan penanggung jawab operasional tingkat kabupaten/kota (salah satu eselon III di nDinas Kesehatan Kabupaten / Kota). Pertemuan ini dikoordinir oleh masing-masing Puslitbang selaku penanggung jawab wilayah.. Luaran dari pertemuan ini adalah kesamaan persepsi tentang alokasi dana per wilayah dan sistem pertanggung-jawabannya.

Rapat kordinasi di tiap propinsi

Rapat koordinasi di tiap propinsi dilakukan sebelum pelaksanaan pengumpulan data di lapangan. Rapat koordinasi diselenggarakan di ibu kota propinsi, dihadiri secara lengkap oleh berbagai pihak yang terlibat dalam riskesdas di propinsi yang bersangkutan, yaitu:

1. Seluruh tim riskesdas propinsi
2. Para penanggung jawab operasional tingkat propinsi dan wakilnya.
3. Para penanggung jawab operasional tingkat kabupaten / kota dan wakilnya
4. Para penanggung jawab teknis propinsi (yaitu peneliti senior dari Balitbangkes)
5. Para penaggung jawab teknis kabupaten / kota (yaitu para peneliti dari Balitbangkes, dosen poltekkes atau staf Dinas Kehatan setempat).
6. Wakil dari rumah sakit yang ikut dalam pengambilan sampel biomedis.

7. Wakil dari BPS provinsi dan kabupaten / kota sebagai penyedia daftar rumah tangga yang telah terpilih sebagai sampel susenas.

Luaran dari rapat koordinasi ini adalah jadwal pelaksanaan pengumpulan data di masing-masing kabupaten / kota, baik untuk kesehatan masyarakat maupun biomedis.

Pelepasan oleh Menteri Kesehatan

Pada tanggal dilakukan kegiatan khusus yaitu pelepasan tim riskesdas oleh Ibu Menteri Kesehatan, yang dilaksanakan di Aula Departemen Kesehatan. Setelah mendengarkan laporan singkat persiapan pelaksanaan riskesdas oleh Kepala Balitbangkes Depkes, Ibu Menteri Kesehatan berkenan melepas tim riskesdas, dari peneliti sampai surveyor, untuk bergegas ke lapangan melaksanakan riskesdas di seluruh kabupaten / kota di Indonesia.

Pengumpulan data di lapangan

Tahap yang paling penting adalah pengumpulan data di tiap kabupaten / kota. Biasanya pengumpulan data diawali dengan pembekalan singkat oleh penanggung jawab teknis dan penanggung jawab operasional kabupaten / kota yang bersangkutan, dirumuskan strategi pengumpulan data yang digunakan, dilakukan pembagian wilayah, baru kemudian pengumpulan data dilaksanakan. Beberapa kabupaten / kota ada yang menyelenggarakan "pelepasan surveyor" oleh Bapak Bupati / Walikota setempat.

Pengumpulan data tidak bisa serentak dilakukan karena:

1. Ada tsunami anggaran, sehingga pencairan dana bervariasi. Wilayah I dan II bisa mencairkan anggaran sebelum tsunami, sehingga bisa melaksanakan pengumpulan data lebih awal, sedangkan wilayah III dan IV lebih lambat. Bahkan 5 provinsi yang daerahnya sulit (Papua, Irian Jaya Barat, Maluku, Maluku Utara dan Nusa Tenggara Timur), baru dilaksanakan pada tahun 2008.
2. Kesiapan daerah juga bervariasi, sehingga pelaksanaan antar provinsi dan kabupaten / kota tidak sama.
3. Kondisi geografis sampel terpilih. Di daerah kepulauan dan terpencil, memerlukan tambahan transport daerah sulit yang cairnya belakangan, sehingga pengumpulan data juga terlambat.

Riskesdas Kesehatan Masyarakat

Disain penelitian

Disain riskesdas adalah penelitian potong lintang dengan cara survei ke masyarakat.

Cara pengambilan dan besar sampel

Cara pengambilan dan besar sampel sama dengan Susenas Kor. (rincian lebih lanjut akan diuraikan sesuai dengan uraian pada hasil susenas kor oleh BPS.

Jumlah BS dan rumah tangga terpilih per kabupaten / kota di seluruh Indonesia dapat dilihat pada lampiran.

Informasi yang dihasilkan

Informasi kesehatan masyarakat mencakup informasi tentang status kesehatan masyarakat dan faktor2 yang mempengaruhi status kesehatan sebagai berikut:

Status kesehatan masyarakat meliputi:

1. Angka kematian dan pola penyakit penyebab kematian
2. Angka kesakitan:
 - Penyakit menular (ISPA, pneumonia, campak, typhoid, malaria, diare, TBC, DBD, hepatitis, filariasis)
 - Penyakit tidak menular (jantung, DM, tumor, sendi, hipertensi, stroke, gangguan refraksi, katarak, asma, kes. gigi & mulut)
3. Disabilitas/ketidak-mampuan
4. Status gizi balita, WUS, dan ibu hamil
5. Kesehatan mental

Faktor yang berpengaruh terhadap status kesehatan, meliputi:

1. Faktor lingkungan
 - Air minum
 - Sanitasi layak
 - Polusi
 - Sampah
2. Faktor perilaku
 - Konsumsi makanan rumah tangga
 - Pengetahuan, sikap dan perilaku (flu burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, tembakau, alkohol, aktivitas fisik, pola konsumsi)
 - Konsumsi garam beriodium
3. Faktor program/pelayanan kesehatan
 - Akses terhadap pelayanan kesehatan
 - Ketanggapan pelayanan kesehatan (rawat inap dan berobat jalan)

Instrumen yang digunakan

Instrumen yang digunakan dalam riskesdas ini adalah:

1. Kuesioner, terdiri dari: kuesioner rumah tangga, kuesioner individu, kuesioner gizi dan kuesioner autopsi verbal (kematian)
2. Alat pengukuran dan pemeriksaan: timbangan berat badan, microtoise, alat ukur panjang badan bayi, tensimeter digital, pita lila, alat ukur lingkaran perut, kartu snelen, pinhole, kaca mulut, tes cepat iodine, kartu peraga

Pengumpul data

Instrumen riskesdas banyak menggunakan istilah kesehatan, sehingga diperlukan surveyor yang biasa dengan istilah-istilah kesehatan. Oleh karena itu diperlukan surveyor yang berpendidikan kesehatan sebagai berikut:

1. Minimal lulusan D III Kesehatan yang berdomisili di kabupaten setempat
2. Apabila tidak ada lulusan DIII Kesehatan, dimanfaatkan tenaga kesehatan setempat.

Tiap tim surveyor kesehatan masyarakat terdiri dari 4 orang (1 Ketua merangkap anggota dengan 3 anggota). Jumlah surveyor di tiap kabupaten di seluruh Indonesia dapat dilihat pada lampiran.

Untuk membekali mereka sebelum pengumpulan data, seluruh surveyor dilatih terlebih dahulu selama 6 hari efektif, menggunakan 10 jam / hari, termasuk 1 hari praktek lapangan. Rincian jadwal pelatihan dibuat standar, dengan urutan seperti terlampir.

Waktu pengumpulan data

Dilaksanakan bervariasi, paling awal bulan Juli 2007, ada yang Februari 2008.

Menjaga Kualitas Data

Dalam Riskesdas diupayakan penjaminan kualitas data sebagai berikut:

1. Pelatihan surveyor berjenjang (dari MOT, TOT sampai training)
2. Ada video wawancara dan video pengukuran
3. Ada praktek lapangan
4. Ketua tim bertugas memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner
5. Editing dilakukan oleh peneliti
6. Entry data dilakukan oleh tenaga terlatih
7. Cleaning data dilakukan oleh tim manajemen data yang berpengalaman
8. Imputasi data dilakukan oleh peneliti terlatih.
9. Validasi data ke lapangan (sekian %)

Analisis data

Untuk proses analisis data dilakukan berbagai persiapan sebagai berikut:

1. Pembahasan outline penulisan pelaporan
2. Pembahasan jenis informasi terpilih yang akan dimuat di laporan.
3. Pembahasan dummy table, dipilih bentuk tabel yang informatif
4. Sebelum dianalisis, dilakukan pembobotan sesuai pembobotan BPS. (Catatan: N tertimbang tidak perlu disebutkan).

Riskesdas Biomedis

Disain penelitian

Cross sectional, survey

Cara pengambilan dan besar sampel

Riskesdas di bidang biomedis dilakukan dengan cara memeriksa spesimen darah dan spesimen urin.

Pengumpulan spesimen darah dilakukan di 33 provinsi di Indonesia dengan populasi penduduk di daerah urban di Indonesia. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) dari rumah tangga terpilih di blok sensus terpilih di daerah urban sesuai susenas kor 2007. Jadi rangkai pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:

1. Blok sensus yang terpilih digunakan susenas, dipilih yang terletak di daerah urban. Dari blok sensus daerah urban ini dipilih 15% (oleh BPS).
2. Dari blok sensus urban yang terpilih ditentukan 16 rumah tangga.
3. Besar sampel adalah 15.536 RT dari 971 BS.
4. Seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) yang menanda-tangani "inform-concern" diambil sampel darahnya. Pengambilan darah tidak dilakukan pada responden yang sakit berat, riwayat perdarahan dan menggunakan obat pengencer darah secara rutin.

Untuk spesimen urin, pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:

1. Dipilih 30 kabupaten/kota secara "stratified random sampling" berdasarkan strata GAKY (gangguan akibat kurng yodium)
2. Dari tiap kabupaten/kota seluruh blok sensus terpilih menjadi sampel.
3. Spesimen urin diambil dari anggot keluarga

Spesimen yang diambil

Untuk spesimen darah, pengambilan spesimen dilakukan pada penduduk usia > 15 tahun (kecuali wanita hamil), dilakukan pengambilan darah vena sejumlah 15 cc. Untuk

usia < 15 tahun dan wanita hamil diambil sejumlah 5 cc. Pemeriksaan darah rutin dan glukosa darah dilakukan di lab daerah setempat. Sisa darah diproses dan dikirim ke laboratorium Balitbangkes untuk pemeriksaan lebih lanjut sesuai kaidah pemrosesan dan pengiriman yang benar (lihat buku pedoman pengambilan, penyimpanan, pengemasan dan pengiriman specimen darah Balitbangkes)

Informasi yang dihasilkan

Informasi status kesehatan melalui pemeriksaan biomedis meliputi:

1. Penyakit menular (Dengue, Malaria, Avian Influenza, filaria, , Rubella, HIV, Hepatitis, PMS, TORCH, CMV)
2. Penyakit yg dapat dicegah dg imunisasi (DPT, Campak, TB, Hepatitis B)
3. Penyakit tdk menular/kronik degeneratif (DM, Dislipidemia, Thyroid, kelainan fungsi ginjal, Kardiovaskuler, Risiko Keganasan)
4. Kelainan gizi (Anemia, Micronutrients)
5. Penyakit kelainan bawaan (Thalassemia, dll)
6. Kadar yodium dalam urine

Informasi biomedis hanya mewakili daerah perkotaan (sesuai batasan BPS).

Pengambil spesimen

Pengambilan spesimen darah dilakukan oleh petugas laboratorium yang berpengalaman.

Dilakukan pula pelatihan manajemen spesimen terlebih dulu, agar spesimen yang diambil dapat dikelola dengan baik sehingga tidak rusak.

Pengambilan spesimen urin dilakukan oleh surveyor bersamaan dengan pengumpulan data kesehatan masyarakat.

Waktu pengumpulan spesimen

Pengumpulan spesimen biomedis dara tidak bisa serentak karena kesiapan daerah yang berbeda-beda.

Menjaga kualitas spesimen

Untuk menjaga kualitas spesimen biomedis, dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Dibuat video dan buku pedoman khusus biomedis. Pedoman pengambilan, penyimpanan, pengepakan dan pengiriman spesimen darah riset kesehatan dasar
2. Petugas dipilih yang berpengalaman dan dilakukan pelatihan pengambilan, penyimpanan, pengepakan dan pengiriman spesimen darah.
3. Pengiriman spesimen dilakukan seaman dan sesegera mungkin.

4. Spesimen yang sampai di Jakarta disimpan secara memadai.

Pemeriksaan Spesimen

Pemeriksaan gula darah dan hematologi diperiksa di laboratorium daerah yang memenuhi ketentuan. Pemeriksaan spesimen darah biomedis lainnya dilakukan di laboratorium Balitbangkes Jakarta. Pemeriksaan kadar iodium urin dilakukan di laboratorium gizi Puslitbang Gizi & Makanan Bogor, laboratorium GAKI di Semarang dan Magelang.

Catatan:

Berhubung keterbatasan dana, pemeriksaan serologis darah akan dilakukan pada tahun 2008, sehingga hasilnya belum bisa dilaporkan saat ini.

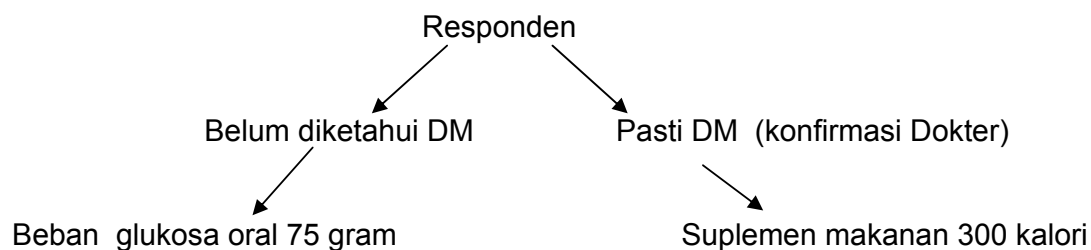
Pemeriksaan Glukosa Darah

Semua Responden usia ≥ 15 tahun, kecuali wanita hamil (alasan etika) diberi pembebanan 75 gram glukosa oral setelah puasa 10 – 14 jam. Khusus untuk responden yang sudah diketahui positif menderita Diabetes Mellitus (DM) (konfirmasi oleh dokter) hanya diberi suplemen makanan 300 kalori (alasan medis dan etika).

Pengambilan darah vena dilakukan setelah 2 jam pembebanan. Darah didiamkan selama 20 – 30 menit, segera disentrifus dan dijadikan serum. Serum segera diperiksa dengan menggunakan alat kimia klinis otomatis.

Nilai rujukan (WHO, 1999)

Normal (Non DM) < 140 mg/dl, Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) $140 - < 200$ mg/dl, Diabetes Mellitus (DM) ≥ 200 mg/dl.



Pemeriksaan hematologi

Pemeriksaan spesimen urin

Response Rate

Response Rate Rumah Tangga Riskedas terhadap Susenas Kabupaten/Kota di Nusa Tenggara Barat, 2007

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

BAB III GAMBARAN UMUM

3.1. Keadaan Wilayah

Provinsi Nusa Tenggara Barat terdiri dari 2 (dua) pulau besar yaitu pulau Lombok dan pulau Sumbawa, dengan luas wilayah 20.153,10 Km² dan jumlah penduduk 4.292.491 jiwa dengan kepadatan penduduk 213 jiwa per Km² terdiri dari penduduk laki-laki 2.043.689 jiwa dan perempuan 2.248.802 jiwa. Jumlah penduduk per Kabupaten/Kota terlihat pada tabel 3.1.

**Tabel 3.1
Jumlah Kecamatan, Desa/Kelurahan dan Penduduk per Kabupaten/Kota di
Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2007**

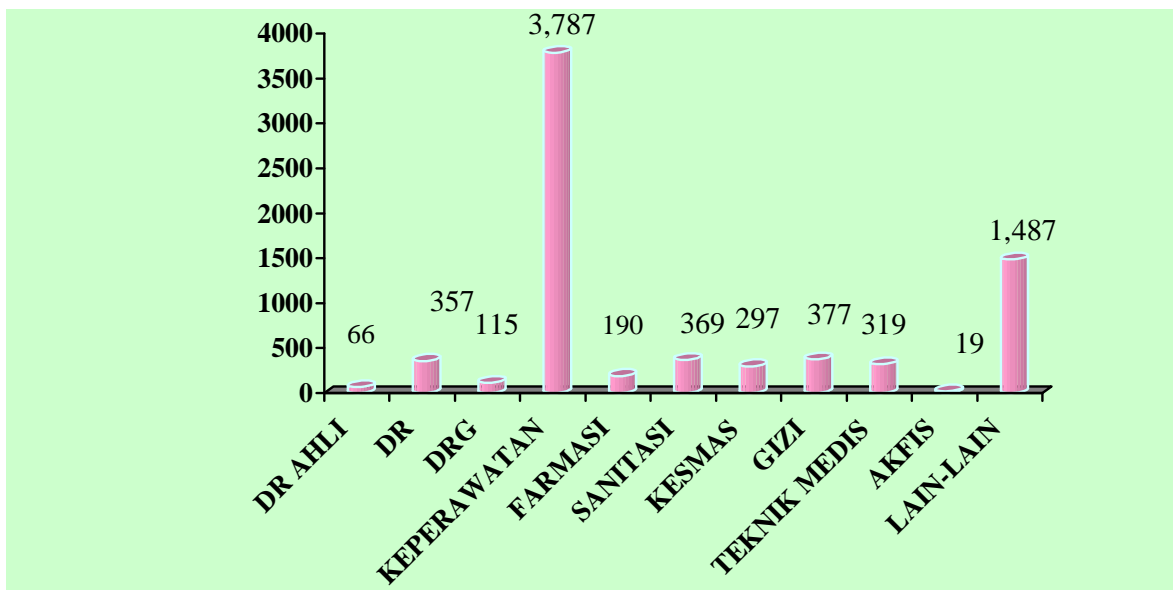
No	Kabupaten/ Kota	Jumlah Kecamatan	Jumlah Desa/ Kel	Jumlah Penduduk
1	Lombok Barat	15	121	796.107
2	Lombok Tengah	12	124	831.286
3	Lombok Timur	20	119	1.056.312
4	Sumbawa	23	165	406.888
5	Dompu	8	68	208.867
6	Bima	14	177	412.504
7	Sumbawa Barat	5	49	97.013
8	Kota Mataram	3	50	356.141
9	Kota Bima	3	38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

3.2. Keadaan Fasilitas Kesehatan

Tabel 3.2
Jumlah RSU, Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), Polindes dan Posyandu
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2007

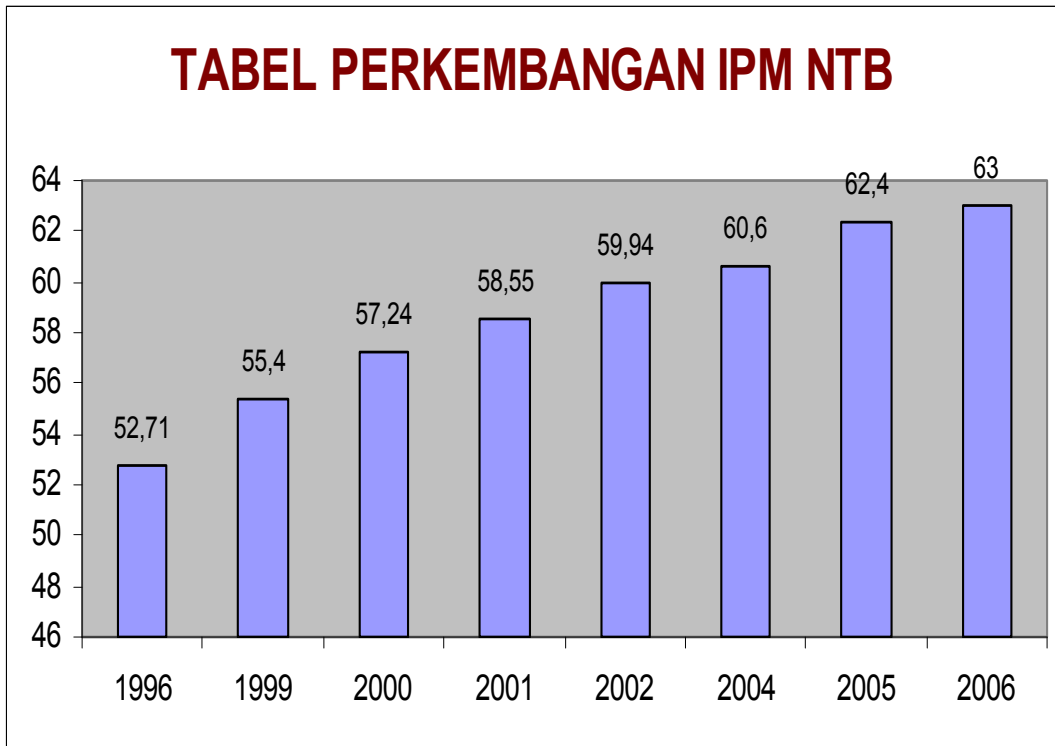
No	Kabupaten/ Kota	Fasilitas Kesehatan				
		RSU	Puskesmas	Pustu	Polindes	Posyandu
1	Lombok Barat	1	19	75	86	822
2	Lombok Tengah	1	22	70	96	1.193
3	Lombok Timur	1	29	76	102	1.176
4	Sumbawa	1	17	84	66	513
5	Dompu	1	9	46	37	293
6	Bima	1	20	68	90	513
7	Sumbawa Barat	-	6	17	14	141
8	Kota Mataram	-	8	17	8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

3.3. Keadaan Tenaga Kesehatan

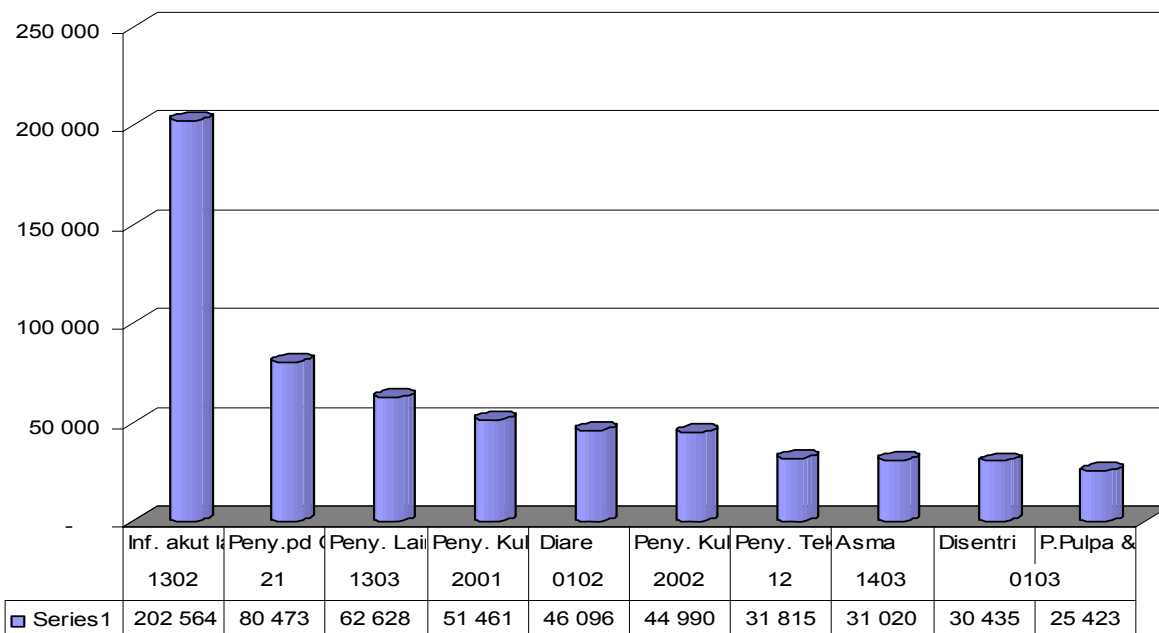


Gambar 3.1. Jumlah Tenaga Kesehatan menurut Sebelas Kategori
Provinsi NTB Tahun 2007

3.4. Perkembangan Indeks Pembangunan Manusia



3.5. Sepuluh Penyakit Terbanyak Tahun 2007



BAB III HASIL PENELITIAN

I. STATUS GIZI

1.1. Status Gizi Balita

1.1.1. Status Gizi menurut Kabupaten/Kota

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

Tabel 1.1.1
Sebaran Balita menurut Status Gizi (BB/U) dan Kabupaten/Kota
di Propinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Lombok Barat	7,8	19,8	65,6	6,8
Lombok Tengah	4,2	14,0	78,7	3,1
Lombok Timur	7,3	18,2	72,4	2,2
Sumbawa	11,1	16,7	67,6	4,6
Dompu	11,6	18,4	66,9	3,1
Bima	15,7	17,5	63,2	3,6
Sumbawa Barat	9,9	11,5	73,2	5,4
Kota Mataram	3,9	9,5	84,0	2,6
Kota Bima	8,4	18,4	69,5	3,7
NTB	8,1	16,7	71,4	3,7

*) BB/U = berat badan menurut umur

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

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

perlu diwaspadai karena memiliki prevalensi gizi lebih mendekati 10%.

Tabel 1.1.2.
Sebaran Balita menurut Status Gizi Berdasar TB/U*
dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

*) TB/U= Tinggi Badan menurut Umur

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

Tabel 1.1.3
Sebaran Balita menurut Status Gizi Berdasar BB/TB*
dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

*) BB/TB= Berat Badan menurut Tinggi Badan

Secara umum, prevalensi balita **kurus+sangat kurus** di propinsi Jawa Barat

adalah 15,5%, sehingga berada pada batas kondisi yang dianggap kritis (di atas 15%). Dari 9 kabupaten/kota di NTB, hanya Kabupaten Lombok Tengah yang berada di bawah batas keadaan serius menurut indikator status gizi BB/TB (di bawah 10%). Prevalensi tertinggi balita ***kurus+sangat kurus*** terdapat di Kabupaten Dompu (21,5%).

Masalah kegemukan di provinsi NTB juga perlu diperhatikan karena prevalensinya sudah diatas 10%.

Ringkasan tabel status gizi balita menurut kabupaten/kota

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

1.1.2. Status Gizi menurut Karakteristik Responden

Tabel 1.1.4
Sebaran Balita menurut Status Gizi (BB/U) dan Karakteristik Responden di Propinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Kelompok umur (Bulan)				
0 - 5	5,1	8,6	78,9	7,4
6 -11	8,0	10,9	76,7	4,4
12-23	5,1	17,1	72,8	4,9
24-35	10,6	16,8	69,8	2,7
36-47	9,8	20,5	66,3	3,4
48-60	7,6	17,0	72,4	3,0
Jenis kelamin				
Laki-laki	9,2	16,2	71,2	3,5
Perempuan	7,0	17,3	71,7	4,0
Pendidikan KK				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	9,6	16,7	68,8	4,9
Tamat SD	8,4	18,5	69,6	3,5
Tamat SLTP	7,5	14,7	75,0	2,9
Tamat SLTA	7,4	17,2	72,5	2,9
Tamat PT	3,0	13,9	80,2	2,9
Pekerjaan				
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	9,0	17,8	70,0	3,2
TNI/Polri/PNS/BUMN	2,1	13,3	82,1	2,4
Pegawai Swasta	8,6	9,9	75,2	6,4
Wiraswasta/dagang/jasa	7,4	17,1	71,1	4,3
Petani/nelayan	9,6	16,9	69,5	4,1
Buruh & lainnya	7,7	17,6	71,7	3,0
Tempat tinggal				
Kota	6,9	18,3	72,5	2,2
Desa	8,8	15,8	70,8	4,6
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	9,2	19,3	67,1	4,3
Kuintil 2	10,9	15,7	69,8	3,6
Kuintil 3	7,5	16,6	73,2	2,6
Kuintil 4	6,6	16,1	72,8	4,4
Kuintil 5	4,8	14,4	77,3	3,5

Status gizi BB/U balita menurut karakteristik responden:

1. Ditinjau dari kelompok umur, maka terlihat bahwa prevalensi balita ***gizi kurang+buruk*** di provinsi Jawa Barat mulai tinggi pada kelompok umur 12-

23 bulan dan tertinggi pada kelompok umur 36-47 bulahn. Sedangkan masalah gizi lebih tertinggi pada kelompok umur 0-5 bulan.

2. Menurut jenis kelamin tidak terlihat perbedaan berarti antara masalah gizi menurut BB/U.
3. Berdasarkan pendidikan kepala keluarga (KK) terlihat bahwa semakin tinggi pendidikan KK maka semakin besar prevalensi baik untuk balita **gizi kurang+buruk** maupun balita gizi lebih.
4. Pada keluarga dengan KK memiliki pekerjaan sebagai ABRI/Polri/PNS/BUMN ditemukan lebih banyak balita yang memiliki status gizi baik dan paling sedikit memiliki balita gizi **kurang+buruk** serta gizi lebih.
5. Tidak banyak perbedaan status gizi menurut BB/U bagi yang tinggal di kota maupun desa.
6. Dilihat dari pendapatan keluarga per kapita per bulan, maka jumlah balita yang **gizi kurang+buruk** meningkat seiring dengan menurunnya pendapatan keluarga. Sebaliknya semakin tinggi kuintil pendapatan keluarga semakin banyak jumlah balita yang berstatus gizi normal.

Tabel 1.1.5
Sebaran Balita menurut Status Gizi (TB/U) dan Karakteristik Responden
di Propinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Kelompok umur (Bulan)			
0 - 5	15,2	13,1	71,7
6 -11	34,7	14,0	51,3
12-23	25,3	18,4	56,3
24-35	30,3	21,2	48,5
36-47	27,4	21,3	51,3
48-60	17,2	21,3	61,4
Jenis kelamin			
Laki-laki	24,4	20,0	55,6
Perempuan	23,2	19,8	57,1
Pendidikan			
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	27,0	21,3	51,7
Tamat SD	28,5	18,1	53,4
Tamat SLTP	19,3	18,8	61,9
Tamat SLTA	18,4	19,6	62,0
Tamat PT	17,9	22,0	60,2
Pekerjaan			
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	31,0	19,1	50,0
TNI/Polri/PNS/BUMN	15,6	24,3	60,1
Pegawai Swasta	14,8	17,3	67,9
Wiraswasta/dagang/jasa	18,9	19,3	61,8
Petani/nelayan	24,9	19,7	55,4
Buruh & lainnya	26,8	20,1	53,1
Tempat tinggal			
Kota	21,4	20,0	58,6
Desa	25,2	19,8	55,0
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	24,4	19,5	56,1
Kuintil 2	28,7	20,0	51,4
Kuintil 3	23,4	20,5	56,1
Kuintil 4	23,7	18,3	58,0
Kuintil 5	16,8	21,0	62,2

Status gizi TB/U balita menurut karakteristik responden:

1. Prevalensi balita pendek+sangat pendek tertinggi pada kelompok umur 24-35 bulan.
2. Berdasarkan jenis kelamin, terlihat prevalensi balita laki-laki **pendek+sangat pendek** sedikit lebih tinggi dibanding dengan balita perempuan.

3. Ditinjau dari segi pendidikan KK, terlihat prevalensi blita pendek+sangat pendek jauh lebih tinggi pada pendidikan KK tidak sekolah/tidak tamat SD dibanding tingkat pendidikan lainnya.
4. Menurut pekerjaan utama KK terlihat bahwa pada keluarga yang kepala keluarganya tidak bekerja/sekolah/ibu rumah tangga memiliki prevalensi tertinggi pada balita **pendek+sangat pendek** dan prevalensi terendah untuk balita dengan tinggi badan normal menurut umur.
5. Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi balita pendek+sangat pendek yang tinggal di Kota lebih rendah dari balita yang tinggal di Desa.
6. Semakin tinggi kuintil pengeluaran keluarga per kapita per bulan semakin rendah prevalensi balita pendek+sangat pendek dan semakin tinggi prevalensi balita dengan tinggi badan normal.

Tabel 1.1.6
Sebaran Balita menurut Status Gizi (BB/TB) dan Karakteristik Responden
di Propinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Kategori Status Gizi TB/U			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kelompok umur (Bulan)				
0 - 5	4,9	2,2	63,6	29,4
6 -11	9,5	4,7	61,2	24,7
12-23	8,0	7,8	72,6	11,6
24-35	10,6	7,1	68,2	14,1
36-47	7,4	9,9	71,5	11,3
48-60	6,9	8,0	76,8	8,3
Jenis kelamin				
Laki-laki	8,5	8,1	68,8	14,5
Perempuan	7,4	7,1	74,4	11,2
Pendidikan				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	8,0	8,0	71,1	12,9
Tamat SD	6,7	5,1	72,9	15,3
Tamal SLTP	8,8	6,7	73,2	11,3
Tamat SLTA	10,6	9,4	68,7	11,4
Tamat PT	3,1	9,7	74,5	12,7
Pekerjaan Utama KK				
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	5,8	9,1	70,8	14,3
TNI/Polri/PNS/BUMN	2,4	9,0	74,4	14,2
Pegawai Swasta	11,3	4,8	75,3	8,7
Wiraswasta/dagang/jasa	6,4	7,6	73,5	12,5
Petani/nelayan	10,9	8,9	65,2	15,0
Buruh & lainnya	7,0	5,5	77,2	10,4
Desa/Kota				
Kota	8,6	6,4	73,1	11,8
Desa	7,5	8,3	70,7	13,5
Tingkat pengeluaran per kapita				
	7,9	7,6	71,6	12,9
Kuintil 1	9,0	10,3	68,2	12,5
Kuintil 2	9,2	6,2	72,5	12,1
Kuintil 3	8,4	6,0	71,7	13,9
Kuintil 4	4,6	5,8	75,3	14,3
Kuintil 5	7,4	9,0	72,0	11,6

Status gizi TB/U balita menurut karakteristik responden

1. Prevalensi tertinggi balita ***kurus+sangat kurus*** berada pada kelompok umur 24-35 bulan, sedangkan prevalensi tertinggi balita gemuk berada pada kelompok umur 0-5 bulan.

2. Balita laki-laki yang kurus+sangat kurus serta gemuk, cenderung lebih banyak daripada balita perempuan.
3. Tidak ditemukan pola hubungan yang jelas antara tingkat pendidikan KK dengan prevalensi balita kurus+sangat kurus. Demikian pula halnya antara pekerjaan utama KK serta tingkat pengeluaran perkapita.
4. Tidak ditemukan perbedaan prevalensi balita kurus+sangat kurus yang berarti berdasarkan karakteristik tempat tinggal, tetapi dalam hal masalah balita gemuk di daerah Kota cenderung lebih tinggi dari di daerah Desa.

1.2. Indeks Massa Tubuh

1.2.1. Indeks Massa Tubuh menurut Kabupaten/Kota

Dalam pembahasan status gizi orang dewasa akan lebih difokuskan pada masalah kegemukan yang terdiri dari masalah berat badan (BB) lebih dan masalah obese karena lebih ditujukan untuk upaya pencegahan kejadian penyakit degeneratif di kalangan orang dewasa. Dalam ulasan selanjutnya masalah BB lebih dan *Obese* akan digabung dengan menggunakan istilah “kegemukan”.

Tabel 1.2.1
Sebaran Penduduk Umur 15 Tahun Keatas Menurut Indeks Massa Tubuh dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

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

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

tinggi (di atas 10%), dengan prevalensi kegemukan tertinggi di Kota Mataram (19,8%)

Tabel 1.2.2
Sebaran Penduduk Laki-laki Umur 15 Tahun Keatas Menurut Indeks Massa Tubuh dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

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

Tabel 1.2.3
Sebaran Penduduk Perempuan Umur 15 Tahun Keatas Menurut Indeks Massa Tubuh dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

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

1.2.2. Indeks Massa Tubuh menurut Karakteristik Responden

Tabel 1.2.4
Sebaran Penduduk Umur 15 Tahun Keatas Menurut Indeks Massa Tubuh dan
Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

Menurut karakteristik responden terlihat bahwa, prevalensi kegemukan tertinggi pada kelompok umur 35-44 tahun dan perempuan lebih tinggi daripada laki-laki.

Tidak terdapat pola khusus berdasarkan tingkat pendidikan, namun prevalensi tertinggi ada pada tingkat pendidikan Perguruan Tinggi.

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

1.2.3. Obesitas Sentral

Tabel 1.2.5
Prevalensi Obesitas Sentral Pada Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

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

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

Tabel 1.2.6
Prevalensi Obesitas Sentral Pada Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas Menurut Karakteristik Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Obesitas sentral*	
	Ya	Tidak
Umur		
15-24 Tahun	3.8	96.2
25-34 Tahun	11.5	88.5

35-44 Tahun	16.2	83.8
45-54 Tahun	15.7	84.3
55-64 Tahun	13.5	86.5
65-74 Tahun	10.4	89.6
75+ Tahun	8.6	91.4
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	3.1	96.9
Perempuan	17.6	82.4
Pendidikan		
Tidak Sekolah	12.8	87.2
Tidak Tamat SD	12.2	87.8
Tamat SD	11.4	88.6
Tamat SMP	7.9	92.1
Tamat SMA	9.7	90.3
Tamat PT	14.3	85.7
Pekerjaan		100
Tidak Kerja	8.6	91.4
Sekolah	1.9	98.1
Ibu RT	22.6	77.4
Pegawai	13.5	86.5
Wiraswasta	16.9	83.1
Petani/Nelayan/Buruh	7.1	92.9
Lainnya	6.8	93.2
Tempat tinggal		
Kota	14.5	85.5
Desa	8.8	91.2
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	7.4	92.6
Kuintil 2	8.0	92
Kuintil 3	10.5	89.5
Kuintil 4	12.9	87.1
Kuintil 5	15.0	85
NTB	11.0	89

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

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

1.3 Konsumsi Energi dan Protein

Status gizi dan konsumsi gizi merupakan indikator MDG's yang menempatkan pembangunan manusia sebagai fokus utama pembangunan. Target ke 2 MDG's adalah menurunkan proporsi penduduk yang menderita kelaparan menjadi setengahnya antara tahun 1990 – 2015.

Selama ini data konsumsi gizi (khususnya energi dan protein) diperoleh dari data SUSENAS yang tidak dirancang untuk mengukur tingkat konsumsi, namun dirancang untuk mengetahui pengeluaran konsumsi (Martianto dan Ariani, 2004; Suryana dan Kasrino, 1988). Konsekuensinya memiliki beberapa kelemahan ketika dikonversikan ke dalam konsumsi gizi. Pada RISKESDAS, data konsumsi energi dan zat gizi diperoleh dengan menggunakan metode yang dirancang untuk mengukur tingkat konsumsi energi dan zat gizi lainnya. Untuk itu dilakukan perhitungan komposisi anggota rumah tangga yang makan (jumlah, umur dan jenis kelamin), serta tamu yang ikut makan. Disamping itu juga dilakukan perhitungan jumlah minyak dari makanan gorengan yang dikonsumsi. Ini berarti data konsumsi energi dan zat gizi yang diperoleh dari RISKESDAS lebih baik dari data konsumsi dari data SUSENAS yang selama ini digunakan sebagai acuan, dan tingkat konsumsi energi dan zat gizi lain dari data RISKESDAS tidak dapat dibandingkan dengan tingkat konsumsi dari data SUSENAS karena metode pengumpulan data berbeda

Tabel 1.3.1
Prevalensi Rumah Tangga Defisit Energi dan Protein menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

	Energi < 80%	Protein <80%
Lombok Barat	41.4	34.7
Lombok Tengah	61.0	62.2
Lombok Timur	59.5	61.5
Sumbawa	67.0	50.4
Dompu	56.3	52.4
Bima	52.1	41.0
Sumbawa Barat	59.9	36.9
Kota Mataram	75.3	46.6
Kota Bima	69.6	53.7
NTB	59.7	49.3

¹ menurut angka kecukupan energi yang dianjurkan (wnpg, 2004)

Rumah tangga defisit energi menurut MDG's adalah bila konsumsi energi < 80 %, dan ternyata lebih dari 50 % RT di Indonesia dengan kondisi defisit energi. Prevalensi deficit energi dan protein di NTB di atas angka nasional (). Di provinsi ini, rumah tangga dengan defisit energi tinggi (.50%) ditemukan di hampir semua kabupaten kecuali Lombok Barat

Proporsi rumah tangga defisit konsumsi protein lebih sedikit dibanding konsumsi energi, namun demikian masih sekitar 49.3% rumah tangga yang defisit protein < 80 % AKG. Rumah tangga dengan proporsi defisit protein tinggi berada di Kabupaten Lombok Tengah, Lombok Timur Dompu dan Kota Bima.

Tabel 1.3.2
Prevalensi Rumah Tangga Defisit Energi dan Protein menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Energi < 80%	Protein < 80%
Tempat tinggal		
Kota	62.3	45.8
Desa	58.2	51.4
Tingkat Pengeluaran per Kapita		
Kuintil – 1	63.0	55.5
Kuintil – 2	60.2	50.9
Kuintil – 3	59.6	49.3
Kuintil – 4	57.3	42.3
Kuintil – 5	51.1	34.1
NTB	59.8	49.4

¹ menurut angka kecukupan energi yang dianjurkan (wnpg, 2004)

Rumah tangga defisit energi lebih banyak di perkotaan daripada di Desa, artinya konsumsi energi rumah tangga di Desa lebih tinggi daripada di Kota. Prevalensi rumah tangga defisit energi cenderung semakin sedikit menurut tingkat pengeluaran rumah tangga.

Prevalensi defisit protein lebih banyak dijumpai di rumah tangga di Desa daripada di Kota. Proporsi RT defisit protein lebih sedikit pada rumah tangga yang berada pada pengeluaran rumah tangga di kuintil 5, namun demikian masih sekitar 34,1 % rumah tangga dengan pengeluaran rumah tangga di kuintil 5 yang defisit protein.

Tabel 1.3.3
Prevalensi Rumah Tangga Defisit Energi menurut Kuintil Pengeuaran per
kapita per Bulan dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Kuintil -1	Kuintil-2	Kuintil-3	Kuintil-4	Kuintil- 5
Lombok Barat	45.0	48.2	34.5	31.7	40.6
Lombok Tengah	64.4	62.9	64.5	49.0	52.6
Lombok Timur	64.2	63.3	58.5	48.1	50.0
Sumbawa	64.9	73.4	73.8	67.2	52.3
Dompu	59.7	46.0	66.1	56.4	46.5
Bima	57.9	54.9	44.3	42.9	25.0
Sumbawa Barat	57.9	54.1	60.0	70.8	56.5
Kota Mataram	79.4	75.7	74.1	75.0	63.3
Kota Bima	73.4	73.6	67.3	60.5	41.2
NTB	63.0	60.2	59.6	57.3	51,1

¹ menurut angka kecukupan energi yang dianjurkan (wnpg, 2004)

Walaupun prevalensi rumah tangga defisit energi (<80 % AKG) kecenderungannya semakin sedikit sejalan dengan makin tingginya tingkat pengeluaran rumah tangga, namun sekitar 51.1 % rumah tangga di kuintil 5 yang defisit energi < 80 % AKG. Lebih jelasnya masih terdapat 4 kabupaten dari 9 kabupaten di kuintil 5 dengan prevalensi defisit energi diatas 50 %.

Tabel 1.3.4
Prevalensi Rumah Tangga Defisit Protein menurut Kuintil Pengeuaran per
kapita per Bulan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Kabupaten / Kota	Kuintil- 1	Kuintil- 2	Kuintil- 3	Kuintil - 4	Kuintil- 5
Lombok Barat	36.7	44.7	32.1	28.6	15.6
Lombok Tengah	72.5	62.9	65.8	35.3	36.8
Lombok Timur	67.3	66.7	63.8	55.6	42.6
Sumbawa	49.5	55.7	59.0	48.4	36.4
Dompu	55.9	47.0	58.9	51.3	39.5
Bima	46.5	43.4	31.4	35.7	12.5
Sumbawa Barat	43.9	26.2	38.6	43.8	32.6
Kota Mataram	49.5	54.3	48.2	35.7	33.3
Kota Bima	63.6	44.4	45.5	46.5	35.3
NTB	55.5	50.9	49.3	42.3	34.1

¹ keterangan : menurut angka kecukupan protein yang dianjurkan (wnpg, 2004)

Pola kecenderungan yang sama pada tabel di atas di semua provinsi bahwa prevalensi umah tangga defisit protein lebih sedikit pada rumah tangga dengan tingkat pengeluaran pada kuintil 3, 4 dan 5. Pada RT dengan pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan pada posisi tertinggi (kuintil 5) masih ada sekitar 12.5%– 42.6 % rumah tangga yang defisit protein < 80 % AKG.

Tabel 1.3.5
Prevalensi Rumah Tangga Defisit Energi (< 80%) menurut Tempat Tinggal dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Kota	Desa
Lombok Barat	40.9	41.8
Lombok Tengah	65.1	60.4
Lombok Timur	57.6	60.9
Sumbawa	52.2	74.2
Dompu	50.0	57.1
Bima	42.4	53.5
Sumbawa Barat	66.3	57.5
Kota Mataram	75.3	-
Kota Bima	68.5	74.0
NTB	62.3	58.2

¹ menurut angka kecukupan energi yang dianjurkan (wnpg, 2004)

Di sebagian besar kabupaten, proporsi defisit energi lebih banyak dijumpai pada rumah tangga di Kota dari pada di Desa.

Tabel 1.3.6
Prevalensi Rumah Tangga Defisit Protein (< 80%) menurut Tempat Tinggal dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Kota	Desa
Lombok Barat	29.2	38.3
Lombok Tengah	50.8	62.9
Lombok Timur	56.5	66.3
Sumbawa	40.9	55.1
Dompu	39.5	55.1
Bima	30.3	42.7
Sumbawa Barat	42.6	34.8
Kota Mataram	46.6	0,0
Kota Bima	52.1	59.7
NTB	45.8	51.4

¹ menurut angka kecukupan protein yang dianjurkan (wnpg, 2004)

Di semua kabupaten terlihat bahwa rumah tangga Kota lebih sedikit yang defisit protein daripada rumah tangga di Desa

1.4. Iodium

Tabel 1.4.1
Sebaran Rumah Tangga yang Mengonsumsi Garam menurut Kandungan Iodium dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kandungan Iodium		
	Cukup	Kurang	Tidak Ada
Lombok Barat	19.3	49.9	30.8
Lombok Tengah	34.9	36.1	29.0
Lombok Timur	30.0	13.2	56.8
Sumbawa	27.3	44.5	28.2
Dompu	11.4	9.0	79.6
Bima	12.7	16.1	71.2
Sumbawa Barat	51.0	23.1	26.0
Kota Mataram	49.4	26.9	23.7
Kota Bima	15.5	38.0	46.5
NTB	27.9	29.7	42.3

Secara umum kualitas konsumsi garam beriodium RT di Provinsi NTB tidak baik (Kandungan Iodium Semi Kuantitatif kategori Cukup < 40%), hanya ada 2 dari 9 kabupaten/kota yang mengonsumsi garam dengan kandungan iodium semi kuantitatif di atas 40% yaitu Kabupaten Sumbawa Barat. Dan Kota Mataram. Kriteria kategori cukup, jika garam mengandung > 30 ppm iodat, kategori kurang, jika garam mengandung < 30 ppm iodate dan kategori tidak ada, jika garam tidak mengandung iodat.

Tabel 1.4.2
Sebaran Rumah Tangga yang Mengonsumsi Garam menurut Kandungan Iodium dan Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Kandungan Iodium		
	Cukup	Kurang	Tidak Ada
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	24.7	27.6	47.7
SD Tidak Tamat	21.4	35.7	42.9
SD Tamat	29.2	31.5	39.3
SMP Tamat	25.8	28.3	45.9
SLTA Tamat	30.5	30.9	38.6
SLTA+	22.9	33.0	44.1

Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	29.8	33.3	36.9
Sekolah	28.0	31.9	40.0
Ibu Rumahtangga	30.5	28.1	41.4
Pegawai Negri/ Swasta	27.2	26.0	46.8
Petani/ Buruh/ Nelayan	27.5	30.6	41.8
Lainnya	19.8	31.8	48.3
Tempat tinggal			
Kota	38.5	27.6	33.8
Desa	21.9	30.9	47.2
Kuintil			
Kuintil-1	22.0	29.6	48.4
Kuintil-2	24.0	29.4	46.6
Kuintil-3	27.0	31.8	41.2
Kuintil-4	36.9	32.3	30.8
Kuintil-5	58.4	22.5	19.2
NTB	27.9	29.7	42.3

Kualitas konsumsi garam beriodium di Kota lebih baik dibanding di Desa. Menurut tingkat pendidikan Kepala Keluarga tidak banyak perbedaan kualitas konsumsi garam beriodium. Demikian pula tidak terlihat perbedaan kualitas konsumsi garam beriodium menurut pekerjaan Kepala Keluarga.

Kualitas konsumsi garam beriodium membaik dengan meningkatnya Status Ekonomi berdasar kuintil.

Tabel 1.4.3
Sebaran Rumah Tangga yang Mengonsumsi Garam menurut Kandungan Iodium, Tempat Tinggal dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Kota			Desa		
	Cukup	Kurang	Tak Ada	Cukup	Kurang	Tak Ada
Lombok Barat	19.0	47.0	34.0	19.4	52.0	28.6
Lombok Tengah	53.5	34.7	11.8	30.9	36.4	32.7
Lombok Timur	38.3	13.0	48.7	19.4	52.0	28.6
Sumbawa	56.6	23.3	20.2	30.9	36.4	32.7
Dompu	35.1	8.1	56.8	24.4	13.4	62.2
Bima	41.4	13.8	44.8	14.9	53.2	31.8
Sumbawa Barat	62.1	24.1	13.8	6.1	9.7	84.2
Kota Mataram	49.4	26.9	23.7	10.5	16.1	73.4
Kota Bima	19.6	36.1	44.3	46.7	22.7	30.7
NTB	38.7	27.6	33.8	19.4	52.0	28.6

Secara umum kualitas konsumsi garam beriodium penduduk kota jauh lebih tinggi dari penduduk desa, kecuali di Kota Bima dimana kualitas garam iodium pada rumah tangga yang tinggal di desa lebih tinggi daripada rumah tangga di kota.

II. KESEHATAN IBU DAN ANAK

2.1. Status Imunisasi

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

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

Tabel 2.1.1
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

Cakupan imunisasi BCG, Polio 3, DPT 3, Hepatitis B3 dan campak pada anak balita rata-rata tertinggi (98.8%, 81.3%, 67.8%,97.9%) di Kota Mataram. Cakupan polio 3 tertinggi di Kabupaten Sumbawa. Cakupan imunisasi BCG dan Hepatitis B 3 terendah (89.1% dan 36.4 %) di Kabupaten Sumbawa Barat, cakupan imunisasi

Polio 3 terendah (57.3%) di Kabupaten Lombok Barat, imunisasi DPT 3 terendah (50.0%) di kota Bima dan imunisasi Campak terendah di Kabupaten Bima (90.8%)

Tabel 2.1.2
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Jenis imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Kelompok umur (bulan)					
12 – 23	95,7	74,0	66,2	53,8	94,0
24 – 35	94,2	66,3	70,2	47,9	96,4
36 – 47	94,9	71,0	67,4	49,1	94,2
48 – 59	92,2	67,6	67,4	49,3	95,5
Jenis kelamin					
Laki-laki	93,7	69,3	65,7	50,5	94,9
Perempuan	94,9	70,2	69,2	49,7	95,2
Pendidikan KK					
Tidak sekolah	93,4	64,9	66,7	42,2	94,2
SD tidak tamat	91,4	68,8	66,4	46,4	94,3
SD tamat	95,3	72,4	66,7	49,6	96,4
SMP tamat	94,4	66,7	66,9	54,4	94,7
SLTA tamat	95,6	71,1	7,2	48,2	93,9
SLTA +	97,8	75,5	74,7	67,5	98,9
Pekerjaan KK					
Tidak bekerja	95,5	73,8	69,2	42,1	92,9
Ibu rumah tangga	86,0	58,6	64,0	50,0	92,9
PNS/Polri/TNI	97,6	73,8	73,0	63,0	97,6
Wiraswasta/swasta	96,0	71,5	69,2	51,4	95,8
Petani/buruh/nelayan	93,9	68,9	66,3	47,2	94,4
Lainnya	94,7	72,7	65,8	54,7	96,1
Tempat tinggal					
Kota	95,7	71,9	72,3	55,4	96,7
Desa	93,4	68,4	64,4	46,9	94,1
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil-1	93,7	66,6	67,2	50,4	94,6
Kuintil-2	92,8	67,1	65,7	51,5	94,1
Kuintil-3	95,5	74,2	69,3	53,0	95,4
Kuintil-4	95,6	71,6	68,4	47,6	94,1
Kuintil-5	94,7	71,3	66,9	46,6	97,8

Cakupan imunisasi BCG, Polio 3 dan Hepatitis B 3 tertinggi pada kelompok umur 12-23 bulan, sedangkan DPT 3 dan Campak tertinggi pada kelompok umur 24-35 bulan. Umumnya cakupan imunisasi lebih tinggi di Kota dibandingkan Desa namun laki-laki dan perempuan hampir sama. Cakupan imunisasi tertinggi pada

Kepala Keluarga dengan pendidikan SLTA+, pekerjaan PNS/POLRI/TNI dan tidak ada pola tertentu menurut tingkat pengeluaran perkapita

Tabel 2.1.3
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap*
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

*Imunisasi lengkap:

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

Cakupan imunisasi dasar lengkap di provinsi NTB masih di bawah angka nasional (...). Cakupan tertinggi di Kota Mataram dan terendah di Kabupaten Sumbawa Barat. (18,8%)

Tabel 2.1.4
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap*
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Status imunisasi		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak sama sekali
Kelompok umur (bulan)			
12 – 23	39,1	57,8	3,1
24 – 35	31,0	66,6	2,4
36 – 47	32,7	65,6	1,7
48 – 59	30,0	67,0	3,0
Jenis kelamin			
Laki-laki	32,7	45,9	2,7
Perempuan	33,6	43,4	2,4
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	29,8	67,9	2,4
SD tidak tamat	29,6	66,1	4,4
SD tamat	32,8	65,6	1,6
SMP tamat	33,9	63,3	2,8
SLTA tamat	33,3	64,8	1,9
SLTA o+	44,9	52,0	3,1

Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	25,5	70,6	3,9
Ibu rumah tangga	32,8	59,4	7,8
PNS/Polri/TNI	42,4	56,5	1,2
Wiraswas/swasta	34,7	63,4	2,0
Petani/buruh/nelayan	30,5	66,9	2,5
Lainnya	43,8	53,8	2,5
Tempat tinggal			
Kota	36,7	62,0	1,2
Desa	31,1	65,6	3,3
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	31,2	65,7	3,1
Kuintil-2	31,9	65,8	2,3
Kuintil-3	35,8	62,7	1,5
Kuintil-4	33,9	63,8	2,3
Kuintil-5	33,5	63,1	3,4

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

2.2. Pemantauan pertumbuhan balita dan distribusi vitamin A

Pemantauan pertumbuhan sangat penting dilakukan untuk mengawal tumbuh kembang yang optimal. Makin dini diketahui adanya penyimpangan pertumbuhan (*growth faltering*), makin dini upaya untuk mencegah penurunan status gizi yang umumnya terjadi mulai umur 3-6 bulan.

Tabel 2.2.1
Sebaran Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

Pada bagian ini, analisis dilakukan untuk balita umur 6-59 bulan. Frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir dikelompokkan menjadi tidak pernah, 1-3 kali, dan 4-6 kali. Tabel menunjukkan bahwa 13.1 persen balita tidak pernah ditimbang, terendah di Kabupaten Bima (8.3%) dan tertinggi di Lombok Timur (15.9%). Sebaliknya balita yang rutin ditimbang sebesar 58.2 persen, terendah di Kabupaten Sumbawa (44.4%) dan tertinggi di Kabupaten Bima (66.9%).

Tabel 2.2.2
Sebaran Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Frekuensi penimbangan		
	Tdk pernah	1-3 kali	≥ 4 kali
Kelompok umur (bulan)			
0 – 5	5,6	57,9	36,4
6 – 11	1,8	20,6	77,6
12 – 23	5,1	26,4	68,5
24 – 35	12,5	29,8	57,7
36 – 47	21,4	25,5	53,1
48 – 59	23,8	26,8	49,4
Jenis kelamin			
Laki-laki	13,9	28,2	58,0
Perempuan	12,4	29,2	58,5
Pendidikan kk			
Tidak sekolah	17,1	24,1	58,3
SD tidak tamat	17,6	24,1	58,3
SD tamat	10,5	32,5	57,0

SMP tamat	8,5	30,3	61,1
SLTA tamat	12,1	27,9	60,0
SLTA+	13,3	36,2	50,5
Pekerjaan kk			
Tidak bekerja	20,3	31,3	48,4
Ibu rumahtangga	3,3	47,5	49,2
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	15,7	31,5	52,8
Wiraswasta/ pegawai swasta	15,7	28,6	55,7
Petani/ buruh/ nelayan	11,9	27,2	61,0
Lainnya	11,1	24,4	64,4
Tempat tinggal			
Kota	14,4	28,4	57,2
Desa	12,4	28,8	58,8
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	14,9	26,9	58,2
Kuintil-2	16,4	26,8	56,7
Kuintil-3	11,2	32,9	56,0
Kuintil-4	11,9	28,4	59,8
Kuintil-5	9,7	29,5	60,8

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

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

Tabel 2.2.3
Sebaran Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

Posyandu masih merupakan tempat yang paling tinggi sebagai tempat penimbangan balita (91.1%) dengan sebaran terendah di Kota Bima (80.0%) dan tertinggi di Kabupaten Lombok Timur (94.5%). Tempat yang paling tidak populer untuk penimbangan balita adalah Polindes.

Tabel 2.2.4
Sebaran Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Tempat penimbangan				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Kelompok umur (bulan)					
0 – 5	8,0	6,0	4,0	78,0	4,0
6 – 11	1,1	2,9	0,0	95,4	0,6
12 – 23	1,8	3,9	0,4	92,3	1,8
24 – 35	1,1	1,8	0,4	93,8	2,9
36 – 47	2,1	4,7	2,6	88,5	2,1
48 – 59	1,0	2,4	1,9	92,7	1,9
Jenis kelamin					
Laki-laki	2,7	3,3	0,9	91,1	2,0
Perempuan	1,4	3,3	1,4	91,6	2,2
Pendidikan kk					
Tidak sekolah	1,4	2,1	0,0	95,2	1,4
SD tidak tamat	2,1	0,4	0,0	95,8	1,7
SD tamat	1,4	1,7	1,7	94,9	,3
SMP tamat	1,4	2,7	1,8	92,7	1,4
SLTA tamat	2,2	6,6	1,1	87,2	2,9
SLTA o+	6,4	9,6	6,4	71,3	9,6
Pekerjaan kk					
Tidak bekerja	5,9	2,0	3,9	86,3	2,0
Ibu rumahtangga	8,3	,0	3,3	83,3	5,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	5,6	8,9	0,0	75,6	10,0
Wiraswasta/ pegawai swasta	1,4	6,8	1,1	89,0	1,8
Petani/ buruh/ nelayan	1,3	1,6	0,9	95,1	1,1
Lainnya	1,2	4,8	2,4	1,2	1,2
Tempat tinggal					
Kota	2,8	5,3	1,5	85,8	4,7
Desa	1,7	2,1	1,0	94,5	0,6
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil-1	0,9	1,9	1,6	95,0	0,6
Kuintil-2	1,6	0,8	0,8	96,1	0,8
Kuintil-3	1,9	3,9	,8	90,3	3,1
Kuintil-4	4,6	3,3	2,5	87,1	2,5
Kuintil-5	2,4	8,3	0,5	84,5	4,4

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

Tabel 2.2.5
Sebaran Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A
Menurut Kabupaten/Kota Di Provnsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

Kapsul vitamin A diberikan kepada balita umur 6-59 bulan dua tahun sekali tiap bulan Februari dan Agustus. Pada Tabel ini terlihat cakupan kapsul vitamin A sebesar 82.0%, dengan variasi sebaran yang tidak terlalu banyak, terendah di Kabupaten Sumbawa (72.8%) dan tertinggi di Kota Mataram (88.2%).

Tabel 2.2.6
Sebaran Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Menerima kapsul vitamin A	Tidak menerima kapsul vitamin A
Kelompok umur (bulan)		
6 – 11	79,2	20,8
12 – 23	88,6	11,4
24 – 35	85,2	14,8
36 – 47	79,3	20,7
48 – 59	77,7	22,3
Jenis kelamin		
Laki-laki	79,9	20,1
Perempuan	84,7	15,3

Pendidikan kk		
Tidak sekolah	80,1	19,9
SD tidak tamat	80,1	19,9
SD tamat	84,5	15,5
SMP tamat	81,5	18,5
SLTA tamat	83,0	17,0
SLTA+	85,2	14,8
Pekerjaan kk		
Tidak bekerja	69,8	30,2
Ibu rumahtangga	86,1	13,9
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	78,1	21,9
Wiraswasta/ pegawai swasta	85,1	14,9
Petani/ buruh/ nelayan	81,4	18,6
Lainnya	89,5	10,5
Tempat tinggal		
Kota	84,9	15,1
Desa	80,9	19,1
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	83,9	16,1
Kuintil-2	77,2	22,8
Kuintil-3	80,2	19,8
Kuintil-4	86,3	13,7
Kuintil-5	85,3	14,7

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

Tabel 2.2.7
Sebaran Balita menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

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

Kartu Menuju Sehat (KMS) merupakan sarana yang cukup baik untuk mengetahui tumbuh kembang balita. Tetapi hanya 18.5 persen balita yang mempunyai dan dapat menunjukkan KMS, terendah di Kabupaten Sumbawa (5.6%) dan tertinggi di Kabupaten Lombok Tengah (29.9%). Sebagian besar balita (44.1%) walaupun menurut pengakuan mempunyai KMS, tetapi tidak dapat menunjukkan.

Tabel 2.2.8
Sebaran Balita menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Kelompok umur (bulan)			
0 – 5	31,6	24,6	43,9
6 – 11	46,4	25,3	28,4
12 – 23	25,6	37,1	37,4
24 – 35	12,6	49,9	37,5
36 – 47	11,6	49,5	38,9
48 – 59	5,9	55,4	38,7
Jenis kelamin			
Laki-laki	18,7	42,9	38,4
Perempuan	18,4	45,2	36,4
Pendidikan kk			
Tidak sekolah	13,0	48,4	38,6
SD tidak tamat	20,8	20,8	40,6
SD tamat	21,0	39,8	39,3
SMP tamat	19,2	44,3	36,6
SLTA tamat	17,5	49,3	33,1
SLTA+	17,5	46,0	36,5
Pekerjaan kk			
Tidak bekerja	18,7	37,3	44,0
Ibu rumahtangga	14,1	33,3	52,6
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	22,0	44,7	33,3
Wiraswasta/ pegawai swasta	18,2	46,7	35,1
Petani/ buruh/ nelayan	17,5	17,5	37,3
Lainnya	31,1	31,1	36,9
Tempat tinggal			
Kota	23,2	41,3	35,5
Desa	16,0	45,6	38,5
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	15,3	42,2	42,6
Kuintil-2	16,8	43,3	39,9
Kuintil-3	20,9	44,6	34,5
Kuintil-4	23,2	43,4	33,4
Kuintil-5	18,6	48,1	33,3

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

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

Tabel 2.2.9
Sebaran Balita menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

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

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

Tabel 2.2.9
Sebaran Balita menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
Kelompok umur (bulan)			
0 – 5	35,5	27,1	37,4
6 – 11	37,7	25,1	37,2
12 – 23	23,9	40,0	36,1
24 – 35	15,9	47,6	36,5
36 – 47	12,8	48,2	39,0
48 – 59	7,9	52,7	39,4
Jenis kelamin			
Laki-laki	18,4	41,9	39,6
Perempuan	19,3	45,3	35,4

Pendidikan kk			
Tidak sekolah	13,1	47,4	39,4
SD tidak tamat	17,9	37,3	44,7
SD tamat	21,1	47,0	32,0
SMP tamat	20,3	42,8	37,0
SLTA tamat	20,6	44,9	34,5
SLTA+	18,0	41,0	41,0
Pekerjaan kk			
Tidak bekerja	22,4	44,7	32,9
Ibu rumahtangga	21,8	43,6	34,6
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	20,3	35,6	44,1
Wiraswasta/ pegawai swasta	18,4	46,8	34,8
Petani/ buruh/ nelayan	18,0	44,2	37,7
Lainnya	24,5	32,4	43,1
Tempat tinggal			
Kota	20,1	41,1	38,8
Desa	18,2	44,9	36,8
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	18,4	44,0	37,6
Kuintil-2	18,8	42,7	38,5
Kuintil-3	19,9	45,0	35,1
Kuintil-4	17,3	40,5	42,2
Kuintil-5	19,9	45,3	34,8

*Catatan: 1 = Memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan

2 = Memiliki buku KIA, tidak dapat menunjukkan/disimpan oleh orang lain

3 = Tidak memiliki buku KIA

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

2.3. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi

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

Tabel 2.3.1
Sebaran Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Ukuran bayi lahir menurut ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Lombok Barat	20,5	63,6	15,9
Lombok Tengah	13,8	62,1	24,1
Lombok Timur	14,9	70,3	14,9
Sumbawa	5,9	88,2	5,9
Dompu	5,6	83,3	11,1
Bima	21,4	57,1	21,4
Sumbawa Barat	,0	80,0	20,0
Kota Mataram	11,1	83,3	5,6
Kota Bima	12,5	62,5	25,0
NTB	14,4	68,9	16,7

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

Terlihat persentase berat badan lahir menurut ibu. Ibu mempunyai persepsi sendiri tentang berat badan bayinya, walaupun sebagian bayi tidak ditimbang. Terlihat bahwa sebanyak 14.4% ibu mempunyai persepsi bahwa berat lahir bayinya kecil, 68.9% berat normal, dan 16.7% berat lahir bayinya besar. Persentase bayi lahir kecil menurut ibu terendah di Sumbawa Barat (0%) dan tertinggi di Kabupaten Bima (21,4%).

Tabel 2.3.1
Sebaran Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Karakteristik
Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Ukuran bayi lahir menurut ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Kelompok umur (bulan)			
0 – 5	13,5	66,3	20,2
6 – 11	14,5	70,3	15,2
Jenis kelamin			
Laki-Laki	15,7	62,9	21,4
Perempuan	12,3	74,6	13,1
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	21,1	68,4	10,5
SD Tidak Tamat	22,2	61,1	16,7
SD Tamat	16,1	69,4	14,5
SMP Tamat	7,0	72,1	20,9
SLTA Tamat	9,4	75,0	15,6
SLTA+	12,0	60,0	28,0

Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	27,8	66,7	5,6
Ibu Rumahtangga	20,0	60,0	20,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	10,0	53,3	36,7
Wiraswasta/ Peg Swasta	9,8	76,5	13,7
Petani/ Buruh/ Nelayan	15,4	69,9	14,7
Lainnya	17,6	58,8	23,5
Tempat tinggal			
Kota	16,7	71,1	12,2
Desa	13,3	67,2	19,4
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	15,5	70,4	14,1
Kuintil-2	6,1	81,6	12,2
Kuintil-3	18,5	59,3	22,2
Kuintil-4	14,3	69,6	16,1
Kuintil-5	17,1	58,5	24,4

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

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

Tabel 2.3.3
Cakupan Penimbangan Bayi Baru Lahir 12 Bulan Terakhir
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Ditimbang
Lombok Barat	84,1
Lombok Tengah	70,2
Lombok Timur	94,6
Sumbawa	64,7
Dompu	63,2
Bima	76,9
Sumbawa Barat	100,0
Kota Mataram	100,0
Kota Bima	87,5
NTB	82,0

Pada Tabel terlihat bahwa 82% bayi ditimbang berat badannya saat lahir, dengan persentase terendah di Kabupaten Dompu (63.2%) dan tertinggi di Sumbawa Barat dan Kota Mataram (100%).

Tabel 2.3.4
Cakupan Penimbangan Bayi Baru Lahir 12 Bulan Terakhir
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Ditimbang
Kelompok umur (bulan)	
0 – 5	81,7
6 – 11	82,3
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	81,9
Perempuan	82,3
Pendidikan KK	
Tidak Sekolah	83,3
SD Tidak Tamat	83,0
SD Tamat	82,0
SMP Tamat	74,4
SLTA Tamat	81,0
SLTA+	100,0
Pekerjaan KK	
Tidak Bekerja	82,4
Ibu Rumahtangga	80,0
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	100,0
Wiraswasta/ Pegawai Swasta	84,3
Petani/ Buruh/ Nelayan	76,1
Lainnya	93,8
Tempat tinggal	
Kota	88,8
Desa	78,8
Tingkat pengeluaran perkapita	
Kuintil-1	71,8
Kuintil-2	83,7
Kuintil-3	87,3
Kuintil-4	76,4
Kuintil-5	97,5

Tidak banyak perbedaan persentase bayi lahir yang ditimbang dengan kelompok umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan kepala keluarga, pekerjaan KK dan tingkat pengeluaran keluarga.

Tabel 2.3.5
Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Periksa hamil
Lombok Barat	93,2
Lombok Tengah	86,2
Lombok Timur	97,3
Sumbawa	94,1
Dompu	83,3
Bima	89,3
Sumbawa Barat	100,0
Kota Mataram	100,0
Kota Bima	100,0
NTB	92,6

Tabel ini menunjukkan cakupan pemeriksaan kehamilan. Dalam Riskesdas 2007 pertanyaan tersebut dilakukan sebagai langkah untuk menanyakan jenis pemeriksaan kesehatan. Kekurangan dalam Riskesdas 2007 adalah tidak ditanyakan lebih lanjut frekuensi pemeriksaan dan pada trimester ke berapa diperiksa. Terlihat sebagian besar ibu memeriksakan kehamilannya (92.6%), terendah di Kabupaten Dompu (83.3%) dan tertinggi di Sumbawa Barat, Kota Mataram dan Kota Bima masing-masing 100%.

Tabel 2.3.6
Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Periksa hamil
Kelompok umur (bulan)	
0 – 5	92,3
6 – 11	92,2
Jenis kelamin	
Laki-laki	93,6
Perempuan	91,5
Pendidikan kk	
Tidak Sekolah	94,7
SD Tidak Tamat	87,0
SD Tamat	93,5
SMP Tamat	95,3
SLTA Tamat	92,2
SLTA+	96,0

Pekerjaan kk	
Tidak bekerja	88,2
Ibu rumahtangga	80,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	100,0
Wiraswasta/ pegawai swasta	96,1
Petani/ buruh/ nelayan	90,2
Lainnya	94,1
Tempat tinggal	
Kota	97,8
Desa	89,9
Tingkat pengeluaran perkapita	
Kuintil-1	85,9
Kuintil-2	98,0
Kuintil-3	94,4
Kuintil-4	87,5
Kuintil-5	100,0

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

Tabel 2.3.7
Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Jenis pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Lombok Barat	75,6	75,6	89,5	97,4	100,0	100,0	50,0	41,5
Lombok Tengah	75,5	75,5	93,9	96,0	90,0	100,0	31,3	62,0
Lombok Timur	65,3	65,3	87,1	95,6	95,4	90,3	39,3	35,5
Sumbawa	68,8	68,8	81,3	93,3	68,8	87,5	37,5	37,5
Dompu	78,6	78,6	86,7	92,9	92,9	93,3	53,8	46,2
Bima	78,3	78,3	91,7	95,8	91,7	91,7	43,5	39,1
Sumbawa Barat	50,0	50,0	100,0	100,0	80,0	100,0	60,0	25,0
Kota Mataram	72,2	72,2	100,0	100,0	94,7	94,7	55,6	58,8
Kota Bima	62,5	62,5	100,0	75,0	75,0	87,5	50,0	37,5
NTB	71,4	71,4	90,5	95,4	91,7	94,4	42,7	44,9

Jenis pelayanan kesehatan:

a = pengukuran tinggi badan

b = pemeriksaan tekanan darah

c = pemeriksaan tinggi fundus (perut)

d = pemberian tablet Fe

e = pemberian imunisasi TT

f = penimbangan berat badan

g = pemeriksaan hemoglobin

h = pemeriksaan urine

Pada Tabel ini ditanyakan pada responden 8 jenis pemeriksaan kehamilan. Secara keseluruhan, dari 8 pemeriksaan tersebut, persentase terendah pada

pemeriksaan kadar hemoglobin (42,7%) dan tertinggi pada pemberian tablet Fe (95,4%)

Tabel 2.3.8
Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Jenis pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Kelompok umur (bulan)								
0 – 5	69,5	97,9	88,0	94,4	94,5	92,6	42,7	52,8
6 – 11	72,5	98,0	92,1	96,0	90,0	96,1	42,7	45,5
Jenis kelamin								
Laki-laki	72,9	100,0	92,1	95,9	90,3	94,6	40,4	43,4
Perempuan	69,5	95,8	88,8	94,1	94,0	94,1	45,0	47,4
Pendidikan kk								
Tidak Sekolah	72,2	100	100	100	100	100	33,3	38,9
SD Tidak Tamat	60,9	91,7	93,3	97,8	92,7	97,8	37,8	39,0
SD Tamat	64,9	97,3	89,5	96,4	89,5	94,7	36,4	43,1
SMP Tamat	68,3	95,7	78,0	92,5	85,7	83,3	37,8	38,9
SLTA Tamat	77,6	98,5	91,4	91,1	92,9	96,6	46,3	45,6
SLTA+	92,0	100	100	100	100	100	70,8	70,8
Pekerjaan kk								
Tidak bekerja	73,3	100	80,0	87,5	87,5	80,0	26,7	62,5
Ibu rumahtangga	62,5	100	100	100	100	100	0	22,2
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	96,7	93,3	100	100	100	100	66,7	69,0
Wiraswasta/ pegawai swasta	67,3	100	91,7	93,8	89,8	95,9	37,8	32,6
Petani/ buruh/ nelayan	63,8	97,7	87,7	95,1	90,9	93,7	41,2	41,2
Lainnya	93,8	100	100	100	93,3	100	63,6	66,7
Tempat tinggal								
Kota	69,3	100,0	95,2	97,7	95,5	95,5	50,6	53,1
Desa	73,0	96,9	87,4	94,1	90,1	93,8	37,9	41,3
Tingkat pengeluaran perkapita								
Kuintil-1	57,4	100,0	93,3	96,5	93,3	96,7	48,1	38,6
Kuintil-2	77,1	95,8	87,2	93,9	91,3	97,9	36,2	36,2
Kuintil-3	68,6	100,0	90,0	97,9	87,8	94,1	45,5	46,9
Kuintil-4	76,6	97,9	89,6	89,4	91,3	89,6	37,8	40,5
Kuintil-5	82,5	95,0	92,3	95,0	95,0	95,0	47,2	69,2

*Jenis pelayanan kesehatan:

a = pengukuran tinggi badan

b = pemeriksaan tekanan darah

c = pemeriksaan tinggi fundus (perut)

d = pemberian tablet Fe

e = pemberian imunisasi TT

f = penimbangan berat badan

g = pemeriksaan hemoglobin

h = pemeriksaan urine

Tidak tampak pola tertentu pada jenis pemeriksaan kehamilan menurut karakteristik responden. Menurut kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan dan

pekerjaan kepala keluarga, tempat tinggal serta tingkat pengeluaran perkapita memiliki persentase yang tidak jauh berbeda

Tabel 2.3.9
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

Cakupan pemeriksaan neonatus di provinsi NTB pada kelompok umur 0-7 hari yaitu 57,8%, sedikit lebih rendah dari angka nasional (59,5%). Cakupan umumnya lebih rendah pada umur selanjutnya. Secara umum setiap kabupaten memiliki persentase yang tidak jauh berbeda, tertinggi di Lombok Barat, terendah di Kabupaten Sumbawa

Tabel 2.3.10
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Kelompok umur (bulan)		
0 – 5	68,6	42,4
6 – 11	50,9	29,0
Jenis kelamin		
Laki-laki	60,0	34,3
Perempuan	55,9	33,9
Pendidikan kk		
Tidak Sekolah	42,1	21,1
SD Tidak Tamat	62,3	30,8
SD Tamat	58,1	23,3
SMP Tamat	58,1	39,0
SLTA Tamat	51,6	39,3
SLTA+	72,0	60,0

Pekerjaan kk		
Tidak bekerja	76,5	23,5
Ibu rumahtangga	70,0	20,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	70,0	63,3
Wiraswasta/ pegawai swasta	54,9	36,5
Petani/ buruh/ nelayan	55,7	27,1
Lainnya	37,5	50,0
Tempat tinggal		
Kota	48,3	44,2
Desa	62,8	29,3
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	58,6	26,9
Kuintil-2	57,1	21,3
Kuintil-3	52,9	19,2
Kuintil-4	54,5	44,6
Kuintil-5	67,5	66,7

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

III. PENYAKIT MENULAR

3.1.1. Prevalensi Malaria, Filaria dan DBD

Sampai saat ini, filariasis, demam berdarah dengue (DBD) dan malaria merupakan penyakit tular vektor yang menjadi prioritas dalam program pengendalian penyakit menular, baik di Indonesia maupun di dunia.

Tabel 3.1.1
Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Filariasis		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Lombok Barat	0,1	0,1	0,1	0,5	0,9	1,9	44,7
Lombok Tengah	0,0	0,1	0,1	0,8	1,0	2,4	29,3
Lombok Timur	0,0	0,0	0,1	0,3	1,3	2,1	55,0
Sumbawa	0,0	0,0	0,0	0,1	5,2	6,8	63,3
Dompu	0,1	0,2	0,2	1,2	5,3	9,4	39,2
Bima	0,1	0,3	0,0	6,6	5,9	9,6	40,8
Sumbawa Barat	0,0	0,0	0,4	0,8	2,3	3,1	73,3
Kota Mataram	0,0	0,1	0,3	0,3	0,8	1,3	65,2
Kota Bima	0,0	0,2	0,2	1,3	4,0	6,5	65,9
NTB	0,0	0,1	0,2	1,1	2,2	3,7	48,1

Filariasis merupakan penyakit kronis yang tidak menimbulkan kematian, tetapi menyebabkan kecacatan, antara lain: kaki gajah dan pembesaran kantong buah zakar (scrotum). Dalam 12 bulan terakhir, di NTB filariasis klinis terdeteksi dengan prevalensi yang sangat rendah. Namun ada 6 Kabupaten/kota yang prevalensinya lebih tinggi dari prevalensi filariasis di Provinsi NTB secara keseluruhan.

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

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi NTB dijumpai sebesar 3,7%. Penyakit ini dapat bersifat akut dan kronis (kambuhan). Prevalensi malaria yang tinggi dijumpai di Kabupaten Bima, Dompu dan Sumbawa

Dalam Riskesdas ini, juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria klinis dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Tampak bahwa di 3 Kabupaten dengan prevalensi malaria tertinggi di atas, terdapat 2 kabupaten yang persentase orang yang minum obat program masih di bawah 50%. Kemungkinan hal ini disebabkan penderita malaria klinis hanya mendapatkan pengobatan simtomatik saja.

Tabel 3.1.2
Prevalensi Malaria, Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Pemakaian
Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa
Tenggara Barat, Riskesdas

Karakteristik responden	Filariasis		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok umur (tahun)							
<1	0,0		0,3	0,5	0,3	0,3	100
1-4	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	2,2	60,0
5-14	0,0	0,1	0,3	1,1	0,3	2,9	44,9
15-24	0,0	0,0	0,1	1,2	0,1	3,5	41,5
25-34	0,0	0,1	0,3	1,0	0,3	4,5	54,8
35-44	0,1	0,3	0,1	1,0	0,1	4,9	49,2
45-54	0,0	0,0	0,3	1,6	0,3	4,2	53,4
55-64	0,1	0,1	0,1	1,5	0,1	3,8	46,2
65-74	0,0	0,3	0,0	1,3	0,0	4,0	36,7
>75	0,0	0,1	0,0	1,3	0,0	7,3	34,5
Jenis kelamin							
Laki-laki	0,0	0,1	0,2	0,7	2,5	4,2	51,7
Perempuan	0,0	0,1	0,2	1,3	1,9	3,3	44,1
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,1	0,1	0,1	1,4	1,8	4,0	30,0
Tidak tamat sd	0,1	0,2	0,3	1,2	2,8	4,6	53,5
Tamat SD	0,0	0,1	0,1	1,2	1,9	3,6	45,9
Tamat SMP	0,0	0,1	0,2	1,2	3,0	4,4	52,4
Tamat SMA	0,0	0,0	0,2	1,3	2,7	4,1	48,0
Tamat SMA+	0,0	0,1	0,3	1,0	2,0	2,7	57,9
Pekerjaan							
Tidak kerja	0,0	0,1	0,1	1,8	2,5	5,1	34,9
Sekolah	0,1	0,1	0,3	1,1	1,5	2,9	42,3
Ibu RT	0,0	0,0	0,1	1,2	2,2	3,7	49,6
Pegawai	0,0	0,2	0,4	1,4	2,8	3,8	63,2
Wiraswasta	0,0	0,0	0,1	0,6	2,2	3,5	57,4
Petani/nelayan/buruh	0,0	0,2	0,2	1,4	3,0	4,8	48,3
Lainnya	0,0	0,0	0,0	0,4	2,2	4,0	50,0
Tempat tinggal							
Kota	0	0,1	0,2	0,7	1,8	2,9	59,4
Desa	0	0,1	0,2	1,3	2,5	4,2	43,2
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil_1	0,0	0,1	0,2	1,1	2,1	3,6	38,3
Kuintil_2	0,1	0,1	0,2	1,1	2,0	3,7	43,2
Kuintil_3	0,0	0,0	0,1	0,8	2,7	4,5	56,5
Kuintil_4	0,0	0,2	0,2	1,4	2,0	3,5	48,3
Kuintil_5	0,0	0,0	0,2	1,1	2,2	3,3	51,8

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

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

3.2. Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC dan Campak

Tabel 3.2.1
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) tersebar di seluruh Provinsi NTB dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (14,5 – 42,8%). Prevalensi di atas 30% ditemukan di 4 Kabupaten/Kota, yaitu : Kabupaten Sumbawa, Bima, Dompu dan Kota Bima.

Kasus ISPA yang berlarut-larut akan menjadi Pnemonia. Secara umum, di Provinsi Jawa Timur rasio prevalensi Pnemonia sebulan terakhir adalah 2,5%. Prevalensi Pnemonia yang relatif tinggi dijumpai di kabupaten Hal ini sangat tergantung dari tingkat kesadaran ibu untuk mengenali kasus ISPA pada anaknya dan membawanya segera ke fasilitas pengobatan, dan tergantung pada

kemampuan fasilitas kesehatan tersebut, sehingga kejadian Pneumonia dapat dicegah.

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit. Di provinsi ini TB terdeteksi dengan prevalensi 1,1% tersebar di seluruh Kabupaten/Kota . Prevalensi tertinggi di Kabupaten Dompu (1,9), terendah di Kabupaten Sumbawa.

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

Tabel 3.2.2
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	ISPA		Pneumonia		TBC		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Kelompok umur (tahun)								
<1	11,1	39,0	1,1	2,7	0,0	0,3	1,9	3,5
1-4	9,6	40,6	0,9	3,5	0,1	0,2	2,1	3,5
5-14	5,9	27,8	0,6	2,2	0,1	0,5	0,9	2,2
15-24	3,1	19,2	0,3	1,6	0,2	0,6	0,2	1,1
25-34	4,4	21,9	0,5	1,8	0,5	0,9	0,2	1,0
35-44	4,3	22,6	0,5	2,2	1,1	1,8	0,3	1,6
45-54	4,9	27,0	0,7	3,8	0,5	1,4	0,2	1,5
55-64	6,7	31,1	1,2	3,2	0,8	2,8	0,5	1,8
65-74	7,7	33,0	1,6	4,5	0,9	2,7	0,3	2,1
>75	7,8	36,6	1,6	7,3	0,8	2,9	0,8	2,3
Jenis kelamin								
Laki-laki	5,6	26,5	0,6	2,5	0,5	1,1	0,6	1,8
Perempuan	5,3	26,4	0,6	2,5	0,4	1,0	0,6	1,7
Pendidikan								
Tidak sekolah	4,6	29,3	0,9	4,4	0,8	3,0	0,5	1,8
Tidak tamat sd	5,1	26,4	0,6	2,4	0,5	1,3	0,4	1,8
Tamat SD	4,5	23,0	0,4	1,7	0,4	0,8	0,3	1,3
Tamat SMP	4,2	21,8	0,6	2,1	0,5	1,1	0,3	1,2
Tamat SMA	4,8	19,6	0,6	2,1	0,3	0,4	0,1	1,2
Tamat SMA+	4,3	15,9	0,4	1,3	0,3	0,4	0,0	1,0
Pekerjaan								
Tidak kerja	5,4	25,5	0,9	3,3	0,7	1,9	0,5	1,6
Sekolah	3,9	21,8	0,4	1,8	0,1	0,6	0,4	1,4
Ibu RT	4,6	23,0	0,6	2,0	0,4	1,0	0,1	1,2

Pegawai	4,7	17,3	0,1	1,3	0,4	0,5	0,1	1,1
Wiraswasta	4,5	22,2	0,7	1,9	0,5	0,7	0,1	0,9
Petani/nelayan/buruh	4,8	26,4	0,5	2,9	0,8	1,7	0,4	1,9
Lainnya	4,4	24,0	0,9	2,2	0,4	1,6	0,2	0,2
Tempat tinggal								
Kota	5,4	24,2	0,6	2,1	0,3	0,8	0,4	1,0
Desa	5,4	27,8	0,6	2,8	0,5	1,2	0,7	2,2
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil_1	4,5	27	0,6	2,6	0,3	0,9	0,6	1,7
Kuintil_2	5,1	25,9	0,6	3,0	0,3	1,0	0,6	2,1
Kuintil_3	5,5	28,8	0,7	2,5	0,7	1,3	0,4	1,3
Kuintil_4	6,1	26,9	0,5	2,4	0,6	1,3	0,6	2,1
Kuintil_5	5,8	23,7	0,7	2,2	0,3	0,7	0,7	1,7

Memperhatikan karakteristik umur responden, tampak bahwa ISPA merupakan penyakit yang terutama diderita oleh bayi dan balita, serta meningkat lagi pada usia >75 tahun. Pola sebaran Pnemonia menurut kelompok umur tidak sama dengan pola sebaran ISPA. Prevalensi Pnemonia relatif tinggi pada kelompok umur tua (65 tahun ke atas) yang dapat disebabkan fungsi paru yang menurun. Untuk TB, tampak adanya kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia. Sedangkan untuk campak, sebarannya relatif merata di semua umur, dengan fokus kelompok bayi dan balita.

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

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

3.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare

Tabel 3.3.1
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

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

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

Tabel 3.3.2
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik Responden di
Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok umur (tahun)							
<1	0,3	0,5	0,0	0,0	12,5	20,2	53,9
1-4	0,8	2,1	0,1	0,2	16,7	23,8	62,0
5-14	1,3	2,4	0,0	0,4	7,9	12,8	53,4
15-24	0,6	1,5	0,3	1,0	5,8	10,4	47,0
25-34	1,0	1,8	0,3	0,9	6,9	12,2	47,6
35-44	0,9	2,0	0,3	0,9	6,2	11,2	45,4
45-54	0,7	2,2	0,4	1,5	7,5	11,4	48,7
55-64	0,7	2,0	0,0	0,9	8,5	13,1	50,3
65-74	0,3	1,3	0,4	1,1	9,1	13,7	45,2
>75	1,0	1,6	0,0	1,3	9,7	20,1	39,0
Jenis kelamin							
Laki-laki	0,9	2,0	0,4	0,9	7,6	12,5	49,6
Perempuan	0,8	1,9	0,1	0,7	8,4	13,8	51,9
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,7	2,2	0,3	1,3	6,9	12,4	45,2
Tidak tamat sd	1,0	2,2	0,1	0,5	7,9	13,1	47,6
Tamat SD	0,7	1,9	0,3	0,9	6,7	11,2	49,3
Tamat SMP	0,9	1,7	0,3	1,0	6,7	11,7	46,5
Tamat SMA	0,7	1,6	0,4	1,1	6,6	10,9	45,1
Tamat SMA+	1,3	1,6	0,1	1,3	4,4	7,0	55,1
Pekerjaan							
Tidak kerja	0,9	1,9	0,2	1,0	7,9	13,3	39,9
Sekolah	1,1	2,3	0,2	0,6	6,3	10,4	52,5
Ibu RT	0,7	1,8	0,0	0,6	7,7	13,1	49,8
Pegawai	1,1	1,7	0,2	1,4	4,5	7,6	55,4
Wiraswasta	1,2	2,1	0,0	0,4	5,3	9,7	46,7
Petani/nelayan/buruh	0,6	1,9	0,5	1,4	7,3	12,5	45,0
Lainnya	0,4	0,7	0,4	0,6	8,4	12,3	50,0
Tempat tinggal							
Kota	0,9	1,9	0,1	0,4	7,5	12,3	51,3
Desa	0,8	2,0	0,3	1,0	8,4	13,7	50,6
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil_1	0,9	1,8	0,2	0,8	8,0	14,2	46,6
Kuintil_2	0,6	1,6	0,1	0,6	7,8	13,3	45,7
Kuintil_3	0,7	2,0	0,2	0,5	8,1	12,9	57,0
Kuintil_4	1,1	2,2	0,4	1,2	8,7	13,6	50,7
Kuintil_5	1,1	2,0	0,2	0,8	7,6	11,9	44,8

Tifoid terutama ditemukan pada kelompok umur usia-sekolah, sedangkan diare pada kelompok bayi, balita dan usia sekolah. Jenis kelamin tidak mempengaruhi prevalensi ke tiga penyakit ini. Kelompok yang berpendidikan rendah umumnya cenderung memiliki prevalensi lebih tinggi, kecuali untuk penyakit hepatitis yang tampaknya merata. Namun perlu diperhatikan pada diare, prevalensi tinggi pada kelompok 'tidak sekolah' mungkin dipengaruhi juga oleh kenyataan bahwa kelompok ini sebagian terdiri dari anak-anak.

Dilihat dari aspek pekerjaan, prevalensi tertinggi tifoid dan dijumpai pada kelompok 'sekolah' dan tidak bekerja, konsisten dengan data pada kelompok umur. Dari sudut tempat tinggal, tifoid, hepatitis dan diare terutama dijumpai di daerah Desa. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tifoid dan diare cenderung lebih tinggi pada Rumah Tangga dengan status ekonomi rendah, sedangkan hepatitis tersebar di semua strata status ekonomi masyarakat.

IV. PENYAKIT TIDAK MENULAR

4.1. Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, Penyakit Keturunan dan Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular

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

.Tabel 4.1.1

Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes

O = Minum obat

U = Hasil Pengukuran

D/G= Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

*) Peny. Persendian dan stroke dinilai pada penduduk umur ≥ 15 tahun, dan penyakit hipertensi dinilai pada penduduk umur ≥ 18 tahun.

Tabel ini menunjukkan, 33,6% penduduk NTB mengalami gangguan persendian, dan angka ini lebih tinggi dari prevalensi Nasional yaitu 22,6%. Sementara prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan sama dengan angka Nasional yaitu 15%. Gangguan pada persendian ini tertinggi dijumpai di Kabupaten Lombok Barat dan terendah di Kota Mataram (13,5%).

Pada tabel di atas juga dapat dilihat bahwa prevalensi hipertensi di NTB berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 32,4% dan lebih tinggi dari angka nasional (26,7%), sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi prevalensinya adalah 6,7%. Prevalensi tertinggi hipertensi menurut diagnosis dan riwayat pengobatan ditemukan di Kabupaten Lombok Tengah sedangkan terendah di Kota Mataram. Menarik untuk diperhatikan bahwa angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di NTB, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Lombok Timur dan Lombok Tengah.

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di DKI Jakarta adalah 1,3% dan Kabupaten Bima serta Lombok Timur mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya (1,7%), baik berdasarkan diagnosis maupun gejala. Angka ini berada jauh di atas prevalensi nasional .

Tabel 4.1.2
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut
Karakteristik Responden
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskedas 2007

Karakteristik Responden	Sendi		Hipertensi				Stroke	
	D	D/G	D	O	D/O	U	D	D/G
Umur								
15-24 Tahun	2,3	8,3	0,8	0,2	1,0	13,8	0,0	0,0
25-34 Tahun	8,8	23,3	1,9	0,0	2,0	18,2	0,4	0,7
35-44 Tahun	15,9	37,4	5,6	0,6	6,2	30,0	0,5	0,8
45-54 Tahun	24,2	51,4	11,1	0,8	11,8	43,1	0,8	1,5
55-64 Tahun	33,0	63,5	13,6	0,8	14,3	57,9	1,6	2,7
65-74 Tahun	35,2	69,2	21,3	0,8	22,0	67,3	2,7	4,7
75+ Tahun	36,6	74,9	22,7	0,0	22,7	69,4	5,7	7,6
Jenis Kelamin								
Laki-Laki	13,5	31,2	5,3	0,3	5,5	32,4	0,7	1,2
Perempuan	16,3	35,5	7,2	0,4	7,7	32,4	0,7	1,2
Pendidikan								
Tidak Sekolah	26,4	59,1	12,3	0,7	13,0	51,9	1,6	2,7
Tdk Tamat SD	19,6	44,0	7,8	0,3	8,1	38,5	0,9	1,6
Tamat SD	14,0	30,6	5,2	0,3	5,5	28,4	0,4	0,9
Tamat SMP	8,4	18,6	3,4	0,2	3,5	23,7	0,4	0,4
Tamat SMA	8,0	19,1	3,2	0,3	3,6	18,6	0,5	0,7
Tamat SMA+	9,8	19,6	5,4	0,9	6,3	24,1	0,9	1,3

Pekerjaan								
Tidak Kerja	18,1	36,5	10,1	0,3	10,4	42,1	1,9	2,8
Sekolah	3,1	6,7	1,0	0,4	1,3	13,5		0,0
Ibu RT	16,1	35,4	7,6	0,5	8,0	29,0	0,8	1,2
Pegawai	8,4	19,8	5,5	1,0	6,4	27,3	0,6	1,0
Wiraswasta	15,7	34,4	6,2	0,3	6,5	31,9	0,2	1,0
Tani/Nelayn/Buruh	17,6	41,0	6,1	0,3	6,4	34,4	0,7	1,2
Lainnya	15,1	33,8	6,9	0,2	7,1	29,6	0,2	1,1
Tempat tinggal								
Kota	13,8	30,3	6,2	0,4	6,6	32,0	0,8	1,6
Desa	15,8	35,6	6,4	0,4	6,8	32,7	0,7	1,0
Tingkat pengeluaran perkapita								
Kuintil-1	13,2	32,5	4,9	0,2	5,1	31,5	0,8	1,4
Kuintil-2	15,8	35,2	5,0	0,3	5,3	32,2	0,9	1,4
Kuintil-3	15,9	34,4	5,8	0,2	6,0	33,0	0,6	1,1
Kuintil-4	15,2	33,9	7,4	0,6	8,0	32,0	0,8	1,2
Kuintil-5	14,8	31,9	8,0	0,6	8,6	33,1	0,6	1,2

* penyakit hipertensi dinilai pada penduduk umur ≥ 18 tahun.

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

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

Tabel 4.1.3
Prevalensi penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor Menurut**
Kabupaten/Kota
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

D = Diagnosa oleh nakes,

D/G = Di diagnosis oleh nakes atau degan gejala

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

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

Prevalensi penyakit asma di provinsi NTB sebesar 5,3% (kisaran: 1,8 – 7,2%), tertinggi di Lombok Tengah, terendah di Kota Mataram. Prevalensi penyakit jantung 9,2% (kisaran 2,7 – 14,5%), tertinggi di Kabupaten Bima dan jauh lebih tinggi dari angka nasional (6,98%).

Untuk penyakit diabetes, prevalensi sebesar 1,8% (kisaran 0,1 – 5,9%), tertinggi di Kabupaten Bima dan terdapat di semua kabupaten/kota. Prevalensi penyakit tumor/kanker sebesar 0,3% (kisaran 0,1 – 0,6%), tertinggi di kota Mataram .

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

Tabel 4.1.4
Prevalensi penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor Menurut**
Karakteristik Responden
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Asma		Jantung		Diabetes		Tumor
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Kelompok Umur (tahun)							
<1	1,3	2,9	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0
1-4	2,4	3,4	0,2	0,9	0,1	0,2	0,2
5-14	1,2	2,0	0,2	1,9	0,2	0,5	0,2
15-24	1,2	2,7	0,2	4,5	0,1	0,5	0,1
25-34	1,7	3,5	0,6	7,6	0,3	1,2	0,3
35-44	2,8	5,4	0,7	7,9	0,7	1,7	0,2
45-54	3,8	6,8	1,3	11,3	1,6	2,9	0,7
55-64	5,3	8,9	1,5	15,7	2,3	4,0	0,4
65-74	6,1	11,1	2,3	22,1	1,7	3,6	0,7
75+	7,3	14,9	1,3	20,9	1,0	3,7	1,3
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	2,3	4,3	0,6	6,2	0,6	1,3	0,3
Perempuan	2,5	4,5	0,6	7,2	0,6	1,5	0,3
Pendidikan							
Tdk Sekolah	4,5	8,8	1,0	13,7	1,4	3,0	0,5
Tdk Tamat Sd	2,6	5,2	0,8	8,5	0,5	1,6	0,3
Tamat Sd	2,0	3,9	0,6	7,4	0,5	0,9	0,2
Tamat Smp	2,2	3,9	0,4	5,6	0,2	1,0	0,0
Tamat Sma	1,6	2,9	0,8	6,4	0,7	1,8	0,6
Tamat Pt	2,3	3,1	1,3	5,7	2,1	2,8	0,3
Pekerjaan							
Tidak Kerja	3,6	7,2	0,5	9,7	0,7	2,2	0,5
Sekolah	1,2	2,1	0,3	2,5	0,1	0,5	0,1
Ibu Rt	2,6	4,8	1,2	10,5	0,9	2,3	0,2
Pegawai	1,1	1,5	0,9	5,9	1,3	1,8	0,7
Wiraswasta	2,9	5,2	1,2	8,2	1,0	2,4	0,6
Tani/Nel/Burh	3,1	6,0	0,8	10,6	0,7	1,6	0,2
Lainnya	1,7	4,6	0,4	6,8	0,9	1,1	0,0
Tempat tinggal							
Kota	2,3	3,8	0,7	5,1	0,8	1,6	0,3
Desa	2,5	4,8	0,6	7,7	0,4	1,2	0,3
Tingkat pengeluaran perkapita							
Kuintil-1	2,2	3,9	0,5	6,3	0,3	0,8	0,1
Kuintil-2	2,6	4,8	0,4	6,9	0,3	1,1	0,2
Kuintil-3	2,5	4,5	0,6	6,8	0,6	1,1	0,3
Kuintil-4	2,4	4,6	0,5	7,3	0,6	1,7	0,3
Kuintil-5	2,3	4,1	0,9	6,5	1,2	2,1	0,6

Catatan :

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

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

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

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

Prevalensi penyakit asma dan jantung tinggi pada kelompok yang tidak sekolah. Prevalensi penyakit jantung juga tinggi pada yang tidak sekolah dan tamat perguruan tinggi. Diabetes tinggi pada yang tidak sekolah dan tamat perguruan tinggi. Prevalensi tumor/kanker tidak banyak berbeda antara tingkat pendidikan. Melihat tingginya penyakit asma dan jantung pada yang tidak sekolah, kiranya perlu dilakukan penyuluhan pada kelompok yang tidak sekolah untuk mencegah terjadinya penyakit tersebut maupun memperlambat komplikasi. Berdasarkan pekerjaan, prevalensi keempat penyakit tidak tampak jelas pola tertentu

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

Tabel 4.1.5
Prevalensi Penyakit Keturunan (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofili) menurut Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Jiwa	Buta warna	Glauko- ma	Sum- bing	Derma- titis	Rhini- tis	Tala- semia	Hemo- fili
Lombok Barat	1,1	2,4	0,9	1,5	4,8	0,1	0	2,4
Lombok Tengah	0,8	1,0	0,8	0,4	8,1	1,8	0	1,0
Lombok Timur	1,2	0,9	0,5	0,8	1,7	0,6	0	0,9
Sumbawa	0,2	1,1	0,3	0,4	2,3	1,1	0	1,1
Dompu	0,8	1,6	1,8	2,0	16,7	10,1	1,3	1,6
Bima	1,5	1,5	0,8	0,7	4,8	1,0	1,2	1,5
Sumbawa Barat	0,4	1,3	0,2	0,2	8,1	1,7	0,2	1,3
Kota Mataram	0,9	0,2	0,8	1,1	1,7	2,5	0,7	0,2
Kota Bima	0,6	2,5	0,5	0,3	2,3	1,7	0,5	2,5
NTB	1,0	1,3	0,7	0,9	16,7	1,5	0,3	1,3

Prevalensi tertinggi penyakit keturunan terdapat pada penyakit dermatitis. Hampir semua penyakit tersebar di setiap kabupaten kecuali talasemia yang tidak terdapat di 4 kabupaten di provinsi NTB. Prevalensi yang tampak mencolok adalah tingginya prevalensi dermatitis dan rhinitis di Kabupaten Dompu, jauh di atas kabupaten lainnya.

4.2. Gangguan Mental Emosional

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

Tabel 4.2.1
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Gangguan mental emosional
Lombok Barat	15,2
Lombok Tengah	23,3
Lombok Timur	9,6
Sumbawa	3,2
Dompu	13,0
Bima	13,1
Sumbawa Barat	7,9
Kota Mataram	5,3
Kota Bima	10,1
PROVINSI NTB	12,8

*Nilai Batas Pisah (Cut off Point) ≥ 6

Dari tabel di atas terlihat prevalensi Gangguan Mental Emosional di provinsi NTB sedikit lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional (12.36%). Di antara kabupaten/kota, prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Lombok Tengah (23.3%).

Tabel 4.2.2
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Gangguan mental emosional
Umur	
15-24 Tahun	8,6
25-34 Tahun	9,6
35-44 Tahun	9,6
45-54 Tahun	14,5
55-64 Tahun	17,5
65-74 Tahun	30,6
75+ Tahun	43,1
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	10,6
Perempuan	14,6

Pendidikan	
Tidak Sekolah	22,2
Tidak Tamat SD	14,2
Tamat SD	11,9
Tamat SMP	8,0
Tamat SMA	9,2
Tamat PT	6,8
Pekerjaan	
Tidak Kerja	23,3
Sekolah	7,7
Ibu RT	13,6
Pegawai	7,5
Wiraswasta	10,3
Petani/Nelayan/Buruh	12,0
Lainnya	13,6
Tempat tinggal	
Kota	12,3
Desa	13,1
Tingkat Pengeluaran perkapita	
Kuintil -1	14,7
Kuintil – 2	13,1
Kuintil - 3	12,5
Kuintil – 4	12,6
Kuintil - 5	11,5

*Nilai Batas Pisah (Cut off Point) ≥ 6

Dari tabel di atas terlihat prevalensi Gangguan Mental emosional meningkat sejalan dengan pertambahan umur. Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional antara lain perempuan, pendidikan rendah, tidak bekerja, tinggal di desa dan tingkat pengeluaran perkapita rumah tangga rendah.

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

4.3. Penyakit Mata

Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran tahun 1993-1996¹ memperlihatkan angka kebutaan di Indonesia mencapai 1,47, jauh lebih tinggi dibandingkan angka kebutaan di Thailand (0.3), India (0,7), Bangladesh (1.0), bahkan lebih tinggi dibandingkan Afrika Sub-sahara (1,40)². Angka kebutaan ini

menurun menjadi 1,21 sesuai dengan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 yang mewakili tingkat kawasan Sumatera, Jawa-Bali, dan Kawasan Timur Indonesia.³ Saw dkk.⁴ dengan metodologi yang berbeda dari SKRT 2001, melaporkan angka kebutaan dua mata pada populasi rural di Sumatera sebesar 2,2 (golongan usia >20 tahun), sedangkan angka *low vision* bilateral mencapai 5,8.

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

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

Dalam Riskesdas 2007 ini data yang dikumpulkan untuk mengetahui indikator kesehatan mata meliputi pengukuran tajam penglihatan menggunakan kartu Snellen (dengan atau tanpa *pin-hole*), riwayat glaukoma, riwayat katarak, operasi katarak, dan pemeriksaan segmen anterior mata dengan menggunakan *pen-light*.

Tabel 4.3.1
Sebaran Penduduk Usia 6 Tahun keatas menurut *Low Vision* dan Kebutaan
(dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas 2007

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

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

**)Kisaran visus $< 3/6$

Proporsi *low vision* di Provinsi NTB berkisar antara 2,1% (Kota Mataram) sampai 7,5 6,2%(Sumbawa Barat), sedangkan proporsi kebutaan berkisar 0,2% sampai 2,3%. Dibandingkan dengan proporsi *low vision* di tingkat provinsi (4,9%), 2 dari 9 kabupaten yang ada masih memiliki proporsi lebih tinggi. Proporsi kebutaan tingkat provinsi sebesar 1,1%, lebih tinggi dari proporsi tingkat nasional (0,9%) dan terdapat 2 kabupaten yang menunjukkan proporsi lebih tinggi dibanding proporsi tingkat provinsi. Diperlukan kajian lebih lanjut untuk mengidentifikasi penyebab *low vision* dan kebutaan sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan kebijakan di tingkat kabupaten. Mempertimbangkan bahwa keadaan *low vision* dan kebutaan akan mengakibatkan seseorang kehilangan kemandirian untuk menjalankan aktivitas sehari-hari, maka penanganan khusus untuk memberikan koreksi penglihatan maksimal bagi penderita *low vision* dan kebutaan dengan penyebab yang dapat diperbaiki, tampaknya cukup esensial guna mengembalikan kemampuan penderita dalam upaya memenuhi kebutuhan hidup pribadi dan keluarganya.

Tabel 4.3.2
Sebaran Penduduk Umur 6Tahun keatas menurut *Low Vision* dan Kebutaan
(dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik
Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	<i>Low vision</i> *	Kebutaan**
Kelompok Umur		
6 – 14 Tahun	0,1	0,1
15 – 24 Tahun	0,3	0,1
25 – 34 Tahun	0,5	
35 – 44 Tahun	1,7	0,2
45 – 54 Tahun	5,0	0,6
55 – 64 Tahun	16,1	2,1
65 – 74 Tahun	29,4	7,0
75+ Tahun	38,3	24,3
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	3,1	0,8
Perempuan	4,7	1,3
Lama Pendidikan		
≤ 6 Tahun	6,3	1,8
7-12 Tahun	0,8	0,1
>12 Tahun	1,3	0
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	10,1	5,2
Sekolah	0,2	0,1
Mengurus RT	4,2	0,5
Pegawai (Negeri, Swasta,Polri)	1,4	0,0
Wiraswasta	3,7	0,9
Petani/ Nelayan/ Buruh	5,5	0,8
Lainnya	6,3	1,7
Tempat Tinggal		
Kota	3,3	0,9
Desa	4,3	1,2
Tingkat Pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	4,0	1,0
Kuintil-2	3,6	1,1
Kuintil-3	4,0	1,0
Kuintil-4	4,2	1,3
Kuintil-5	3,8	0,9

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

**)Kisaran visus $<3/60$

Tabel 4.3.2 menunjukkan bahwa proporsi *low vision* dan kebutaan makin meningkat sesuai pertambahan usia. Beberapa penelitian tentang *low vision* dan kebutaan di negara tetangga melaporkan bahwa katarak senilis (proses degeneratif) merupakan penyebab tersering yang ditemukan pada penduduk golongan umur 50 tahun keatas. Katarak adalah salah satu penyebab gangguan visus yang dapat dikoreksi dengan operasi, sehingga besar harapan bagi penderita *low vision* dan kebutaan akibat katarak untuk dapat melihat kembali pasca operasi dan koreksi. Perlu disusun kebijakan oleh pihak berwenang dalam upaya rehabilitasi *low vision* dan kebutaan akibat katarak, sehingga kebergantungan penderita dapat dihilangkan.

Dalam tabel yang sama tampak pula bahwa proporsi *low vision* dan kebutaan pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki, dan mungkin berkaitan dengan proporsi penduduk perempuan golongan usia 55 tahun keatas yang lebih besar dibanding laki-laki. Hal lain yang mungkin berkaitan dengan tingginya proporsi perempuan yang menderita *low vision* dan kebutaan adalah belum tercapainya persamaan hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan antar gender di NTB, khususnya.

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

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

Tabel 4.3.3
Proporsi Penduduk Usia 30 Tahun ke Atas dengan Katarak
Menurut Kabupaten/kota Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

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

Tabel 4.3.4
Proporsi Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Menurut
Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas 2007

Karakteristik Responden K	D	D/G
Kelompok Umur		
30 – 34 Tahun	0,3	6,8
35 – 44 Tahun	1,1	15,2
45 – 54 Tahun	1,0	23,8
55 – 64 Tahun	4,1	35,6
65 – 74 Tahun	5,2	53,0
75 + Tahun	6,8	57,4

Jenis Kelamin		
Laki-Laki	2,1	22,6
Perempuan	1,9	24,7
Lama Pendidikan		
≤ 6 Tahun	2,3	28,7
7 – 12 Tahun	1,3	11,5
> 12 Tahun	0,6	12,0
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	5,5	46,5
Sekolah	1,4	15,5
Mengurus RT	1,5	19,8
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	0,8	11,0
Wiraswasta	2,9	18,8
Petani/ Nelayan/ Buruh	1,3	24,4
Lainnya	1,8	24,5
Tempat tinggal		
Kota	2,4	20,8
Desa	1,8	25,5
Tingkat Pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	1,9	27,2
Kuintil-2	2,0	24,6
Kuintil-3	1,4	23,9
Kuintil-4	2,1	25,0
Kuintil-5	2,5	19,4

Tabel 4.3.4 menunjukkan bahwa proporsi diagnosis katarak oleh nakes meningkat sesuai pertambahan usia, cenderung lebih besar pada laki-laki serta daerah Kota (2,4%). Seperti halnya *low vision* dan kebutaan, proporsi diagnosis katarak oleh nakes lebih besar pada penduduk dengan latar pendidikan 6 tahun atau kurang dan pada kelompok penduduk yang tidak bekerja. Hal tersebut mungkin berkaitan dengan meningkatnya berbagai program penjangkaran kasus katarak secara gratis dan massal yang dikelola oleh organisasi profesi (dokter ahli mata) bekerja sama dengan berbagai sarana pemerintah (pemanfaatan ASKESKIN), maupun swasta (rumah sakit, organisasi/yayasan sosial). Proporsi diagnosis katarak oleh nakes yang masih sangat rendah mungkin juga berhubungan dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kesehatan matanya, meskipun mereka telah mengalami gejala gangguan penglihatan.

Besarnya proporsi penduduk yang bekerja di sektor informal juga dapat mengakibatkan persepsi negatif bahwa untuk bisa beraktivitas/bekerja sehari-hari,

misalnya sebagai ibu rumah tangga, petani, atau nelayan, masyarakat tidak memerlukan tajam penglihatan yang maksimal. Proporsi diagnosis katarak oleh nakes juga tersebar merata pada 5 kuintil, tetapi tampak bahwa prevalensi katarak terendah ditemukan pada kuintil tertinggi (19,4%). Mengingat bahwa patogenesis katarak berkaitan dengan multifaktor, maka rendahnya prevalensi pada kuintil 5 perlu diinvestigasi lebih lanjut, sehingga dapat diidentifikasi faktor yang menekan terjadinya katarak pada kuintil ini, untuk selanjutnya jika memungkinkan dapat diterapkan pada kelompok kuintil lainnya.

Tabel 4.3.5
Proporsi Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi Menurut Kabupaten/kota diProvinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Operasi katarak	Pakai kacamata pasca operasi
Lombok Barat	1,5	36,0
Lombok Tengah	0,8	40,0
Lombok Timur	1,1	8,3
Sumbawa	1,2	18,2
Dompu	0,8	66,7
Bima	2,0	25,0
Sumbawa Barat	1,0	50,0
Kota Mataram	1,4	70,0
Kota Bima	0,4	50,0
NTB	1,2	31,5

CATATAN: *)Responden yang pernah didiagnosis Katarak oleh nakes

Proporsi operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 1,2% tertinggi adalah Kabupaten Bima. Cakupan operasi ini masih sangat rendah, sehingga dapat mengakibatkan penumpukan kasus katarak pada tahun terkait (2007) adalah sebesar 83,9% di tingkat provinsi. Perlu kajian lebih lanjut untuk mengidentifikasi faktor-faktor penyebab rendahnya cakupan operasi katarak di tingkat kabupaten dan provinsi sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan kebijakan di bidang kesehatan, khususnya untuk mengatasi masalah *low vision* dan kebutaan akibat katarak.

Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di tingkat provinsi adalah sebesar 31,5% dengan kisaran terendah adalah di Lombok Timur dan tertinggi adalah Kabupaten Dompu. Pemberian kacamata operasi bertujuan mengoptimalkan tajam penglihatan jarak jauh maupun jarak dekat pasca operasi katarak, sehingga tidak

semua penderita pasca operasi merasa memerlukan kacamata untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Tabel 4.3.6
Sebaran Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak
yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca
Operasi
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

KARAKTERISTIK	OPERASI KATARAK	PAKAI KACAMATA PASCA OPERASI
Kelompok Umur		
30 – 34 Tahun	0,6	0,0
35 – 44 Tahun	0,9	16,0
45 – 54 Tahun	1,1	36,4
55 – 64 Tahun	1,6	27,3
65 – 74 Tahun	2,8	57,1
75+ Tahun	1,6	66,7
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	0,9	41,7
Perempuan	1,5	26,8
Lama Pendidikan		
≤ 6 Tahun	1,3	31,3
7 – 12 Tahun	1,0	22,7
> 12 Tahun	1,1	80,0
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	2,9	37,0
Sekolah	2,8	100,0
Mengurus RT	1,2	15,0
Pegawai (PNS, Swasta, Polri)	0,8	60,0
Wiraswasta	1,0	33,3
Petani, Nelayan, Buruh	0,9	23,7
Lainnya	1,2	100,0
Tempat tinggal		
Kota	1,3	40,0
Desa	1,1	25,8
Tingkat Pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	1,2	11,8
Kuintil-2	1,2	35,0
Kuintil-3	1,1	25,0
Kuintil-4	1,0	20,0
Kuintil-5	1,4	50,0

CATATAN: *) Responden yang pernah didiagnosis katarak oleh nakes

Proporsi operasi katarak meningkat sesuai dengan penambahan usia, walaupun menurun pada usia >75 tahun dan lebih banyak pada dibandingkan pada laki-laki, lebih tinggi pada kelompok dengan lama pendidikan paling rendah dan kelompok tidak bekerja serta lebih tinggi di kota daripada di desa. Hal ini mungkin berkaitan dengan kemudahan akses ke sarana kesehatan yang mempunyai alat operasi di Kota pada umumnya lebih mudah dibanding di Desa. Sebaliknya kebutuhan pemakaian kacamata pasca operasi tertinggi pada laki-laki, lama pendidikan >12 tahun, kelompok sekolah dan tingkat pengeluaran perkapita paa kuintil 5.

4.4. Kesehatan Gigi

Tabel 4.4.1

Proporsi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ kota	Bermasalah gimul	Menerima perawatan dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
Lombok Barat	36,1	28,2	0,7
Lombok Tengah	24,6	24,1	0,8
Lombok Timur	26,1	25,0	0,9
Sumbawa	20,6	49,4	0,2
Dompu	19,8	31,7	0,6
Bima	24,1	33,7	0,9
Sumbawa Barat	14,9	41,7	0,8
Kota Mataram	15,7	53,4	0,5
Kota Bima	25,3	42,5	0,5
PROVINSI NTB	25,5	30,7	0,7

Tabel 4.4.2

Proporsi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Dalam 12 Bulan Terakhir, Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Bermasalah gimul	Menerima perawatan dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
Umur			
< 1 Tahun	1,3	20,0	0
1 - 4 Tahun	6,9	29,4	0
5 - 9 Tahun	21,9	36,5	0
10 – 14 Tahun	17,7	31,3	0

15 – 24 Tahun	17,9	25,3	0,1
25 – 34 Tahun	26,7	31,5	0,1
35 – 44 Tahun	34,3	36,6	0,1
45 – 54 Tahun	42,4	29,5	0,4
55 – 64 Tahun	41,0	27,5	1,0
65+ Tahun	39,6	26,3	10,3
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	24,4	32,1	,5
Perempuan	26,5	92,6	0,8
Tempat tinggal			
Kota	25,3	36,9	0,6
Desa	25,6	27,0	0,7
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	23,4	19,8	0,8
Kuintil-2	24,4	25,2	0,4
Kuintil-3	25,9	29,9	0,8
Kuintil-4	25,6	33,9	0,8
Kuintil-5	28,3	42,4	0,6

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

Tabel 4.4.3

Proporsi Jenis Perawatan Yang Diterima Penduduk Untuk Masalah Gigi-Mulut Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ pencabutan/ bedah gigi	Pemasangan protesa/ bridge	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lain nya
Lombok Barat	87,5	28,7	2,5	12,2	9,5
Lombok Tengah	91,0	27,0	5,3	16,4	2,4
Lombok Timur	91,2	33,4	11,4	21,3	1,2
Sumbawa	91,2	50,2	2,4	10,7	3,4
Dompu	89,2	33,8	4,6	18,5	
Bima	90,1	33,5	4,3	36,0	9,3
Sumbawa Barat	93,3	56,7	3,3	23,3	6,7
Kota Mataram	83,1	67,6	1,4	43,5	3,4
Kota Bima	95,5	54,4	5,9	22,1	1,5
NTB	89,6	37,8	5,0	20,4	4,7

Jenis perawatan terbanyak yang diterima penduduk untuk masalah gigi dan mulut di semua kabupaten/ kota adalah pengobatan diikuti dengan penambalan/pencabutan/bedah gigi dan konseling perawatan/kebersihan gigi.

Angka perawatan masalah gigi tertinggi di Kota Bima untuk tindakan pengobatan gangguan gigi dan mulut (95,5%)

Tabel 4.4.4
Proporsi Jenis Perawatan Yang Diterima Penduduk Untuk
Masalah Gigi-Mulut Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik
Di Provinsi. Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan Pencabuta/ Bedah gigi	Pemasangan Gigi palsu Lepas atau gigi palsu cekat	Konseling Perawatan/Kebersihan gigi	Lainnya
Umur					
< 1 Tahun	100,0	0	0	100,0	100,0
1 - 4 Tahun	91,7	16,2	0	18,9	13,9
5 - 9 Tahun	83,4	32,0	0	12,2	5,6
12 - 14 Tahun	88,9	29,6	1,5	14,8	4,5
15 - 24 Tahun	92,0	32,6	3,4	16,0	4,6
25 - 34 Tahun	92,6	47,1	2,9	25,0	3,7
35 - 44 Tahun	86,1	41,7	4,8	22,7	3,0
45 - 54 Tahun	93,5	36,5	6,5	25,0	4,2
55 - 64 Tahun	88,3	39,0	15,6	20,0	5,8
65 + Tahun	90,7	38,7	8,5	20,3	5,9
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	90,6	38,9	5,0	23,4	4,7
Perempuan	88,6	36,7	5,0	17,8	4,7
Tempat tinggal					
Kota	88,0	45,1	5,9	26,9	5,2
Desa	90,8	31,8	4,3	15,1	4,3
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil-1	84,3	38,1	4,6	14,7	3,6
Kuintil-2	90,0	41,2	6,9	20,4	5,4
Kuintil-3	86,9	32,6	2,4	21,0	7,9
Kuintil-4	91,6	36,6	4,3	23,0	4,3
Kuintil-5	91,6	40,0	6,5	20,5	3,1

Menurut karakteristik responden terlihat bahwa tindakan pemasangan gigi palsu sudah dimulai pada kelompok usia diatas 12 tahun dan meningkat sejalan dengan peningkatan umur, namun hal sebaliknya terjadi pada tindakan konseling perawatan/kebersihan gigi.

Laki-laki umumnya lebih banyak menerima perawatan masalah

Gigi dibanding perempuan. Penduduk kota lebih banyak menerima perawatan masalah gigi selain pengobatan. Pengobatan gigi juga meningkat sejalan dengan peningkatan pengeluaran perkapita, namun untuk jenis perawatan lain tidak mengikuti pola tersebut.

Tabel 4.4.5

Proporsi Penduduk \geq 10 Th Yang Menggosok Gigi Setiap Hari Dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ kota	Perilaku menggosok gigi	
	Menggosok gigi setiap hari	Berperilaku benar menggosok gigi
Lombok Barat	82,0	3,5
Lombok Tengah	77,9	9,2
Lombok Timur	88,1	3,8
Sumbawa	93,4	7,8
Dompu	90,5	11,7
Bima	87,7	14,0
Sumbawa Barat	90,9	11,3
Kota Mataram	97,9	10,8
Kota Bima	91,9	6,9
PROVINSI NTB	86,5	7,4

Catatan :

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

Prevalensi penduduk yang menggosok gigi setiap hari tertinggi ada di Kota Mataram (97,9%), lebih tinggi dari angka nasional (93%). Namun perilaku benar dalam menggosok gigi lebih banyak terdapat di Kabupaten Bima dan terendah di Lombok Timur.

Tabel 4.4.6
Proporsi Penduduk 10 Th Yang Menggosok Gigi Setiap Hari Dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Perilaku menggosok gigi	
	Menggosok gigi setiap hari	Berperilaku benar menggosok gigi
Umur	91,0	5,7
10 – 14 Tahun	96,6	10,1
15 – 24 Tahun	94,8	8,0
25 – 34 Tahun	91,0	8,0
35 – 44 Tahun	80,9	7,6
45 – 54 Tahun	67,4	3,4
55 – 64 Tahun	41,7	2,7
65+ Tahun	86,5	7,4
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	86,0	7,4
Perempuan	87,0	7,3
Tempat tinggal		
Kota	90,8	9,4
Desa	83,9	6,1
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	82,6	4,8
Kuintil-2	85,2	5,3
Kuintil-3	86,3	6,5
Kuintil-4	87,3	8,3
Kuintil-5	90,8	11,4

Catatan :

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

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

Tabel 4.4.7

Persentase Waktu Menggosok Gigi Pada Penduduk 10 Th > Yang Menggosok Gigi Setiap Hari Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

Proporsi tertinggi waktu menggosok gigi di provinsi NTB adalah saat mandi pagi atau sore. Sedangkan waktu sesuai perilaku benar yaitu sesudah makan pagi, tertinggi di kabupaten Bima (30,4%) dan perilaku menggosok gigi sebelum tidur malam, tertinggi di Kota Mataram (50,4%)

Tabel 4.4.8

Persentase Waktu Menggosok Gigi Pada Penduduk \geq 10 Th Yang Menggosok Gigi Setiap Hari Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Menggosok gigi setiap hari				
	Saat mandi pagi dan atau sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lainnya
Umur					
10 – 14 Tahun	90,0	14,0	20,0	23,3	1,6
15 – 24 Tahun	92,4	16,9	23,5	34,3	3,3
25 – 34 Tahun	92,0	14,4	22,9	31,0	2,3
35 – 44 Tahun	90,1	14,3	24,6	28,1	1,7
45 – 54 Tahun	87,2	16,2	22,8	27,0	3,3
55 – 64 Tahun	84,8	12,0	20,9	18,9	3,1
65+ Tahun	82,7	17,3	19,5	19,2	5,3
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	89,7	15,5	22,9	27,7	2,0
Perempuan	90,6	14,8	22,4	29,4	3,2
Tempat tinggal					
Kota	93,1	15,3	25,0	37,7	2,5
Desa	88,2	15,0	21,1	22,6	2,7

**Tingkat
pengeluaran per
kapita**

Kuintil-1	87,7	12,3	21,6	20,8	2,2
Kuintil-2	89,5	13,0	20,5	21,7	2,8
Kuintil-3	89,7	13,8	22,3	25,8	3,0
Kuintil-4	90,2	16,0	22,9	32,0	2,8
Kuintil-5	93,0	19,7	25,5	40,2	2,3

Menurut karakteristik responden, kebiasaan menggosok gigi pada setiap waktu, umumnya tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun, tidak terlalu mencolok perbedaan antara laki-laki dan perempuan dan umumnya penduduk kota lebih tinggi persentasenya untuk menggosok gigi dalam setiap kategori waktu.

Makin tinggi tingkat pengeluaran perkapita, makin baik kebiasaannya dalam menggosok gigi.

Tabel 4.4.9
Komponen D, M, F Dan Index DMF-T Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten di Provinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	D-T (Rerata)	M-T (Rerata)	F-T (Rerata)	INDEX DMF-T (Rerata)
Lombok Barat	0,93	3,01	0,04	3,94
Lombok Tengah	0,59	2,58	0,03	3,20
Lombok Timur	0,38	2,60	0,11	3,11
Sumbawa	0,81	2,35	0,06	3,22
Dompu	0,97	1,56	0,01	2,55
Bima	0,79	2,82	0,03	3,62
Sumbawa Barat	0,60	2,98	0,05	3,61
Kota Mataram	0,66	1,82	0,10	2,52
Kota Bima	1,16	2,03	0,06	3,24
PROVINSI NTB	0,68	2,55	0,06	3,28

- D-t: rata2 jumlah gigi berlubang per orang
- M-t: rata2 jumlah gigi dicabut/indikasi pencabutan
- F-t: rata2 jumlah gigi ditumpat
- Dmf-t: rata2 jumlah kerusakan gigi per orang (baik yg masih berupa decay, dicabut maupun ditumpat)

Rerata jumlah kerusakan gigi per orang di provinsi NTB yaitu 3,28% dan masih di bawah angka nasional (6,98%), tertinggi di Lombok Barat dan terendah di

Kabupaten Dompu. Komponen kerusakan tertinggi ada pada gigi yang dicabut/adanya indikasi untuk dicabut (2,55%).

Tabel 4.4.10
Komponen D, M, F Dan Index DMF-T Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	D-T (Rerata)	M-T (Rerata)	F-T (Rerata)	INDEX DMF-T
Umur				
12 Tahun	0,16	0,06	0,0	0,30
15 Tahun	0,27	0,20	0,01	0,37
18 Tahun	0,35	0,14	0,03	0,51
35 – 44 Tahun	0,83	1,55	0,06	2,44
65 + Tahun	0,97	14,72	0,11	15,71
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	0,67	2,27	0,06	2,99
Perempuan	0,69	2,78	0,06	3,52
Tempat tinggal				
Kota	0,70	2,40	0,09	3,18
Desa	0,67	2,63	0,04	3,34
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	0,64	2,61	0,04	3,28
Kuintil-2	0,69	2,58	0,06	3,30
Kuintil-3	0,69	2,62	0,05	3,38
Kuintil-4	0,71	2,59	0,06	3,37
Kuintil-5	0,66	2,34	0,10	3,08

- D-t: rata2 jumlah gigi berlubang per orang
- M-t: rata2 jumlah gigi dicabut/indikasi pencabutan
- F-t: rata2 jumlah gigi ditumpat
- Dmf-t: rata2 jumlah kerusakan gigi per orang (baik yg masih berupa decay, dicabut maupun ditumpat)

Menurut karakteristik responden, semakin tinggi usia semakin banyak gigi yang rusak baik berlubang, dicabut/indikasi dicabut atau ditumpat. Proporsi kerusakan pada perempuan cenderung lebih banyak daripada laki-laki, begitu pula penduduk desa dibanding penduduk kota.

Semakin tinggi kuintil, relatif semakin sedikit proporsi kerusakan gigi pada penduduk, walaupun proporsi gigi berlubang tersebar hampir merata pada setiap tingkat pengeluaran perkapita.

Tabel 4.4.11
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif Dan Pengalaman Karies
Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten
Provinsi Nusa Tenggara Barat Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Bebas karies	Karies aktif	Tanpa pengalaman karies	Pengalaman karies
Lombok Barat	55,1	44,9	30,4	69,6
Lombok Tengah	70,4	29,6	47,7	52,3
Lombok Timur	79,6	20,4	49,0	51,0
Sumbawa	73,0	27,0	51,3	48,7
Dompu	65,6	34,4	51,6	48,4
Bima	66,4	33,6	41,4	58,6
Sumbawa Barat	78,9	21,1	49,4	50,6
Kota Mataram	69,7	30,3	48,4	51,6
Kota Bima	56,8	43,2	41,9	58,1
PROVINSI NTB	69,2	30,8	44,6	55,4

Umumnya di provinsi NTB, proporsi penduduk yang giginya tanpa lubang/bebas karies lebih tinggi dari prevalensi nasional. Kabupaten/kota tertinggi bebas karies ada di Sumbawa Barat, terendah di Lombok Barat. Walaupun Sumbawa Barat memiliki prevalensi tertinggi bebas karies namun prevalensi terendah karies aktif ada di Lombok Timur (20,4%)

Tabel 4.4.12
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif Dan Pengalaman Karies Dalam 12
Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden Provinsi Nusa Tenggara
Barat Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Bebas	Karies aktif	Tanpa pengalaman karies	Pengalaman karies
Umur				
12 Tahun	87,0	13,0	83,8	16,2
15 Tahun	82,2	17,8	76,8	23,2
18 Tahun	81,0	19,0	74,0	26,0
35 – 44 Tahun	62,4	37,6	34,3	65,7
65 + Tahun	72,5	27,5	6,2	93,8
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	69,5	30,5	46,3	53,7
Perempuan	68,9	31,1	43,3	56,7
Tempat tinggal				
Kota	67,8	32,2	43,7	56,3
Desa	70,0	30,0	45,2	54,8

Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	71,1	28,9	47,8	52,2
Kuintil-2	69,8	30,2	45,8	54,2
Kuintil-3	68,7	31,3	44,0	56,0
Kuintil-4	67,7	32,3	43,5	56,5
Kuintil-5	68,9	31,1	42,7	57,3
NTB	69,2	30,8	44,6	55,4

Catatan :

Tanpa Karies = orang yang memiliki D=0

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

Orang dengan pengalaman karies= orang yang memiliki DMFT >0

Orang tanpa pengalaman karies= orang yang memiliki DMFT =0

Semakin tinggi usia semakin besar pula prevalensi karies aktif dan pengalaman dengan karies. Laki-laki sedikit lebih tinggi dari perempuan untuk prevalensi karies aktif, juga penduduk kota lebih banyak mengalami karies aktif maupun pengalaman dengan karies.

Walaupun secara umum makin tinggi tingkat pengeluaran perkapita, makin tinggi pula angka kejadian karies aktif dan pengalaman karies, namun variasi antar kuintil tidak terlalu besar.

Tabel 4.4.13
Required Treatment Index (RTI), Perform Treatment Index (PTI) dan
Missing Treatment Index (MTI) Dalam 12 Bulan Terakhir
Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	RTI = (D/DMF-T)x100	PTI = (F/DMF-T)x100	MTI = (M/DMF-T)x100
Lombok Barat	0,24	0,76	0,01
Lombok Tengah	0,18	0,81	0,01
Lombok Timur	0,12	0,84	0,03
Sumbawa	0,25	0,73	0,02
Dompu	0,38	0,61	0,0
Bima	0,22	0,78	0,01
Sumbawa Barat	0,17	0,82	0,01
Kota Mataram	0,26	0,72	0,04
Kota Bima	0,36	0,63	0,02
PROVINSI NTB	0,21	0,78	0,02

Catatan :

Performance Treatment Index (PTI)

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

seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap.

Required Treatment Index (RTI)

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

Tabel 4.4.14
Required Treatment Index (RTI Dan Perform Treatment Index (PTI)
dan Missing Treatment Index (MTI) Dalam 12 Bulan Terakhir
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat
Riskedas 2007

Karakteristik responden	RTI= (D/DMF-T)X100	PTI= (F/DMF-T)X100	MTI (M/DMF-T)X100
Umur			
12 Tahun	0,53	0,2	0
15 Tahun	0,73	0,54	0,03
18 Tahun	0,69	0,27	0,06
35 – 44 Tahun	0,34	0,63	0,02
65 + Tahun	0,06	0,94	0,01
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	0,22	0,76	0,02
Perempuan	0,19	0,79	0,02
Tempat tinggal			
Kota	0,22	0,75	0,03
Desa	0,20	0,79	0,01
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	0,19	0,79	0,01
Kuintil-2	0,21	0,78	0,02
Kuintil-3	0,20	0,77	0,01
Kuintil-4	0,21	0,77	0,02
Kuintil-5	0,21	0,76	0,03

Catatan :

Performance Treatment Index (PTI)

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

Required Treatment Index (RTI)

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

Tabel 4.4.15
Proporsi Penduduk Dengan Fungsi Normal, Edentulous Dan Protosa
Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota
Prov. Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ kota	Fungsi normal gigi	Edentulous	Protosa
Lombok Barat	92,8	0,9	2,5
Lombok Tengah	93,1	1,0	5,3
Lombok Timur	94,0	1,2	11,4
Sumbawa	95,1	0,3	2,4
Dompu	96,7	0,8	4,6
Bima	93,4	1,2	4,3
Sumbawa Barat	92,4	1,1	3,3
Kota Mataram	96,1	0,7	1,4
Kota Bima	95,8	0,6	5,9
NTB	94,0	0,9	5,0

Catatan :

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

Edentulous= orang tanpa gigi

Orang dengan protosa = orang yang memakai protosa

Di provinsi NTB, proporsi penduduk dengan fungsi normal gigi serta pemakaian protosa, lebih tinggi dari proporsi nasional (84,3% dan 4,9%) dan untuk proporsi penduduk tanpa gigi lebih rendah dari angka nasional (3,8%).

Fungsi normal gigi memiliki proporsi tertinggi di Kabupaten Dompu (96,7%), proporsi edentulous tertinggi di Kabupaten Lombok Timur dan Bima, sedangkan pemakaian protosa tertinggi di Lombok Timur.

Tabel 4.4.16
Proporsi Penduduk Dengan Fungsi Normal Gigi, Edentulous Dan Protosa
Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden di
Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Fungsi normal Gigi	Edentulous	Protosa
Umur			
12 Tahun	100,0	0	0
15 Tahun	100,0	0	0
18 Tahun	100,0	0	0
35 – 44 Tahun	98,9	0,1	4,8
65 + Tahun	49,3	10,3	8,5
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	94,9	0,8	5,0
Perempuan	93,2	1,1	5,0

Tempat tinggal			
Kota	94,6	0,8	5,9
Desa	93,6	1,0	4,3
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	93,1	1,2	4,6
Kuintil-2	93,9	0,6	6,9
Kuintil-3	94,2	1,1	2,4
Kuintil-4	93,6	1,1	4,3
Kuintil-5	95,1	0,7	6,5

Catatan :

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

Edentulous= orang tanpa gigi

Orang dengan protesa = orang yang memakai protesa

Menurut karakteristik responden, menurunnya fungsi normal gigi sejalan dengan penambahan usia, dan sebaliknya bertambahnya umur semakin meningkatkan persentase penduduk tanpa gigi dan pemakaian protesa.

Umumnya penduduk laki-laki lebih banyak memiliki gigi normal, namun menurut tempat tinggal persentasenya tidak banyak berbeda. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran perkapita, secara umum semakin tinggi kuintil, semakin banyak proporsi penduduk dengan fungsi normal gigi, tetapi untuk penduduk tanpa gigi dan pemakaian protesa tidak ada pola tertentu

4.5. Disabilitas

Tabel 4.5.1
Persentase Status Disabilitas Penduduk \geq 15 Tahun Dalam 1 Bulan Terakhir
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Status Disabilitas	Sangat baik	Baik	Cukup	Buruk	Sangat buruk
Melihat jarak jauh (20 m)	65,4	18,1	10,9	4,2	1,3
Melihat jarak dekat (30 cm)	68,3	17,0	9,7	3,8	1,2
Mendengar suara normal dalam ruangan	73,2	16,3	8,0	1,9	0,6
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	73,2	16,7	7,6	2,0	0,5
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	61,6	20,4	13,6	3,7	0,7
Nafas pendek setelah latihan ringan	59,6	22,2	12,8	4,4	1,0
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	68,2	19,8	9,9	1,7	0,4
Mengalami gangguan tidur	63,2	21,4	12,4	2,7	0,4
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	65,1	20,4	12,0	2,2	0,3

Kesulitan berdiri selama 30 menit	64,3	19,8	11,1	3,9	0,9
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	59,4	1,9	13,3	6,4	1,9
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	62,2	22,1	11,5	3,6	0,6
Membersihkan seluruh tubuh	82,8	12,3	3,6	0,8	0,4
Mengenakan pakaian	84,0	11,8	3,1	0,7	0,4
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	75,0	16,2	6,1	1,9	0,7
Paham pembicaraan orang lain	71,1	19,2	7,7	1,5	0,5
Bergaul dengan orang asing	59,3	24,4	12,8	2,9	0,6
Memelihara persahabatan	61,1	25,6	11,3	1,5	0,5
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	64,3	21,2	11,1	2,5	1,0
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	60,4	22,3	11,9	3,9	1,5

Berdasarkan tabel ini, diketahui bahwa sebagian besar penduduk usia 15 tahun ke atas memiliki status disabilitas sangat baik atau tidak memiliki kesulitan dalam penglihatan dan mengenali orang dalam jarak kurang lebih 20 meter (65.4%). Demikian pula dengan penglihatan dan pengenalan terhadap obyek dengan jarak 30 cm, sebagian besar penduduk usia tersebut tidak mengalami kesulitan (68.3%). Dalam hal pendengaran, persentase penduduk yang tidak mengalami kesulitan mendengar orang berbicara di sisi lain dalam satu ruangan adalah 73.2 persen, dan 73.2 persen tidak mengalami kesulitan mendengar orang berbicara di ruangan yang sunyi.

Persentase penduduk usia 15 tahun ke atas yang tidak merasa nyeri atau tidak nyaman cukup besar yaitu 61.6 persen, sedang persentase penduduk yang tidak merasakan nafas pendek setelah latihan ringan sebanyak 59.6 persen. Sebagian besar penduduk tidak menderita batuk/bersin selama 10 menit setiap serangan (68.2%), dan sebanyak 63.2 persen tidak mengalami gangguan tidur. Demikian pula sebanyak 65.1 persen tidak mengalami masalah kesehatan yang mempengaruhi emosi.

Untuk masalah kesulitan berdiri (selama 30 menit), persentase penduduk usia 15 tahun ke atas yang berstatus disabilitas buruk dan sangat buruk sebesar 3.9 dan 0.9 persen. Sedang untuk kesulitan berjalan jauh (1 km), persentase penduduk yang berstatus disabilitas buruk dan sangat buruk sebesar 6.4 dan 1.9 persen. Persentase penduduk yang mengalami masalah memusatkan pikiran (selama 10 menit) dengan sangat buruk sebesar 0.6 persen.

Persentase penduduk usia 15 tahun ke atas yang mengalami kesulitan membersihkan seluruh tubuh, mengenakan pakaian, mengerjakan pekerjaan sehari-hari, memahami pembicaraan orang lain, dan bergaul dengan orang asing dengan buruk berturut-turut sebesar 0.8 persen, 0.7 persen, 1.9 persen dan 1.5 persen. Sedangkan sebagian kecil penduduk mengaku sangat berat dalam memelihara persahabatan (0.5%), melakukan pekerjaan (1%) dan berperan dalam kegiatan kemasyarakatan (1.5%).

Secara keseluruhan, persentase tertinggi status disabilitas sangat buruk berturut-turut yaitu kesulitan berjalan jauh (1.9%), berperan di kegiatan kemasyarakatan (1.5%), melihat jarak jauh dan jarak dekat (1.3% dan 1.2%) serta melakukan pekerjaan dan nafas pendek setelah latihan ringan (masing-masing 1%)

Tabel 4.5.2
Persentase Status Disabilitas Penduduk 15 Tahun ke Atas Dalam 1 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Sangat masalah	Masalah	Tidak masalah
Golongan umur:			
15-24 tahun	1,6	27,1	71,2
25-34 tahun	1,4	31,5	67,2
35-44 tahun	1,8	40,3	57,9
45-54 tahun	2,6	53,4	44,0
55-64 tahun	6,6	64,1	29,3
65-74 tahun	15,2	69,0	15,8
>75 tahun	33,3	59,9	6,8
Jenis kelamin:			
Laki-laki	3,1	38,6	58,3
Perempuan	4,3	42,9	52,8
Pendidikan:			
Tidak sekolah	9,5	55,6	34,9
Tidak tamat SD	4,0	47,3	48,7
Tamat SD	2,8	40,0	57,2
Tamat SMP	1,4	31,7	66,9
Tamat SMA	1,7	32,0	66,3
Tamat SMA+	1,7	32,5	65,8
Pekerjaan:			
Tidak bekerja	12,1	41,5	46,3
Sekolah	1,8	26,8	71,3
Mengurus RT	2,5	44,7	52,8
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	1,9	32,9	65,3
Wiraswasta	2,6	38,7	58,8
Petani/Nelayan/Buruh	2,8	45,0	52,2
Lainnya	3,7	40,4	55,8

Tempat tinggal:			
Kota	3,8	36,0	60,3
desa	3,8	44,1	52,2
Tingkat pengeluaran per kapita:			
Kuintil 1	4,1	43,7	52,2
Kuintil 2	5,2	39,8	55,0
Kuintil 3	3,0	40,6	56,3
Kuintil 4	3,9	42,5	53,6
Kuintil 5	2,7	38,7	58,6

Tabel ini menggambarkan status disabilitas yang dibagi menjadi 3 kriteria yaitu tidak masalah, masalah dan sangat masalah. Kriteria tidak masalah apabila responden menjawab 20 pertanyaan disabilitas dengan pilihan 1 (tidak ada) atau 2 (ringan). Kriteria masalah apabila responden menjawab salah satu dari 20 pertanyaan dengan pilihan 3 (sedang atau cukup), 4 (berat atau sulit) atau 5 (sangat berat atau sangat sulit). Kriteria sangat masalah yaitu apabila responden menjawab dengan kriteria masalah dan membutuhkan bantuan orang lain. Persentase penduduk yang memiliki status disabilitas masalah dan membutuhkan bantuan bertambah besar seiring dengan bertambahnya umur. Selaras dengan itu, status disabilitas tidak masalah semakin menurun dengan bertambahnya umur.

Ditinjau dari jenis kelamin, persentase status disabilitas sangat masalah dan masalah lebih banyak ditemui pada perempuan (4.3% dan 42.9%) dibandingkan dengan laki-laki (3.1% dan 38.6%).

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

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

Tabel 4.5.3
Persentase status disabilitas penduduk 15 tahun ke Atas dalam 1 bulan terakhir Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Status disabilitas		
	Sangat masalah	Masalah	Tidak masalah
Lombok Barat	4,3	32,8	62,9
Lombok Tengah	4,2	52,7	43,1
Lombok Timur	3,8	39,3	56,9
Sumbawa	1,3	51,1	47,6
Dompu	3,9	33,5	62,6
Bima	4,5	51,5	44,0
Sumbawa Barat	4,2	24,2	71,5
Kota Mataram	2,7	24,9	72,4
Kota Bima	5,0	37,4	57,5
NTB	3,8	40,9	55,3

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

Tabel 4.5.4
Persentase Penduduk 15 Tahun Ke Atas Dengan Ketidakmampuan Dan
Membutuhkan Bantuan Orang Lain Menurut Karakteristik Di Provinsi Nusa
Tenggara Barat, Riskedas 2007

Karakteristik responden	Merawat diri		Melakukan aktivitas		Berkomunikasi	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Kelompok umur:						
15-24 tahun	3,7	96,3	3,0	97,0	3,2	96,8
25-34 tahun	3,0	97,0	2,7	97,3	2,8	97,2
35-44 tahun	2,7	97,3	2,6	97,4	2,5	97,5
45-54 tahun	2,3	97,7	2,5	97,5	2,3	97,7
55-64 tahun	5,5	94,5	5,5	94,5	6,1	93,9
65-74 tahun	10,1	89,9	11,6	88,4	12,4	87,6
≥75 tahun	25,8	74,2	26,9	73,1	23,8	76,2
Jenis kelamin:						
Laki-laki	4,1	95,9	3,5	96,5	3,6	96,4
Perempuan	4,4	95,6	4,6	95,4	4,7	95,3
Pendidikan:						
Tidak sekolah	7,0	93,0	7,5	92,5	8,0	92,0
Tidak tamat SD	3,8	96,2	3,6	96,4	3,8	96,2
Tamat SD	3,9	96,1	3,8	96,2	3,5	96,5
Tamat SMP	3,7	96,3	3,1	96,9	3,2	96,8
Tamat SMA	3,3	96,7	3,2	96,8	3,2	96,8
Tamat SMA+	2,6	97,4	1,8	98,2	1,4	98,6
Pekerjaan:						
Tidak bekerja	10,9	89,1	11,3	88,7	11,0	89,0
Sekolah	4,6	95,4	3,5	96,5	3,3	96,7
Mengurus RT	3,2	96,8	3,4	96,6	3,3	96,7
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	2,8	97,2	2,2	97,8	2,3	97,7
Wiraswasta	3,4	96,6	3,2	96,8	3,4	96,6
Petani/Nelayan/Buruh	3,0	97,0	2,9	97,1	3,2	96,8
Lainnya	4,1	95,9	3,9	96,1	3,9	96,1
Tempat tinggal:						
Kota	4,7	95,3	4,5	95,5	4,6	95,4
Desa	4,0	96,0	3,9	96,1	3,9	96,1
Tingkat pengeluaran per kapita:						
Kuintil 1	4,6	95,4	4,8	95,2	4,5	95,5
Kuintil 2	5,4	94,6	5,3	94,7	5,8	94,2
Kuintil 3	3,9	96,1	3,3	96,7	3,4	96,6
Kuintil 4	4,3	95,7	4,3	95,7	4,3	95,7
Kuintil 5	3,1	96,9	3,2	96,8	3,0	97,0

Persentase untuk kebutuhan bantuan dalam perawatan diri , melakukan aktivitas dan berkomunikasi mulai menurun dan sampai pada angka terendah pada

kelompok usia 45-54 tahun persentase ini kemudian meingkat lagi sejalan dengan bertambahnya umur .

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

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

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

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

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

4.6 Cedera

4.6.1 Cedera dan Penyebab Cedera

Tabel 4.6.1.1. Prevalensi cedera dan penyebab cedera menurut Kabupaten Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	PENYEBAB CEDERA																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Lombok Barat	13,2	17,1		0,8	71,2	41,9	0,4		0,4			0,4		1,9			0,4
Lombok Tengah	8,1	32,9			51,3	19,0	1,5		1,2				1,8	0,6			1,2
Lombok Timur	8,1	24,6			45,6	41,8	0,5			0,9			0,5	0,9			0,9
Sumbawa	4,3	38,4			31,4	29,4	2,4		5,8					1,2			
Dompu	11,4	26,9		0,8	65,3	27,1	2,5		0,8	11,9		1,7	0,0				0,8
Bima	8,1	28,6	0,6		62,5	19,9	1,9			5,0				1,2			0,6
Sumbawa Barat	6,7	21,2	0,0	0,0	51,5	53,1	9,1		0,0	0,0		0,0	0,0				
Kota Mataram	6,8	37,2		1,7	52,1	11,6	1,7		1,7					1,7			0,8
Kota Bima	17,8	22,3	0,9	0,9	70,5	42,9	3,6		0,9	4,4				0,9		0,0	0,0
NTB	9,0	25,7	0,1	0,4	57,5	32,9	1,4		0,8	1,6		0,2	0,4	1,2		0,0	0,7

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

**Tabel 4.6.1.2 Prevalensi cedera dan penyebab cedera menurut karakteristik Responden
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007**

	Cedera	PENYEBAB CEDERA															
		Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Umur (th)																	
< 1	1,1								0,0								
1-- 4	8,7	4,5		0,0	100,0	15,8	0,6		1,3	0,0						0,0	2,5
5 -- 14	11,7	10,1		0,4	89,2	31,4	1,1		0,0	1,6	0,2	0,4	0,9				0,5
15 – 24	9,9	48,3	0,0	1,0	80,1	29,5	0,8		1,3	1,0	0,0	0,5	1,6				0,8
25 – 34	8,1	38,6	0,4	0,0	40,2	40,5	3,4			2,6	0,8		1,5				0,4
35 – 44	7,1	34,8	0,0	0,0	37,5	37,1	2,2		1,6	2,2	0,0	0,0	2,2				
45 – 54	8,3	22,5		0,0	44,4	39,9	1,2		1,2	1,7		1,2					1,2
55 – 64	7,2	21,4	1,0		44,5	38,8	1,0		2,0	3,1		2,0					
65 – 74	7,5	16,1			50,0	40,4	0,0		1,8								
75+	10,2	15,8			51,8	26,3							5,1				
Pendidikan																	
Tidak sekolah	9,1	14,3			59,2	40,0	0,4		0,4	1,6			2,4				0,8
Tidak tamat SD	8,6	19,0		0,3	59,8	40,5	2,1		1,5	1,2		1,2	1,2				0,6
Tamat SD	8,9	23,8	0,0		50,0	38,8	1,3		0,8	1,3	0,5	0,0	0,8				0,5
Tamat SMP	10,3	45,9	0,0	1,0	37,5	32,3	1,4		0,3	1,0	0,0	0,7	0,7				
Tamat SMA	8,8	55,7	0,9	0,9	39,8	26,4	2,4		0,9	4,2		0,9	1,4				0,9
Tamat SMA+	5,0	54,3			17,1	34,3	0,0			2,9			0,0				

Pekerjaan													
Tidak bekerja	9,5	26,8		1,5	53,7	35,1	0,5	0,5	2,9	1,0		1,0	1,0
Sekolah	11,9	26,8	0,0	0,2	61,5	35,3	1,0		1,0		0,5	0,7	0,5
Mengurus RT	5,0	20,8			50,4	42,5	1,7		2,5				
Pegawai (negeri, POLRI)	5,7	63,6			19,6	16,1	3,6	0,0	1,8		3,6	0,0	
Wiraswasta	7,9	43,8	0,7		39,4	30,7	1,5	0,7	2,2			0,7	0,7
Petani/Nelayan/Buruh	9,3	29,4	0,2	0,4	44,9	39,7	1,9	1,6	1,4	0,0	0,8	2,3	0,2
Lainnya	11,0	38,3			33,3	36,7	1,7	1,7	1,7		0,0		3,3
Jenis Kelamin													
Laki	11,0												
Perempuan	7,2												
Klasifikasi Desa													
Kota	9,8												
Pedesaan	8,5												
Tingkat Pengeluaran Perkapita													
Kuintil 1	8,1	20,7		0,9	65,3	31,8	2,0	0,9	1,5	0,6	0,6	1,7	
Kuintil 2	10,2	21,5	0,0		59,6	34,0	0,9	0,5	1,6	0,2	0,5	1,4	0,0
Kuintil 3	8,6	24,0	0,0	0,5	58,9	31,0	2,5	1,4	1,1		0,0	0,0	0,5
Kuintil 4	9,6	28,7	0,0		54,7	37,5	1,2	0,7	2,2	0,2	0,2	2,0	0,5
Kuintil 5	8,5	33,8	0,3	0,6	49,6	29,1	0,6	0,6	1,4	0,0	1,1	0,6	0,8

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

Dari tabel 4.6.1.1 dan 4.6.1.2 didapatkan bahwa menurut kabupaten/kota, prevalensi penyebab cedera tertinggi adalah jatuh (tertinggi di Lombok barat), diikuti oleh cedera terbuka karena benda tajam/tumpul (tertinggi di Sumbawa Barat) kemudian kecelakaan transportasi darat (tertinggi di kabupaten Sumbawa).

Tidak didapatkan kasus cedera karena tertembak, bunuh diri, asfiksia maupun karena komplikasi medis.

Kecelakaan karena transportasi laut terbanyak di Kota Bima sedangkan karena transportasi udara di Kota Mataram

Menurut karakteristik responden, tidak ditemui pola tertentu.

4.6.2 Bagian Tubuh yang Terkena Cedera

Pembagian katagori bagian tubuh yang terkena cedera didasarkan pada klasifikasidari ICD-10 (*International Classification Diseases*)

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

Tabel 4.6.2.1.
Prevalensi bagian tubuh yang terkena cedera menurut kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda	Pergelangan tangan dan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki	
Lombok Barat	8,1	1,0	3,7	4,6	8,7	27,1	47,1	9,4	52,6	38,5
Lombok Tengah	14,2	0,6	2,7	4,5	9,2	29,7	23,4	5,0	26,2	26,8
Lombok Timur	9,5		1,4	8,5	6,1	23,0	39,7	5,7	26,0	26,7
Sumbawa	11,6		3,5	3,5	7,0	30,2	31,4	2,4	36,0	23,3
Dompu	17,8	0,0	5,0	7,6	9,3	26,3	40,7	5,1	40,7	27,1

Bima	9,9	0,6	5,6	13,7	14,4	20,5	32,9	5,0	33,5	23,0						
Sumbawa Barat				9,4		0,0	3,1	9,1	21,9	40,6	54,5	6,1	40,6	37,5		
Kota Mataram				15,7		0,8	1,7	1,7	5,0	25,6	29,8	5,0	47,9	34,7		
Kota Bima				20,5		2,7	2,7	10,7	11,5	17,0	52,7	9,7	39,3	38,4		
NTB				11,6		0,6	3,0	6,6	8,8	25,7	38,4	6,5	37,7	30,9		

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

Tabel 4.6.2.2
Prevalensi bagian tubuh yang terkena cedera menurut kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Kelompok Umur (tahun)										
<1	80,0			,0	,0	20,0	,0	20,0		20,0
1-4	17,1	1,3	3,2	5,7	2,5	25,3	17,7	2,5	57,6	31,0
5-14	10,9	,2	1,6	2,4	7,7	31,6	35,8	6,4	46,9	32,1
15-24	10,7	,3	2,6	6,8	8,9	28,7	41,5	6,3	35,2	31,3
25-34	11,0	1,1	2,6	9,8	9,1	20,5	45,3	3,8	31,4	31,1
35-44	12,9	1,6	3,8	7,5	6,5	26,2	45,2	2,2	32,1	33,3
45-54	8,1	1,2	2,9	11,6	15,6	15,1	48,3	11,6	16,8	26,0
55-64	8,2		7,1	2,0	8,2	18,4	32,7	13,3	32,7	33,7
65-74	17,9		10,7	14,3	16,1	21,4	32,1	10,7	35,1	28,6
75+	10,5		5,3	15,4	20,5	20,5	30,8	17,9	35,9	12,8
Jenis Kelamin										
Laki-Laki	13,0	0,7	3,8	6,2	9,4	28,3	35,5	5,7	38,1	32,7
Perempuan	9,8	0,5	2,1	7,2	7,9	22,2	42,2	7,5	37,0	28,3
Pendidikan										
Tdk Sekolah	11,6	1,2	6,0	11,6	18,0	18,0	39,2	10,0	27,9	21,5
Tdk Tamat Sd	9,5	,0	1,8	5,8	7,7	19,9	39,9	5,2	35,9	37,0
Tamat Sd	8,9	,8	2,9	7,0	6,0	29,7	42,7	9,6	29,4	26,0
Tamat Smp	7,5	0,3	2,1	7,2	10,3	27,8	38,1	6,2	36,1	32,6
Tamat Sma	15,6	,9	3,8	6,6	9,0	29,2	48,3	4,2	36,3	34,0

Tamat Pt	11,4	2,9	5,7	8,6	11,4	25,7	57,1	2,9	28,6	37,1
Pekerjaan										
Tidak Kerja	9,3	1,0	3,4	9,8	11,7	22,9	43,2	10,7	32,7	31,2
Sekolah	7,7	0,2	0,7	4,0	9,1	34,3	38,3	6,7	41,1	33,6
Ibu Rt	10,8	1,7	0,8	7,4	8,3	17,5	41,7	6,6	20,0	24,8
Pegawai	7,1	1,8	3,6	7,1	8,9	26,8	46,4	3,6	41,1	32,1
Wiraswasta	10,2	0,7	4,4	10,2	9,5	22,6	47,1	3,6	27,7	26,3
Tani/Nel/Burh	11,9	0,8	4,7	9,3	10,7	21,2	42,4	7,4	30,4	29,0
Lainnya	16,7		5,0	1,7	5,0	21,7	40,0	13,3	28,3	31,7
Tempat tinggal										
Kota	12,5	5,5	2,9	5,5	7,5	23,3	38,0	7,0	37,2	30,2
Desa	11,0	7,3	3,2	7,3	9,7	27,4	38,5	6,1	37,9	31,3
Tingkat pengeluaran perkapita										
Kuintil-1	12,2	,9	1,7	5,8	8,2	30,0	36,4	7,9	42,3	27,1
Kuintil-2	9,7		4,9	6,5	7,0	19,3	36,3	5,1	36,6	32,9
Kuintil-3	12,8	1,1	2,5	6,8	9,6	21,1	35,9	9,6	35,6	35,5
Kuintil-4	11,5	,5	2,7	6,4	9,6	31,6	42,4	6,1	38,0	29,2
Kuintil-5	12,5	,8	3,0	7,2	10,0	27,4	40,4	4,1	36,3	29,0

Menurut karakteristik responden, pada kelompok umur <1 tahun mempunyai prevalensi tertinggi dengan kepala sebagai bagian tubuh yang terkena cedera (80%). Menurut jenis kelamin, laki-laki lebih sedikit terkena cedera di bagian perut/punggung/panggul, bagian pergelangan tangan/tangan dan tungkai atas. Tidak ada pola tertentu menurut tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan tingkat pengeluaran perkapita. Cedera di bagian kepala lebih sering terjadi di pedesaan dibandingkan pada bagian tubuh lainnya.

4.6.3 Jenis cedera

Klasifikasi jenis cedera di sini merupakan modifikasi dari klasifikasi menurut ICD-10 (*International Classification Diseases*). Jenis cedera dapat diartikan juga sebagai jenis luka yang dialami oleh responden yang mengalami cedera. Prevalensi jenis cedera merupakan angka prevalensi dari responden yang mengalami cedera. Jenis cedera yang dialami oleh responden bisa lebih dari satu jenis cedera (*multiple injury*).

Tabel 4.6.4.1.
Prevalensi jenis cedera menurut kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	keracunan	Lainnya
Lombok Barat	58,2	64,4	46,5	1,9	25,0	3,3			0,4
Lombok Tengah	38,3	54,2	19,6	3,3	17,5	3,3		0,6	0,6
Lombok Timur	41,0	50,7	25,1	1,4	19,4	5,0	0,5		
Sumbawa	30,2	54,7	34,9	2,3	9,3	4,7	1,2	2,4	
Dompu	40,7	68,6	24,6	2,5	14,4	5,1	0,0	0,0	0,8
Bima	49,1	52,2	29,2	3,1	11,8	6,2	1,9	0,6	
Sumbawa Barat	46,9	69,7	45,5	0,0	15,6	3,0	3,0		0,0
Kota Mataram	36,4	74,4	21,5	4,1	13,2	2,5		0,8	
Kota Bima	50,9	67,9	31,3	2,7	19,6	2,7	0	0,0	0,0
NTB	45,8	59,3	31,2	2,4	18,8	4,0	0,4	0,3	0,3

Di provinsi NTB, prevalensi jenis cedera tertinggi adalah luka lecet (59,3%) diikuti benturan kemudian luka terbuka. Prevalensi patah tulang, putus anggota gerak dan lainnya masih di bawah 1 %. Prevalensi tertinggi luka lecet ada di Kota Mataram, sedangkan jenis cedera dengan prevalensi <1%, umumnya tidak tersebar merata di setiap kabupaten.

Tabel 4.6.4.2
Prevalensi jenis cedera menurut karakteristik Responden Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	keracunan	Lainnya
Kelompok Umur (tahun)									
<1	25,0	75,0		0,0					
1-4	40,1	70,7	20,4	1,3	7,6	,0	0,0		1,3
5-14	42,7	70,3	29,4	1,3	18,1	3,6	0,0		
15-24	50,7	62,4	35,0	2,3	16,7	3,1	0,5	0,8	0,0
25-34	44,3	54,2	32,6	3,4	20,5	6,1	0,8		
35-44	50,0	50,0	39,8	4,3	16,7	4,8	0,0		0,5
45-54	39,3	43,9	29,5	2,3	27,2	4,0	0,0	1,2	1,2
55-64	54,1	51,0	31,6	2,0	18,4	6,1		1,0	
65-74	46,4	39,3	33,9	3,6	40,4	5,4	3,6	1,8	
75+	61,5	20,5	20,5	7,7	33,3	5,3	2,6		
Jenis Kelamin									
Laki-Laki	46,5	63,8	31,3	2,3	16,9	5,1	0,5	0,5	0,1
Perempuan	44,8	53,1	31,1	2,5	21,4	2,5	0,2	0,1	0,6
Pendidikan									
Tdk Sekolah	48,0	45,2	32,7	3,6	28,8	4,4	1,2	0,4	0,8
Tdk Tamat Sd	53,2	51,7	31,0	2,8	18,4	4,9		0,9	
Tamat Sd	42,7	57,7	35,4	2,3	17,2	4,7	0,5		0,0
Tamat Smp	43,0	60,1	32,6	2,1	17,9	3,8		0,0	0,3
Tamat Sma	48,8	64,2	30,2	4,7	20,3	3,8	0,9	0,9	0,5
Tamat Pt	40,0	65,7	34,3	2,9	11,4	8,8			
Pekerjaan									
Tidak Kerja	41,5	59,5	30,2	2,4	20,0	5,8	2,0	0,0	0,0
Sekolah	47,8	67,2	31,3	2,0	17,5	3,2			
Ibu Rt	38,0	44,6	28,9	1,7	22,3	5,8	0,8		0,0
Pegawai	41,1	62,5	32,7	3,6	16,1	8,9	0,0	1,8	
Wiraswasta	43,8	57,7	31,4	2,9	21,9	5,1	0,0	0,0	
Tani/Nel/Burh	49,4	47,5	35,8	3,9	22,0	4,1	0,4	0,8	0,6
Lainnya	63,3	51,7	36,7	1,7	10,0	6,7		1,7	
Tempat tinggal									
Kota	42,0	59,7	33,1	3,3	20,6	4,3	0,1	0,3	0,4
Desa	48,4	58,9	29,8	1,7	17,5	3,8	0,5	0,4	0,3
Tingkat pengeluaran perkapita									
Kuintil-1	48,7	62,4	28,6	2,0	15,7	4,7			
Kuintil-2	45,5	53,1	31,7	2,1	19,7	3,7	0,7	0,7	0,0
Kuintil-3	42,7	60,4	32,1	1,4	23,2	6,0	0,3	0,5	0,5
Kuintil-4	48,3	62,0	32,4	3,4	20,3	3,7	0,0	0,5	0,7
Kuintil-5	43,8	59,6	31,0	3,0	14,7	2,2	1,1		

Menurut karakteristik responden, terdapat pola tertentu untuk beberapa jenis cedera, misalnya luka bakar dan terkilir, cenderung meningkat seiring dengan penambahan umur. Hal sebaliknya terjadi pada luka lecet. Laki-laki umumnya lebih tinggi prevalensinya dibandingkan perempuan kecuali pada terkilir.

Tidak ada pola tertentu menurut jenis pekerjaan, pendidikan dan tingkat ekonomi. Penduduk desa umumnya lebih banyak mengalami luka bakar, luka lecet, terkilir dan patah tulang dibanding penduduk kota.

V. PERILAKU

5.1. Perilaku Merokok

Tabel 5.1.1

Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Lombok Barat	23,0	5,9	2,5	68,6
Lombok Tengah	27,5	5,7	1,8	65,0
Lombok Timur	26,9	3,7	1,3	68,1
Sumbawa	27,7	2,7	2,5	67,0
Dompu	22,3	4,2	1,3	72,2
Bima	23,4	5,9	1,6	69,2
Sumbawa Barat	25,4	6,1	2,4	66,0
Kota Mataram	22,4	5,9	2,5	69,2
Kota Bima	20,9	3,8	2,2	73,2
NTB	25,2	4,9	1,9	68,0

Di Provinsi NTB lebih dari 50% penduduknya tidak merokok. Proporsi penduduk di atas 10 tahun yang merokok tiap hari, tertinggi ada di Kabupaten Sumbawa dan terendah di Kota Bima.(20,9%). Proporsi tertinggi penduduk tidak merokok ada di Kabupaten Dompu.

Tabel 5.1.2

Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Kelompok umur (tahun)				
10-14	0,7	1,5	0,2	97,5
15-24	18,7	6,4	0,7	74,2
25-34	31,0	5,4	1,4	62,2
35-44	32,3	5,5	2,0	60,3
45-54	34,2	4,1	2,6	59,1
55-64	39,2	5,3	3,7	51,8
65-74	33,2	4,7	7,2	55,0
75+	33,7	5,7	7,8	52,7
Jenis kelamin				
Laki	50,5	9,3	3,7	36,5
Perempuan	3,3	1,1	0,3	95,3
Pendidikan				
Tidak sekolah	29,6	3,9	2,3	64,2
Tidak tamat sd	22,0	3,9	1,8	72,3
Tamat SD	21,4	4,0	1,2	73,4
Tamat SMP	25,5	5,6	1,7	67,1
Tamat SMA	30,4	7,7	2,4	59,5
Tamat PT	29,4	7,2	4,3	59,1
Pekerjaan				
Tidak kerja	16,9	5,5	2,5	75,1
Sekolah	5,0	4,0	0,5	90,5
Ibu rumah tangga	3,2	1,0	0,2	95,6
Pegawai	36,9	7,9	4,9	50,4
Wiraswasta	35,7	5,2	2,1	57,0
Petani/nelayan/buruh	43,7	6,3	2,5	47,5
Lainnya	38,3	5,8	3,9	51,9
Tempat tinggal				
Kota	25,5	4,7	2,0	67,9
Desa	25,1	5,0	1,9	68,1
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil-1	24,4	4,7	1,5	69,5
Kuintil-2	25,5	5,0	1,8	67,7
Kuintil-3	25,9	4,7	1,6	67,9
Kuintil-4	24,9	5,2	1,9	68,0
Kuintil-5	25,3	4,8	2,8	67,0

Berdasarkan tabel ini diketahui bahwa persentase tertinggi perokok setiap hari pada kelompok usia 55 - 64 tahun (39.2%). Secara garis besar proporsi pria perokok saat ini lebih besar dibandingkan wanita. Di provinsi NTB, persentase perokok tiap hari berdasarkan pendidikan, tertinggi pada pendidikan tamat SMA

(30.4%), diikuti oleh tidak sekolah dan tamat SMA+ (29.6% dan 29.4%). Proporsi antara penduduk desa dan kota hampir sama begitu juga berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita

Tabel 5.1.3
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Perokok saat ini	
	%	Rerata jumlah batang rokok /hari
Lombok Barat	28,9	7,98
Lombok Tengah	33,2	10,18
Lombok Timur	30,6	9,19
Sumbawa	30,4	9,89
Dompu	26,5	11,23
Bima	29,3	9,79
Sumbawa Barat	31,6	10,69
Kota Mataram	28,3	8,29
Kota Bima	24,6	11,12
NTB	30,1	9,40

Walaupun menurut Kabupaten/Kota, prevalensi perokok setiap hari paling tinggi di Kab, tetapi rerpaten Sumbawa, namun rerata jumlah batang rokok per hari paling banyak terdapat ei Kabupaten Dompu yaitu lebih dari 11 batang per hari.

Tabel 5.1.4
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Perokok Saat Ini
-------------------------	------------------

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

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

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

Tabel 5.1.5
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

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

Tabel 5.1.6
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Rerata batang rokok perhari				
	≥ 49 btg	37-48 btg	25-36 btg	13-24 btg	1-12 btg
Kelompok umur					

(tahun)					
10-14	0,0	0,0	0,0	3,6	96,4
15-24	0,0	0,0	0,3	7,4	92,3
25-34	0,0	0,1	1,7	13,5	84,7
35-44	0,0	0,3	2,2	13,4	84,1
45-54	0,0	0,4	2,8	12,6	84,3
55-64	0,3	0,0	1,6	13,1	84,9
65-74	0,7	0,7	0,7	9,8	88,1
75+	0,0	0,0	0,0	12,6	87,4
Pendidikan					
Tidak sekolah	0,2	0,4	1,8	13,1	84,4
Tidak tamat SD	0,0	0,0	1,9	13,4	84,6
Tamat SD	0,0	0,0	1,9	10,0	88,1
Tamat SMP	0,0	0,3	0,7	11,1	87,9
Tamat SMA	0,2	0,0	1,2	10,9	87,7
Tamat SMA +	0,0	0,4	1,9	14,0	83,7
Pekerjaan					
Tidak kerja	0	0,4	1,4	6,2	92,0
Sekolah	0	0	0,7	3,0	96,4
Ibu rumah tangga	0	0	0	8,9	91,1
Pegawai	0	0,2	2,3	16,2	81,2
Wiraswasta	0	0,1	2,1	13,4	84,4
Petani/nelayan/buruh	0,1	0,2	1,6	12,6	85,5
Lainnya	0	0	0,4	12,8	86,8
Tempat tinggal					
Kota	0,0	0,1	1,1	11,3	87,5
Desa	0,1	0,3	1,8	12,1	85,7
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil-1	0,0	0,0	1,6	8,2	90,2
Kuintil-2	0,2	0,1	0,9	10,7	88,1
Kuintil-3	0,0	0,3	1,9	12,4	85,4
Kuintil-4	0,2	0,2	1,6	12,6	85,4
Kuintil-5	0,0	0,3	1,9	14,3	83,6

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

Tabel 5.1.7
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Risesdas 2007

Kabupaten/Kota	Usia mulai merokok tiap hari						Tidak
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	>=30	

						th	tahu
Lombok Barat	0	11,9	39,9	14,9	3,9	2,2	27,3
Lombok Tengah	0,2	9,9	32,2	7,9	2,4	2,4	44,9
Lombok Timur	0,2	18,1	38,4	8,2	2,8	1,8	30,5
Sumbawa	0	4,8	45,7	21,1	1,8	,2	26,2
Dompu	0	5,3	32,4	19,4	5,3	2,9	34,7
Bima	0	8,1	46,5	20,6	6,4	3,3	15,0
Sumbawa Barat	0	8,5	34,0	13,8	2,1	1,1	40,4
Kota Mataram	0,3	14,3	52,5	15,2	2,5	0,9	14,3
Kota Bima	0	7,5	49,1	17,0	3,8	1,9	20,8
NTB	0,1	11,8	39,8	13,0	3,2	1,9	30,2

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

Tabel 5.1.8
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Usia mulai merokok tiap hari						tidak tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	>=30 th	
Kelompok umur (tahun)							
10-14	0	64,7	17,6	0	0	0	17,6
15-24	0,7	23,3	62,3	3,7	0	0	9,9
25-34	0	11,1	51,4	14,6	3,1	0,1	19,7
35-44	0	9,9	37,3	18,9	4,2	1,8	27,9
45-54	0	7,6	27,5	14,8	3,8	3,8	42,5
55-64	0	7,8	23,5	13,2	5,0	2,8	47,6
65-74	0	8,5	16,5	10,5	4,0	6,0	54,4
75+	0	3,1	20,2	9,3	2,3	6,2	58,9
Jenis kelamin							
Laki	0,1	12,4	41,7	13,4	3,0	1,3	28,1
Perempuan	0	3,1	13,8	7,6	5,2	10,7	59,5
Pendidikan							
Tidak sekolah	0	8,0	22,8	9,8	3,2	4,1	52,1
Tidak tamat SD	0	11,7	31,9	12,2	2,5	2,9	38,8
Tamat SD	0	14,1	39,2	13,6	3,6	1,3	28,2
Tamat SMP	0,7	17,4	48,7	11,7	2,5	0,6	18,5
Tamat SMA	0	9,7	57,0	14,9	2,3	0,4	15,7
Tamat SMA +	0	4,8	48,3	23,7	9,2	2,4	11,6
Pekerjaan							
Tidak kerja	0,6	12,2	40,3	8,0	1,7	2,8	34,5
Sekolah	1,8	28,7	55,0	0,6	1,2	0,6	12,3

Ibu rumah tangga	0	2,7	21,6	8,1	5,4	17,6	44,6
Pegawai	0	6,6	46,3	24,4	6,4	1,4	15,0
Wiraswasta	0	10,3	46,2	13,2	2,4	0,8	27,1
Petani/nelayan/buruh	0	11,7	35,4	13,0	3,0	1,7	35,2
Lainnya	0	15,2	48,6	12,9	5,7	2,4	15,2
Tempat tinggal							
Kota	0,3	14,1	45,2	14,2	2,9	0,7	22,6
Desa	0	10,4	36,4	12,2	3,4	2,7	35,0
Tingkat pengeluaran perkapita							
Kuintil-1	0	13,1	37,4	9,3	2,9	0,7	36,6
Kuintil-2	0	13,1	38,5	12,3	3,3	1,5	31,3
Kuintil-3	0,2	13,0	39,0	13,2	2,0	1,2	31,4
Kuintil-4	0,3	9,4	40,7	12,7	3,2	3,7	29,9
Kuintil-5	0	10,7	43,0	16,8	4,3	2,3	23,0

Tabel ini menunjukkan bahwa penduduk pada kelompok umur 10 – 14 tahun memiliki persentase terbesar (64,7%) dengan usia mulai merokok tiap hari antara 10 – 14 tahun. Penduduk laki yang mulai merokok tiap hari antara 15 – 19 tahun, memiliki persentase tertinggi (40.1%)

Menurut karakteristik pendidikan tampak bahwa penduduk yang hanya tamat SMP paling muda usianya saat mulai merokok setiap hari, begitu pula dengan jenis pekerjaan sekolah.

Penduduk kota cenderung lebih muda usianya mulai merokok setiap hari dibanding penduduk desa. Penduduk dengan tingkat pengeluaran lebih rendah juga cenderung lebih banyak yang merokok pada usia di bawah 15 tahun

Tabel 5.1.9
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Usia pertama kali merokok						Tidak tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	>=30 th	
Lombok Barat	0,9	12,6	31,4	9,8	3,1	2,0	40,1
Lombok Tengah	0,6	13,0	29,0	7,5	2,1	1,9	46,0
Lombok Timur	1,8	15,0	34,4	6,8	2,9	1,9	37,1
Sumbawa	0,4	4,4	39,4	16,8	1,4	0,2	37,5
Dompu	0,0	7,6	29,9	14,2	1,9	0,9	45,5
Bima	0,6	6,9	36,8	19,5	4,8	4,2	27,2
Sumbawa Barat	0,8	5,5	25,2	11,8	2,4	0,8	53,5
Kota Mataram	1,1	13,3	42,4	9,9	2,5	1,4	29,3
Kota Bima	0,7	6,6	43,4	12,5	2,9	2,2	31,6

NTB	1,0	11,5	33,9	10,4	2,7	1,9	38,6
------------	------------	-------------	-------------	-------------	------------	------------	-------------

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

Tabel 5.1.10
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Umur Pertama Kali Merokok dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Usia pertama kali merokok/kunyah tembakau						Tidak tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	>=30 th	
Kelompok umur (tahun)							
10-14	11,7	58,3	5,0	0	0	0	25,0
15-24	1,0	21,0	55,2	4,6	0	0	18,3
25-34	1,1	12,3	41,7	11,7	2,4	0,2	30,5
35-44	0,8	9,3	31,3	14,4	4,0	2,5	37,8
45-54	0,7	6,7	24,7	11,5	3,5	3,3	49,6
55-64	1,1	7,4	20,0	10,6	4,4	2,9	53,6
65-74	0,9	4,7	13,6	10,4	3,3	4,4	62,7
75+	0,0	1,7	18,9	8,9	1,1	4,4	65,0
Jenis Kelamin							
Laki	1,0	12,2	35,7	10,7	2,6	1,2	36,5
Perempuan	0,5	3,5	12,7	6,6	3,5	9,4	63,7
Pendidikan							
Tidak sekolah	1,4	6,5	18,3	7,9	2,8	3,3	59,8
Tidak tamat SD	0,8	11,7	25,7	9,1	2,5	2,5	47,7
Tamat SD	1,2	15,0	30,9	9,6	2,8	1,5	39,0
Tamat SMP	0,6	15,4	46,9	8,7	1,9	,6	25,7
Tamat SMA	1,1	10,1	46,9	14,0	2,1	1,3	24,3
Tamat SMA +	0,3	5,9	42,7	20,1	6,6	1,7	22,6
Pekerjaan							
Tidak kerja	1,9	9,7	34,1	7,1	1,5	2,8	43,0
Sekolah	3,1	24,6	46,8	1,5	,6	,3	23,1

Ibu rumah tangga	,0	3,7	15,7	7,4	3,7	15,7	53,7
Pegawai	,2	7,6	42,3	19,6	4,9	1,2	24,1
Wiraswasta	1,3	10,4	36,5	10,4	2,9	1,1	37,2
Petani/nelayan/buruh	,7	11,5	29,9	10,3	2,6	1,6	43,3
Lainnya	,4	12,9	40,3	14,4	2,7	1,9	27,4
Tempat tinggal							
Kota	1,5	12,7	38,6	10,9	2,7	1,2	32,4
Desa	0,7	10,7	30,9	10,1	2,7	2,3	42,6
Tingkat pengeluaran perkapita							
Kuintil-1	1,1	11,7	31,6	8,4	2,1	0,7	44,4
Kuintil-2	0,4	11,5	33,6	9,6	2,9	0,9	41,0
Kuintil-3	1,7	13,9	32,4	9,8	1,5	1,8	39,1
Kuintil-4	1,1	9,2	34,3	10,3	3,1	2,7	39,4
Kuintil-5	0,8	11,4	37,0	13,5	3,7	2,8	30,9

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

Tabel 5.1.11
Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

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

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

Tabel 5.1.12

Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Lombok Barat	65,7	11,2	8,0	53,9	0,2	0,2	9,5	0,4
Lombok Tengah	54,4	17,2	22,1	64,6	2,0	2,0	13,6	0,8
Lombok Timur	55,3	14,0	25,4	58,7	2,7	2,5	9,2	0,2
Sumbawa	67,2	25,3	14,6	32,8	2,3	0,2	2,3	0,2
Dompu	71,6	16,4	10,4	26,9	0,0	0,0	4,0	0,5
Bima	55,3	25,1	9,9	20,5	0,4	0,7	9,7	1,3
Sumbawa Barat	62,7	23,7	32,5	25,4	0,0	0,0	3,4	0,8
Kota Mataram	69,4	13,0	34,6	18,1	0,0	0,2	3,2	0,5
Kota Bima	71,0	28,2	23,4	8,1	0,0	0,0	2,4	0,0
NTB	60,4	16,9	19,4	46,7	1,4	1,2	8,6	0,5

Jenis rokok kretek dengan filter lebih banyak dipilih di provinsi NTB, Namun beberapa kabupaten seperti Lombok Tengah dan Lombok Timur, penduduknya lebih memilih rokok lnting daripada rokok filter

Tabel 5.1.13
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskedas 2007

Karakteristik responden	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Kelompok umur (tahun)								
10-14	75,9	16,4	7,3	35,2	1,8	0,0	5,6	0,0
15-24	78,5	17,9	29,9	30,5	1,2	1,3	1,5	0,4
25-34	73,5	17,9	21,7	40,0	1,2	1,5	3,7	0,3
35-44	68,4	17,7	18,4	47,4	2,2	1,3	4,4	0,1
45-54	48,7	18,3	16,0	57,6	1,3	0,9	10,0	0,4
55-64	35,9	13,8	13,1	63,4	1,1	1,1	19,0	0,3
65-74	21,1	13,0	10,9	56,3	2,1	1,8	28,1	3,5
75+	16,7	8,6	3,3	57,3	0,0	0,7	35,8	1,3
Jenis Kelamin								
Laki	63,7	17,9	20,3	49,2	1,5	1,2	3,7	0,4
Perempuan	12,5	4,6	8,6	16,2	0,5	1,0	67,0	2,3
Pendidikan								

Tidak sekolah	28,8	11,8	10,9	63,6	1,0	1,0	26,0	1,3
Tidak tamat SD	51,0	15,5	14,3	61,6	2,6	1,9	9,8	0,4
Tamat SD	65,7	17,6	19,1	52,1	1,2	0,9	4,5	0,5
Tamat SMP	72,6	20,0	22,9	38,8	1,3	1,0	2,6	0,2
Tamat SMA	79,0	19,6	27,9	23,6	1,5	1,6	2,8	0,2
Tamat SMA +	78,3	16,3	28,3	15,1	0	0	0,4	0,4
Pekerjaan								
Tidak kerja	55,5	15,7	20,0	38,8	0,8	0,4	18,4	0,8
Sekolah	70,2	15,7	32,0	26,2	3,3	2,6	4,6	0,0
Ibu rumah tangga	33,7	5,0	15,8	20,8	4,0	2,0	50,5	2,0
Pegawai	82,6	15,8	25,4	13,0	0,2	0,0	2,1	0,2
Wiraswasta	74,5	22,7	31,3	40,3	1,7	2,5	3,9	0,7
Petani/nelayan/buruh	53,0	16,0	14,4	59,2	1,4	1,2	8,1	0,4
Lainnya	71,8	20,3	14,5	34,4	0,8	0	7,9	1,2
Tempat tinggal								
Kota	69,3	16,8	26,5	38,1	1,5	1,7	5,6	0,3
Desa	54,9	16,9	15,0	52,0	1,4	1,0	10,4	0,7
Tingkat pengeluaran perkapita								
Kuintil-1	52,4	16,1	16,8	57,1	0,6	1,1	9,1	0,2
Kuintil-2	55,7	14,7	16,0	52,3	2,3	1,0	9,9	0,8
Kuintil-3	60,4	15,7	19,7	50,9	1,7	1,7	8,0	0,3
Kuintil-4	61,0	19,0	21,7	41,3	1,1	,9	10,3	1,0
Kuintil-5	70,9	18,5	22,2	33,7	1,4	1,5	6,0	0,4

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

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

5.2. Perilaku Penduduk Makan Buah dan Sayur

Riskesdas 2007 mengumpulkan data frekuensi dan porsi asupan sayur dan buah, dengan mengukur jumlah hari dalam seminggu dan jumlah porsi rata-rata

dalam sehari. Penduduk dikategorikan 'cukup' mengkonsumsi sayur dan buah apabila mengkonsumsi sayur dan buah tiap hari dengan perimbangan minimal 5 porsi sayur dan buah selama 7 hari dalam seminggu. Dikategorikan 'kurang' apabila konsumsi sayur dan buah kurang dari ketentuan di atas.

Tabel 5.2.1
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10
tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang makan buah dan sayur*
Lombok Barat	94,7
Lombok Tengah	91,8
Lombok Timur	96,6
Sumbawa	92,7
Dompu	96,6
Bima	75,7
Sumbawa Barat	97,7
Kota Mataram	91,4
Kota Bima	95,9
NTB	92,6

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

Tabel 5.2.2
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10
tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Kurang makan buah dan sayur*
Kelompok Umur (Tahun)	
10-14	93,4
15-24	92,7
25-34	91,6
35-44	90,9
45-54	92,2
55-64	95,2
65-74	94,3
75+	97,3
Jenis Kelamin	
Laki	92,7
Perempuan	92,6
Pendidikan	
Tidak Sekolah	95,4
Tidak tamat SD	93,6
Tamat SD	92,6
Tamat SMP	92,4
Tamat SMA	90,0
Tamat SMA +	88,0
Pekerjaan	
Tidak kerja	94,3
Sekolah	92,9
Ibu rumah tangga	91,2
Pegawai	88,3
Wiraswasta	92,5
Petani/nelayan/buruh	93,3
Lainnya	92,7
Tempat tinggal	
Kota	95,0
Desa	91,1
Tingkat pengeluaran perkapita	
Kuintil-1	93,7
Kuintil-2	94,0
Kuintil-3	92,9
Kuintil-4	91,4
Kuintil-5	91,2

Dari tabel ini dapat diketahui bahwa secara garis besar persentase penduduk yang memiliki kecukupan sayur dan buah sangat kecil. Pada penduduk yang berusia 35-44 tahun memiliki kecukupan sayur dan buah paling baik. Hampir tidak ada perbedaan pada jenis kelamin. Umumnya semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin kecil prevalensi kurang makan buah dan sayur hal yang

sama dapat dilihat sejalan dengan meningkatnya status ekonomi keluarga, sedangkan jenis pekerjaan pegawai memiliki tingkat kecukupan yang paling baik. Penduduk desa umumnya lebih banyak makan sayur dan buah dibanding penduduk kota.

5.3. Alkohol

Tabel 5.3.1
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah mengkonsumsi alkohol 12 Bulan terakhir	Masih mengkonsumsi alkohol 1 Bulan terakhir
Lombok Barat	1.6	1.1
Lombok Tengah	2.1	1.1
Lombok Timur	1.2	0.5
Sumbawa	0.7	0.4
Dompu	1.4	0.8
Bima	1.9	0.8
Sumbawa Barat	1.6	1.1
Kota Mataram	7.0	5.1
Kota Bima	2.4	1.4
NTB	2.0	1.2

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

Tabel 5.3.2
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir
menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Pernah mengkonsumsi alkohol 12 Bulan terakhir	Masih mengkonsumsi alkohol 1 Bulan terakhir
Kelompok umur (tahun)		
10-14	0,4	0,2
15-24	3,0	1,8
25-34	3,0	1,9
35-44	2,2	1,1
45-54	1,5	0,9
55-64	1,4	0,8
65-74	0,8	0,4
75+	0,3	0,0
Jenis Kelamin		
Laki	4,0	2,4
Perempuan	0,3	0,1
Pendidikan		
Tidak sekolah	0,9	0,6
Tidak tamat SD	1,2	0,8
Tamat SD	1,6	1,0
Tamat SMP	2,7	1,5
Tamat SMA	4,1	2,2
Tamat SMA +	3,1	1,9
Pekerjaan		
Tidak kerja	1,8	1,2
Sekolah	0,9	0,4
Ibu rumah tangga	0,6	0,3
Pegawai	4,9	3,3
Wiraswasta	3,7	2,1
Petani/nelayan/buruh	2,3	1,3
Lainnya	2,9	1,9
Tempat tinggal		
Kota	2,9	1,8
Desa	1,5	0,8
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	1,4	1,0
Kuintil-2	2,1	1,4
Kuintil-3	2,0	1,0
Kuintil-4	2,5	1,2
Kuintil-5	2,0	1,2

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

5.4. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik secara teratur bermanfaat dalam mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Mengukur tingkat aktivitas fisik seseorang di masyarakat bukan pekerjaan yang mudah. Pada Riskesdas 2007 dikumpulkan data frekuensi beraktivitas fisik dalam seminggu terakhir untuk penduduk 10 tahun ke atas. Kegiatan aktivitas fisik dikategorikan cukup apabila kegiatan dilakukan terus menerus sekurangnya 10 menit dalam 1 kegiatan tanpa henti, dan secara kumulatif 150 menit selama 5 hari dalam 1 minggu. Selain frekuensi dilakukan pula pengumpulan data intensitas, yaitu dengan mengumpulkan data tentang jumlah hari melakukan aktivitas 'berat', 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit aktivitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktivitas yang dilakukan, dimana aktivitas diberi pembobotan, masing-masing untuk aktivitas berat 4 kali, aktivitas sedang 2 kali terhadap aktivitas ringan atau jalan santai.

Tabel 5.4.1
Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik * Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Kurang aktivitas fisik
Lombok Barat	40,1
Lombok Tengah	40,1
Lombok Timur	48,1

Sumbawa	37,1
Dompu	46,8
Bima	34,0
Sumbawa Barat	45,9
Kota Mataram	52,7
Kota Bima	38,2
NTB	42,7

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

Hasil Riskesdas menunjukkan hampir setengah penduduk Provinsi NTB (42,7%) kurang aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi di Kota Mataram dan Kabupaten Dompu.

Tabel 5.4.2
Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 tahun ke Atas menurut
Karakteristik responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Kurang aktivitas fisik
Kelompok umur (tahun)	
10-14	52,6
15-24	29,0
25-34	15,1
35-44	14,4
45-54	18,4
55-64	25,8
65-74	46,1
75+	63,4
Jenis Kelamin	
Laki	41,6
Perempuan	43,6
Pendidikan	
Tidak sekolah	27,6
Tidak tamat SD	31,2
Tamat SD	26,2
Tamat SMP	26,3
Tamat SMA	23,8
Tamat PT	30,8
Pekerjaan	
Tidak kerja	46,8
Sekolah	46,6
Ibu rumah tangga	20,4
Pegawai	31,0
Wiraswasta	24,8
Petani/nelayan/buruh	14,2

Lainnya	28,3
Tempat tinggal	
Kota	46,1
Desa	40,6
Tingkat pengeluaran perkapita	
Kuintil-1	28,7
Kuintil-2	25,3
Kuintil-3	26,2
Kuintil-4	26,4
Kuintil-5	30,5

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

5.5. Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung

Tabel 5.5.1
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Kabupaten/kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah mendengar tentang flu burung	Berpengetahuan benar tentang flu burung*	Bersikap benar tentang flu burung**
Lombok Barat	46,5	37,9	42,8
Lombok Tengah	53,3	40,6	50,6
Lombok Timur	44,8	35,3	39,7
Sumbawa	64,6	56,1	58,0
Dompu	47,8	30,6	37,9
Bima	37,0	21,4	32,0
Sumbawa Barat	58,8	50,8	53,5
Kota Mataram	82,0	73,0	76,5
Kota Bima	69,4	60,1	66,3
NTB	52,3	41,6	47,6

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

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

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

Tabel 5.5.2
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Pernah mendengar tentang flu burung	Berpengetahuan benar tentang flu burung	Bersikap benar tentang flu burung
Kelompok umur (tahun)			
10-14	46,7	35,7	40,1
15-24	70,5	58,6	65,9
25-34	62,9	51,4	57,9
35-44	57,0	45,2	51,9
45-54	39,9	30,0	35,4
55-64	27,8	19,2	24,7
65-74	15,4	9,9	13,8
75+	7,8	5,2	6,8
Jenis Kelamin			
Laki	57,7	48,0	53,0
Perempuan	47,6	36,2	42,9
Pendidikan			
Tidak sekolah	16,7	9,5	14,3
Tidak tamat SD	34,8	25,3	29,9
Tamat SD	53,3	40,9	47,2
Tamat SMP	71,5	58,7	66,5
Tamat SMA	83,5	71,9	78,9
Tamat SMA +	94,2	87,1	91,1
Tempat tinggal			
Kota	64,5	43,4	47,6
Desa	44,8	26,5	31,5
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	39,2	30,0	34,2
Kuintil-2	46,0	34,5	40,8
Kuintil-3	51,6	40,1	46,4
Kuintil-4	55,9	44,6	51,5
Kuintil-5	66,6	56,9	62,8

Menurut karakteristik responden, tampak bahwa sebaran tertinggi untuk pengetahuan dan sikap yang benar pada kelompok umur 15-24 tahun, jenis kelamin laki-laki dan tempat tinggal di kota. Tingginya tingkat pengetahuan dan sikap yang benar tentang flu burung sejalan dengan tingginya tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran rumah tangga.

5.6. Pengetahuan dan Sikap terhadap HIV/AIDS

Tabel 5.6.1
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang
HIV/AIDS dan Kabupaten/kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar tentang penularan	Berpengetahuan benar tentang pencegahan
Lombok Barat	29,8	23,8	13,6
Lombok Tengah	29,4	23,5	13,4
Lombok Timur	27,7	21,8	7,2
Sumbawa	40,9	31,9	18,3
Dompu	29,4	21,6	7,5
Bima	19,1	14,8	6,2
Sumbawa Barat	45,5	35,6	20,3
Kota Mataram	70,8	57,8	40,8
Kota Bima	57,1	45,9	22,5
NTB	33,9	26,8	14,1

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

Tabel 5.6.2
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan
Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar tentang penularan	Berpengetahuan benar tentang pencegahan
Kelompok umur (tahun)			
10-14	16,6	16,6	6,6
15-24	55,0	55,0	28,9
25-34	45,5	45,5	24,8

35-44	38,1	38,1	20,1
45-54	22,7	22,7	13,2
55-64	11,5	11,5	5,7
65-74	5,1	5,1	2,8
75+	3,4	3,4	1,6
Jenis Kelamin			
Laki	39,6	30,8	16,9
Perempuan	29,0	23,2	11,6
Pendidikan			
Tidak sekolah	4,9	4,9	1,7
Tidak tamat SD	12,6	12,6	4,7
Tamat SD	28,7	28,7	13,3
Tamat SMP	52,3	52,3	26,0
Tamat SMA	72,0	72,0	42,6
Tamat SMA +	89,3	89,3	62,1
Tempat tinggal			
Kota	47,5	37,7	22,0
Desa	25,6	20,1	9,3
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	21,1	15,3	6,7
Kuintil-2	27,6	21,5	9,9
Kuintil-3	32,0	25,2	12,2
Kuintil-4	36,7	30,0	16,2
Kuintil-5	50,1	42,0	25,6

Berdasarkan karakteristik responden maka pengetahuan yang tinggi tentang penyakit ini terdapat pada kelompok umur 15-24 tahun, jenis kelamin laki-laki dan tempat tinggal di kota. Tingginya tingkat pengetahuan dan sikap yang benar tentang flu burung sejalan dengan tingginya tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran rumah tangga.

Tabel 5.6.3
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap, Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Merahasiakan	Membicarakan	Konseling dan pengobatan	Pengobatan alternatif	Mengucilkan
Lombok Barat	34,4	67,7	89,4	59,3	7,8
Lombok Tengah	36,7	79,9	91,8	62,7	6,7
Lombok Timur	38,5	74,8	86,3	59,0	6,7

Sumbawa	37,4	56,4	88,0	54,7	4,7
Dompu	12,6	68,2	74,4	53,8	4,5
Bima	21,4	67,5	78,6	54,6	4,4
Sumbawa Barat	54,1	63,5	87,6	60,0	8,8
Kota Mataram	37,9	84,4	96,8	60,1	4,0
Kota Bima	18,4	72,2	86,8	54,2	6,3
NTB	34,8	73,1	89,0	58,7	6,0

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

Tabel 5.6.4
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap, Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

karakteristik responden	Merahasiakan	Membicarakan	Konseling dan pengobatan	Pengobatan alternatif	Mengucilkan
Kelompok umur (tahun)					
10-14	33,1	65,7	79,4	54,5	6,0
15-24	37,2	73,8	89,4	58,4	6,0
25-34	33,5	75,3	90,9	60,6	5,8
35-44	33,0	70,9	89,6	58,2	5,8
45-54	37,7	74,7	88,0	60,3	6,9
55-64	26,8	73,7	91,7	55,8	7,1
65-74	23,7	65,8	84,2	57,9	5,3
75+	23,1	53,8	84,6	53,8	,0
Jenis Kelamin					
Laki	34,5	73,6	89,7	59,5	5,8
Perempuan	35,2	72,5	88,2	57,8	6,2
Pendidikan					
Tidak sekolah	42,5	63,4	82,1	57,5	4,5
Tidak tamat SD	33,8	65,0	80,3	55,5	7,6
Tamat SD	37,4	70,6	86,4	57,3	5,5
Tamat SMP	39,5	70,4	88,4	58,4	6,4
Tamat SMA	31,5	76,9	92,6	61,3	6,1
Tamat SMA +	27,3	81,6	94,0	58,1	4,6
Tempat tinggal					6,7
Kota		74,6	91,6	61,0	5,2

Desa	35,2				
Tingkat pengeluaran perkapita	34,4	71,3	86,1	56,1	
Kuintil-1	40,7	69,7	85,6	59,8	6,3
Kuintil-2	35,9	72,8	85,6	57,0	7,2
Kuintil-3	38,5	71,2	87,9	59,0	4,6
Kuintil-4	34,6	72,4	87,9	57,8	7,4
Kuintil-5	30,1	76,0	93,5	59,7	5,0

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

5.7. Perilaku Higienis

Tabel 5.7.1
Proporsi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar dalam hal BAB	Berperilaku benar cuci tangan dengan sabun
Lombok Barat	54.2	10.7
Lombok Tengah	42.5	8.6
Lombok Timur	54.1	6.2
Sumbawa	74.2	16.9
Dompu	60.0	10.4
Bima	67.9	11.1
Sumbawa Barat	78.6	19.9
Kota Mataram	92.8	22.0
Kota Bima	77.8	20.0
NTB	59.8	11.2

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

Tabel 5.7.2
Proporsi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang
Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Risesdas 2007

Karakteristik Responden	Berperilaku benar dalam hal BAB	Berperilaku benar cuci tangan dengan sabun
Kelompok umur (tahun)		
10-14	56.9	9.9
15-24	60.9	14.4
25-34	61.4	16.5
35-44	64.1	16.9
45-54	57.5	17.6
55-64	56.5	9.0
65-74	57.1	10.5
75+	56.1	6.3
Jenis Kelamin		
Laki	60.8	8.9
Perempuan	59.0	13.3
Pendidikan		
Tidak sekolah	40.5	7.6
Tidak tamat SD	49.6	9.6
Tamat SD	58.4	13.6
Tamat SMP	66.1	15.5
Tamat SMA	83.6	22.5
Tamat PT	92	33.8
Pekerjaan		
Tidak kerja	59.8	13.2
Sekolah	61.7	11.3
Ibu rumah tangga	65.0	20.2
Pegawai	92.1	28.7
Wiraswasta	71.6	19.4
Petani/nelayan/buruh	45.9	9.5
Lainnya	74.1	15.0
Tempat tinggal		
Kota	71.2	15.4
Desa	52.9	8.6
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	41.7	7.0
Kuintil-2	50.1	8.4
Kuintil-3	57.6	9.2
Kuintil-4	65.2	12.7
Kuintil-5	81.5	18.8

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

Tabel 5.7.3
Proporsi Rumah Tangga yang memenuhi kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat

Kabupaten/Kota	Baik	Kurang
Lombok Barat	0,0	100.0
Lombok Tengah	0,0	100,0
Lombok Timur	0,0	100.0
Sumbawa	0,0	100.0
Dompu	0,0	100.0
Bima	27.8	72.2
Sumbawa Barat	0,0	100.0
Kota Mataram	25.0	75.0
Kota Bima	0,0	100.0
NTB	15.8	84.2

VI. AKSES & PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN

6.1. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Tabel 6.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan,*⁾
dan Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jarak ke yankes	Waktu tempuh ke yankes
------------------	------------------------	-------------------------------

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

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

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

Tabel 6.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*), dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tempat Tinggal							
Kota	44,8	53,5	1,7	73,7	22,8	3,4	0,1
Desa	44,9	50,1	5,0	60,3	29,7	7,3	2,8

Tingkat Pengeluaran Perkapita							
Kuintil-1	37,4	55,4	7,2	57,4	29,2	9,9	3,5
Kuintil-2	41,7	54,9	3,4	64,5	28,2	5,7	1,5
Kuintil-3	42,7	54,1	3,3	63,3	30,2	4,8	1,8
Kuintil-4	46,1	50,2	3,7	65,4	27,2	6,0	1,4
Kuintil-5	56,4	42,2	1,4	75,2	20,9	2,9	1,0

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

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

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

Tabel 6.1.3
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh ke Fasilitas Posyandu*), dan Kabupaten/kota Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	< 1 Km	1 - 5 Km	> 5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Lombok Barat	69,1	30,0	0,9	81,1	14,6	4,0	0,3
Lombok Tengah	84,4	15,6	0,0	84,2	13,9	1,6	0,3
Lombok Timur	88,9	11,0	0,1	94,0	5,2	0,8	0,0
Sumbawa	95,9	4,1	0,0	93,0	6,4	0,6	0,0
Dompu	96,7	3,3	0,0	87,7	11,1	1,2	0,0

Bima	92,0	7,2	0,8	94,1	5,3	0,6	0,0
Sumbawa Barat	87,9	12,1	0,0	93,5	6,5	0,0	0,0
Mataram	88,5	11,3	0,2	88,7	10,1	1,2	0,0
Kota Bima	94,1	5,9	0,0	88,3	10,4	1,3	0,0
NTB	85,5	14,1	0,3	88,6	9,7	1,6	0,1

Catatan: Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu, Poskesdes, Polindes

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

Tabel 6.1.4
Persentase rumah tangga menurut jarak dan waktu tempuh ke Fasilitas posyandu^{*)}, dan Karakteristik Rumah Tangga Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumah tangga	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tempat Tinggal							
Kota	44,8	53,5	1,7	73,7	22,8	3,4	0,1
Desa	44,9	50,1	5,0	60,3	29,7	7,3	2,8
Tingkat Pengeluaran Perkapita							
Kuintil-1	37,4	55,4	7,2	57,4	29,2	9,9	3,5
Kuintil-2	41,7	54,9	3,4	64,5	28,2	5,7	1,5
Kuintil-3	42,7	54,1	3,3	63,3	30,2	4,8	1,8
Kuintil-4	46,1	50,2	3,7	65,4	27,2	6,0	1,4
Kuintil-5	56,4	42,2	1,4	75,2	20,9	2,9	1,0

Catatan: Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu, Poskesdes, Polindes

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

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

sebanyak 1,0%. Antara satu kab/kota dengan kab/kota lainnya tidak terlalu berbeda.

Tabel 6.1.5
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan
Posyandu/Poskesdes, Dan Kabupaten/Kota Di Provinsi Nusa Tenggara
Barat Riskesdas 2007

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

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

Tabel 6.1.6
Persentase rumah tangga menurut pemanfaatan
Posyandu/poskesdes, dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Tingkat Pengeluaran Karakteristik Perkapita rumah tangga	Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT		
	Ya	Tidak	Tidak Membutuhkan
Kumtil-1 Tempat Tinggal	39,4	8,0	52,7
Kumtil-2	35,4	7,6	57,0
Kumtil-3	30,8	7,7	61,5
Kumtil-4	29,9	7,7	62,4
Desa	27,6	7,5	64,9
Kumtil-4	28,4	7,0	64,6

Kuintil-5	23,8	6,6	69,7
-----------	------	-----	------

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

Tabel 6.1.7
Persentase jenis pelayanan posyandu/poskesdes Yang diterima Rumah Tangga menurut Kabupaten /kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat. Riskesdas 2007

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

Dari sekian banyak jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang dimanfaatkan RT, penimbangan menempati urutan yang pertama, dan PMT urutan kedua, Imunisasi urutan ketiga sedangkan konsultasi resiko penyakit menempati urutan yang terakhir. Di Kab. Dompu dan Sumbawa, kegiatan konsultasi resiko penyakit dilakukan oleh 20-25% RT yang mendatangi posyandu/poskesdes. Pola tersebut sama dengan rata-rata 33 provinsi di Indonesia.

Tabel 6.1.8
Persentase jenis pelayanan posyandu/poskesdes Yang diterima Rumah Tangga menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat. Riskesdas 2007

Karakteristik Rumahtangga	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
Kota	93,8	33,3	60,0	51,5	26,2	36,0	61,0	44,3	11,3
Desa	94,6	37,2	57,2	43,6	24,5	34,8	58,5	44,3	10,0
Tingkat Pengeluaran Tempat Tinggal									

Kuintil-1	93,5	38,4	63,1	40,4	24,2	29,9	57,9	47,4	7,6
Kuintil-2	94,0	40,1	59,9	46,8	27,1	33,9	62,3	50,0	8,2
Kuintil-3	95,4	37,2	63,4	50,0	25,2	37,5	61,6	45,8	12,2
Kuintil-4	92,7	35,9	48,1	41,3	23,2	35,5	55,8	44,9	10,0
Kuintil-5	95,1	44,4	53,6	59,3	26,0	40,2	58,8	42,9	16,9

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

Tabel 6.1.9
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak
Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dan Kabupaten/Kota
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat. Riskedas 2007

Kabupaten	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	letak jauh	tdk ada posyandu	layanan tdk lengkap
Lombok Barat	3,9	0,4	7,8
Lombok Tengah	3,5	0,0	2,3
Lombok Timur	0,8	0,6	10,4
Sumbawa	1,7	3,3	10,0
Dompu	2,8	0,7	7,0
Bima	7,3	1,6	7,3
Sumbawa Barat	5,3	2,7	2,7
Mataram	0,9	1,2	5,0
Kota Bima	0,0	2,1	8,2
NTB	2,7	0,9	7,1

Sebagian besar RT di NTB tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes dikarenakan layanannya tidak lengkap. Di Kab. Sumbawa Barat dan Lombok Tengah, RT tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes dikarenakan letak jauh. Satu hal yang harus menjadi perhatian adalah masih ada RT yang tidak tahu ada posyandu atau memang di daerahnya tidak ada posyandu, yakni sebesar 0,9% RT. Di Lombok Tengah, tidak ada RT yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes karena alasan tidak ada posyandu

Tabel 6.1.10
Persentase rumah tangga menurut alasan tidak
Memanfaatkan posyandu/poskesdes dan Karakteristik Rumah Tangga
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	letak jauh	tdk ada posyandu	layanan tdk lengkap
Tempat Tinggal			
Kota	1,1	0,7	9,3
Desa	3,7	1,0	5,9
Tingkat Pengeluaran Perkapita			
Kuintil-1	5,3	1,2	6,7
Kuintil-2	3,1	0,5	8,2
Kuintil-3	2,1	1,0	7,8
Kuintil-4	1,9	1,4	6,6
Kuintil-5	1,6	0,5	6,6

Di NTB, alasan tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes karena letak jauh banyak ditemukan pada RT Desa dibandingkan Kota, sedangkan alasan RT Kota tidak memanfaatkan karena layanannya tidak lengkap. RT miskin yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes sebagian besar dikarenakan lokasinya yang jauh, sedangkan RT kaya sebagian besar beralasan layanannya yang tidak lengkap. Pola tersebut tampaknya sama dengan alasan yang dikemukakan RT di 33 provinsi

Tabel 6.1.11
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan
Polindes/Bidan Desa dan Kabupaten/Kota Di Provinsi Nusa Tenggara Barat,
Riskesdas 2007

	Ya	Tidak	Tidak Membutuhkan
Lombok Barat	9,9	15,8	74,3
Kabupaten Kota	19,3	9,1	71,7
Lombok Tengah			

Lombok Timur	16,2	10,9	72,9
Sumbawa	15,3	16,7	68,0
Dompu	35,8	13,2	51,0
Bima	23,3	16,8	59,9
Sumbawa Barat	19,4	25,0	55,6
Mataram	9,9	15,4	74,7
Kota Bima	17,0	9,2	73,9
NTB	15,8	13,2	71,0

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

Tabel 6.1.12
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan
Polindes/Bidan Desa dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Pemanfaatan polindes/bidan oleh rumahtangga		
	Ya	Tidak	Tidak Membutuhkan
Tempat Tinggal			
Kota	14,0	13,0	73,0
Desa	16,8	13,3	69,9
Tingkat Pengeluaran Perkapita			
Kuintil-1	17,2	14,7	68,1
Kuintil-2	19,0	13,5	67,5
Kuintil-3	17,8	10,0	72,2
Kuintil-4	13,7	13,6	72,7
Kuintil-5	11,4	14,1	74,5

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

Tabel 6.1.12

**Persentase jenis pelayanan Polindes/Bidan Desa Yang diterima Rumah
Tangga menurut Kabupaten /kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat.
Riskesdas 2007**

Kabupaten/kota	Pemeriksaan kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan ibu nifas	Pemeriksaan neonatus	Pemeriksaan bayi/balita	Pengobatan
Lombok Barat	100,0	22,2	0	0	61,2	49,5
Lombok Tengah	100,0	40,0	40,0	60,0	44,3	70,1
Lombok Timur	100,0	66,7	22,2	11,1	46,3	69,5
Sumbawa	84,6	0	0	0	26,7	86,3
Dompu	100,0	50,0	33,3	50,0	68,1	90,8
Bima	46,2	0	0	0	54,8	74,3
Sumbawa Barat	100,0	0	0	0	66,7	87,5
Mataram	90,0	25,0	25,0	33,3	60,0	58,1
Kota Bima	100,0	0	0	0	30,8	84,6
NTB	92,2	40,9	17,8	16,3	49,9	71,8

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

Tabel 6.1.12
**Persentase jenis pelayanan Polindes/Bidan Desa Yang Diterima Rumah
Tangga menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara
Barat. Riskesdas 2007**

Karakteristik Rumah Tangga	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Desa	87,7	45,5	20,6	20,6	45,0	75,7
Kota	96,4	27,3	9,1	10,0	59,9	63,5

Kuintil-2	90,5	40,0		10,0	51,3	74,0
Kuintil-3	91,3	37,5	12,5	37,5	49,6	77,0
Kuintil-4	94,1	25,0	25,0	25,0	38,6	67,7
Kuintil-5	89,5	75,0	50,0	25,0	54,7	63,6

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

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

Tabel 6.1.13
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak
Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Dan Kabupaten/kota
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Alasan tidak memanfaatkan polindes/bidan desa			
	Letak jauh	Tdk ada polindes/bidan	Layanan tdk lengkap	Lainnya
Lombok Barat	23,8	24,4	22,0	29,8
Lombok Tengah	36,5	36,5	1,9	25,0
Lombok Timur	7,5	18,2	18,9	55,3
Sumbawa	4,7	43,0	14,0	38,4
Dompu	18,2	15,2		66,7
Bima	17,3	22,2	33,3	27,2
Sumbawa Barat	25,8	25,8	9,7	38,7

Mataram	25,0	26,5	7,4	41,2
Kota Bima	7,1	14,3	28,6	50,0
NTB	18,8	26,3	16,1	38,7

Alasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan di NTB karena jaraknya jauh cukup tinggi (18,8%) dan cukup bervariasi pada masing-masing Kab/kota namun masih dibawah 30% RT, kecuali di Kab. Lombok Tengah (36,5%). Tetapi alasan tidak adanya bidan/polindes cukup tinggi (26.3% RT) terutama di Lombok Tengah (36,5% RT), Sumbawa (43%) dan Mataram (26,5% RT). Alasan layanan tidak lengkap banyak disampaikan oleh RT di Kab. Bima, Kota Bima dan Kab. Lombok Barat.

Tabel 6.1.13
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak
Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Dan Karakteristik Rumah Tangga
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Alasan Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan Desa			
	Letak jauh	Tdk ada polindes/bidan	Layanan tdk lengkap	Lainnya
Tempat Tinggal				
Kota	10,9	26,6	18,0	44,6
Desa	23,3	26,2	15,1	35,4
Tingkat Pengeluaran Perkapita				
Kuintil-1	24,7	31,9	11,4	31,9
Kuintil-2	22,2	27,5	15,7	34,6
Kuintil-3	15,9	30,1	13,3	40,7
Kuintil-4	19,6	23,5	17,0	39,9
Kuintil-5	10,7	19,5	22,6	47,2

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

Alasan tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa di NTB karena letak jauh banyak disampaikan oleh RT miskin, demikian pula untuk alasan tidak ada polindes/bidan di desa, tetapi alasan layanan polindes/bidan di desa tidak

lengkap banyak disampaikan oleh RT Kota. Untuk itu akses layanan polindes/bidan di desa bagi RT miskin harus ditingkatkan, dan melengkapi layanan di polindes/bidan di desa dilakukan agar kelompok RT kaya mau memanfaatkannya

Tabel 6.1.14
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa (POD)/
Warung Obat Desa (WOD) Dan Kabupaten/kota
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Pemanfaatan POD/WOD oleh rumah tangga		
	Ya	Tidak	Tidak Butuh
Lombok Barat	0,5	86,3	13,3
Lombok Tengah	1,0	93,8	5,2
Lombok Timur	0,1	90,5	9,3
Sumbawa	22,5	73,0	4,5
Dompu	18,1	74,9	7,0
Bima	0,2	90,2	9,6
Sumbawa Barat	17,7	70,2	12,1
Mataram	1,2	80,2	18,7
Kota Bima	0,7	88,9	10,5
NTB	3,7	86,8	9,5

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

Tabel 6.1.15
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa (POD)/

**Warung Obat Desa (WOD) Dan Karakteristik Runah Tangga
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumahtangga	Pemanfaatan POD/WOD oleh rumah tangga		
	Ya	Tidak	Tidak Butuh
Tempat Tinggal			
Kota	1,8	86,0	12,3
Desa	4,8	87,3	7,9
Tingkat Pengeluaran Perkapita			
Kuintil-1	3,7	89,1	7,2
Kuintil-2	4,4	87,2	8,4
Kuintil-3	3,6	88,2	8,1
Kuintil-4	4,0	86,2	9,8
Kuintil-5	2,7	83,3	14,1

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

**Tabel 6.1.13
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak
Memanfaatkan POD/WOD Dan Kabupaten/Kota
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/kota	Alasan tidak memanfaatkan POD/WOD rumahtangga			
	lokasi jauh	tdk ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	lainnya
Lombok Barat		98,8		1,2
Lombok Tengah	0,9	97,3	1,4	0,4
Lombok Timur	0,2	98,6	0,2	1,1
Sumbawa	0,5	96,3	1,6	1,6
Dompu	3,3	94,0		2,7
Bima	0,5	87,5	1,4	10,7
Sumbawa Barat	2,3	94,3	2,3	1,1
Mataram		97,1	0,3	2,6
Kota Bima	0,7	97,8		1,5
NTB	0,5	96,8	0,7	2,0

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

Tabel 6.1.14
Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Tidak
Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Dan Karakteristik Rumah Tangga
Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Alasan tidak memanfaatkan POD/WOD rumahtangga			
	lokasi jauh	tdk ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	lainnya
Tempat Tinggal				
Kota	0,2	97,7	0,1	2,0
Desa	0,7	96,3	1,0	2,0
Tingkat Pengeluaran Perkapita				
Kuintil-1	0,8	96,6	0,6	2,0
Kuintil-2	0,6	96,1	1,2	2,1
Kuintil-3	0,2	98,0	0,1	1,7
Kuintil-4	0,5	96,6	0,9	2,0
Kuintil-5	0,4	96,9	0,5	2,1

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

6.2. Tempat Berobat dan Sumber Biaya

6.2.1 Tempat Berobat Rawat Inap

Tabel 6.2.1
Persentase Tempat Berobat Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Tempat berobat rawat inap								Tidak RI
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RS. Luar Negeri	RSB	Puskes-mas	Nakes	Batra	Lain-nya	
Lombok Barat	2,5	0,7		0,4	2,5	0,4			93,6
Lombok Tengah	2,7	0,5	0,0	0,3	2,7	0,4	0,0	0,1	93,1
Lombok Timur	2,5	0,2		0,2	5,1	1,0	0,1	0,2	90,6
Sumbawa	1,3	0,1		0,1	1,5	0,1		0,0	96,8
Dompu	5,7	0,1		0,5	1,4	0,3	0,0	0,1	92,0
Bima	3,3	0,2			3,0	0,7	0,1	0,2	92,7
Sumbawa Barat	1,0	0,8		0,2	4,0	0,2	0,2		93,5
Mataram	3,8	1,8		0,6	0,7	0,2		0,3	92,7
Kota Bima	6,1	0,3		0,2	1,6	0,2		0,0	91,7
NTB	2,8	0,5	0,0	0,3	2,9	0,5	0,1	0,1	92,8

Seperti halnya provinsi lain, RS Pemerintah dan Puskesmas merupakan pilihan utama tempat berobat rawat inap. Hal yang perlu diperhatikan adalah rawat inap dengan pengobatan tradisional sebanyak 0,1% RT sedangkan di Sumbawa Barat 0,2%

Tabel 6.2.2
Persentase Tempat Berobat Rawat Inap menurut Karakteristik Rumah
Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Tempat berobat rawat inap								Tidak RI
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RS. Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	
Tempat Tinggal									
Kota	3,8	0,7		0,3	2,9	0,6	0,1	0,1	91,4
Desa	2,2	0,4	0,0	0,2	2,9	0,5	0,0	0,1	93,6
Tingkat Pengeluaran Perkapita									
Kuintil-1	1,6	0,2		0,2	2,2	0,3	0,1	0,0	95,4
Kuintil-2	2,2	0,2		0,4	2,5	0,4	0,1	0,1	94,1
Kuintil-3	2,9	0,5		0,3	3,0	0,7	0,0	0,1	92,6
Kuintil-4	2,9	0,5	0,0	0,4	3,5	0,5	0,0	0,1	92,0
Kuintil-5	4,6	1,1		0,2	3,3	0,6	0,0	0,2	89,9

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

ekonominya, sedangkan di puskesmas tidak. Akselerasi pemanfaatan RS untuk masyarakat miskin perlu ditingkatkan

6.2.2. Sumber Pembiayaan Rawat Inap

Tabel 6.2.3
Persentase Tempat Berobat Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Sumber pembiayaan pelayanan kesehatan				
	Sendiri/ keluarga	Askes/ jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain- lain
Lombok Barat	54,8	7,6	32,9	13,5	2,0
Lombok Tengah	66,3	9,9	29,1	0,7	6,4
Lombok Timur	65,0	6,3	37,0	5,3	1,2
Sumbawa	75,0	4,7	26,2	9,2	1,5
Dompu	79,8	14,3	31,0	9,5	1,2
Bima	78,1	6,2	26,0	6,2	
Sumbawa Barat	26,7	54,8	13,3	3,3	3,3
Mataram	68,5	22,3	20,0	10,9	1,6
Kota Bima	79,2	26,9	15,1	5,8	1,9
NTB	66,1	10,6	30,4	6,7	2,3

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemerintah Tempat tinggal

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Sebagian besar propinsi menggunakan sumber biaya yang bersifat 'out of pocket' untuk rawat inap (66,1%), dan propinsi pengguna askeskin/ SKTM tertinggi di Indonesia adalah Nusa Tenggara Barat. Pengguna Askeskin di NTB tertinggi di Lombok Timur, Lombok Barat dan Dompu

Tabel 6.2.4
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumah tangga	Sumber pembiayaan pelayanan kesehatan				
	Sendiri/ keluarga	Askes/ jamsostek	Askeskin/ sktm	Dana sehat	Lain- lain
Tempat Tinggal					
Kota	63,0	13,3	33,0	6,9	1,7
Desa	68,6	8,3	28,4	6,5	3,0
Tingkat Pengeluaran Perkapita					

Kuintil-1	58,5	3,1	43,8	13,8	3,6
Kuintil-2	62,4	2,4	38,0	8,4	0,8
Kuintil-3	67,8	5,7	34,7	7,6	1,3
Kuintil-4	63,0	10,2	32,7	5,0	4,1
Kuintil-5	72,7	22,5	14,8	3,0	2,1

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

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

Tabel 6.2.5
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Berobat Rawat Jalan									
	RS Pmrth	RS Swasta	RS LN	RSB	Pusk	Nakes	Bat tra	Lain nya	Di rmh	Tdk RJ
Lombok Barat	1,4	0,2	0,2	23,3	0,3	7,6	1,5		0,4	65,1
Lombok Tengah	0,8		0,4	18,9	0,4	17,1	1,2	0,1	0,6	60,5
Lombok Timur	0,9	0,0	0,2	17,4	0,3	11,2	1,7	0,0	0,6	67,6
Sumbawa	0,4	0,1		19,1	0,2	10,5	0,6		0,4	68,6
Dompu	1,7	0,0	0,2	24,7	0,1	10,3	1,0		1,6	60,4
Bima	1,6	0,1		16,3	0,3	11,8	0,4	0,1	0,6	68,9
Sumbawa Barat	0,6	0,4	0,0	21,2	0,4	6,1	0,2		0,6	70,4
Mataram	3,7	0,6	0,2	15,2	0,2	7,8	0,1		0,7	71,5
Kota Bima	1,6	0,0		19,3	0,2	12,7	0,2		0,6	65,4
NTB	1,3	0,1	0,2	19,2	0,3	11,3	1,1	0,0	0,6	66,0

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

Tabel 6.2.6
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan menurut Karakteristik Rumah
Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Tempat Berobat Rawat Jalan									
	RS Pmrth	RS Swasta	RS LN	RSB	Pusk	Nakes	Bat tra	Lain nya	Di rmh	Tdk RJ
Tempat Tinggal										
Kota	2,1	0,2	0,1	18,0	0,3	11,6	1,0	0,0	0,6	66,1
Desa	0,8	0,1	0,2	19,9	0,3	11,1	1,1	0,0	0,6	65,9
Tingkat Pengeluaran Perkapita										
Kuintil-1	0,6	0,0	0,2	19,7	0,2	6,9	1,3		0,6	70,5
Kuintil-2	0,8	0,1	0,2	18,4	0,2	10,8	1,1	0,1	0,5	67,8
Kuintil-3	1,2	0,1	0,2	21,8	0,1	11,5	1,0		0,4	63,6
Kuintil-4	1,2	0,1	0,4	18,4	0,5	13,0	1,1	0,0	0,9	64,4
Kuintil-5	2,7	0,3	0,1	17,6	0,4	14,0	1,0		0,6	63,4

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

Tabel 6.2.7
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Sumber pembiayaan pelayanan kesehatan Rajal				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain-Lain
Lombok Barat	74,6	3,3	14,1	8,4	1,3
Lombok Tengah	89,7	3,5	5,3	0,7	2,9
Lombok Timur	84,3	2,1	17,0	2,4	1,4
Sumbawa	86,9	2,7	9,0	2,7	0,2
Dompu	83,7	4,1	13,9	2,4	1,5
Bima	86,9	2,8	11,7	2,1	0,8
Sumbawa Barat	33,8	52,1	4,9	12,0	1,4
Mataram	69,1	10,9	18,4	3,2	1,4
Kota Bima	88,5	10,1	7,4	6,0	0,5

NTB	82,2	4,7	12,0	3,5	1,5
------------	-------------	------------	-------------	------------	------------

Pengobatan rawat jalan yang dilakukan dengan 'out of pocket' relatif sama di semua Kabupaten/Kota, tetapi hal yang mengejutkan adalah Kab. Sumbawa Barat banyak yang berobat melalui asuransi Askes/ Jamsostek, karena memang daerah Sumbawa Barat merupakan daerah pertambangan. Seperti halnya rawat inap, pembiayaan dengan Askeskin juga merupakan alternatif ke dua setelah 'out of pocket'. Dana Sehat di Sumbawa Barat cukup berperan, demikian pula di Lombok Barat.

Tabel 6.2.8
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan menurut Karakteristik
Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumah tangga	Sumber pembiayaan pelayanan kesehatan Rajal				
	Sendiri/ keluarga	Askes/ jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain-lain
Tempat Tinggal					
Kota	78,5	6,8	14,7	3,7	1,4
Desa	84,3	3,4	10,4	3,4	1,6
Tingkat Pengeluaran Perkapita					
Kuintil-1	77,9	2,0	17,5	5,5	0,8
Kuintil-2	80,8	1,8	16,7	4,2	1,4
Kuintil-3	83,6	3,9	11,8	3,8	1,4
Kuintil-4	84,4	3,6	9,3	2,8	2,1
Kuintil-5	83,1	11,4	6,4	1,6	1,8

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

Adanya kecenderungan meningkat penggunaan askes/jamsostek seiring dengan peningkatan status ekonomi (kaya), sedangkan penggunaan Askeskin/ SKTM semakin menurun seiring dengan meningkatnya status ekonomi RT. Terdapat 'penyimpangan' penggunaan askeskin oleh penduduk kaya (kuintil 5) yakni sebanyak 6,4%..

6.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Tabel 6.3.1
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan
Rawat Inap Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Kemudahan dikunjungi
Lombok Barat	94,8	95,6	90,0	90,0	89,7	88,5	83,3	95,6
Lombok Tengah	92,2	93,6	90,1	83,0	88,3	88,3	83,7	94,7
Lombok Timur	90,3	93,3	93,1	91,5	90,3	88,8	94,3	94,7
Sumbawa	66,2	73,4	60,9	58,5	69,2	59,4	47,7	64,6
Dompu	84,5	88,1	90,5	90,4	91,7	89,3	89,3	88,1
Bima	82,8	86,2	86,9	80,0	82,9	76,6	73,1	78,1
Sumbawa Barat	96,7	93,5	93,5	93,3	90,3	90,0	86,7	96,7
Mataram	90,0	87,7	87,7	90,0	93,0	86,8	82,3	93,1
Kota Bima	60,4	64,2	64,2	58,5	65,4	64,2	60,4	71,2
NTB	88,4	90,5	88,5	85,9	87,7	85,3	84,0	90,7

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

Tabel 6.3.2
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Kemudahan dikunjungi
Tempat Tinggal								
Kota	87,3	88,3	86,7	84,2	86,0	82,9	82,6	91,5
Desa	89,4	92,4	90,0	87,3	89,1	87,1	84,9	90,3
Tingkat Pengeluaran Perkapita								
Kuintil-1	89,2	90,8	88,2	84,5	89,7	84,6	77,4	90,3
Kuintil-2	83,6	88,8	86,8	83,6	84,0	82,8	81,6	88,4
Kuintil-3	92,7	92,7	92,4	88,9	91,1	89,5	89,2	93,9
Kuintil-4	89,2	91,3	86,3	87,5	88,0	84,3	85,7	92,4
Kuintil-5	87,2	89,4	88,6	84,5	86,3	84,7	83,3	88,9

Jika ditinjau dari aspek tempat tinggal RT, tingkat ketanggapan terhadap rawat inap menunjukkan kondisi yang tidak berbeda untuk semua aspek ketanggapan. Ada kecenderungan semakin miskin, prosentase yang menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap baik semakin kecil, meskipun kecenderungan tersebut tidak terlampau tajam

Tabel 6.3.3
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Lombok Barat	92,7	94,0	86,3	82,6	86,5	87,4	92,5
Lombok Tengah	91,5	94,7	92,1	86,2	87,5	81,8	84,5
Lombok Timur	91,3	96,5	94,2	90,6	90,7	87,6	86,6
Sumbawa	72,6	73,5	67,4	67,4	79,2	65,8	62,0
Dompu	92,9	95,4	93,7	94,1	93,7	92,7	91,6
Bima	86,1	89,6	83,0	82,4	84,0	80,6	80,4
Sumbawa Barat	94,4	98,6	96,5	93,7	97,2	91,5	89,9
Mataram	89,3	91,7	90,9	90,5	92,9	88,7	83,8
Kota Bima	69,6	74,8	72,9	69,6	73,7	74,7	70,9
NTB	88,9	92,0	88,1	84,9	87,6	83,8	84,2

Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan menurut kab/kota tidak terlampau banyak variasi. Semua aspek penilaian ketanggapan menunjukkan bahwa sebagian besar ($\geq 70\%$), responden menyatakan ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan dinilai baik.

Tabel 6.3.4
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Tingkat Karakteristik Rumah tangga	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Kuintil-1	87,3	90,7	86,6	83,6	87,1	82,2	82,2
Kuintil-2	87,6	91,8	87,2	83,2	85,2	83,0	83,4
Kuintil-3	90,1	92,3	87,6	84,0	87,7	84,2	83,6
Kuintil-4	87,8	90,9	88,8	85,9	87,9	83,9	82,8
Kuintil-5	89,9	92,7	87,9	88,9	88,2	83,8	88,6

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

VII. KESEHATAN LINGKUNGAN

7.1. Pemakaian Air Bersih

Tabel 7.1
Sebaran Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19.9	20-49.9	50-99.9	≥100
Lombok Barat	0,3	4,6	16,4	18,2	60,6
Lombok Tengah	0,2	1,5	28,4	24,4	45,5
Lombok Timur	0,9	24,0	44,8	15,5	14,8
Sumbawa	0,8	16,5	26,8	13,6	42,2
Dompu	0,4	18,6	13,2	26,9	40,9
Bima	0,2	0,4	7,8	32,7	58,9
Sumbawa Barat	3,2	21,4	34,9	11,1	29,4
Kota Mataram	0,5	1,6	18,6	29,9	49,4
Kota Bima	0,7	2,6	17,0	35,3	44,4
NTB	0,5	10,4	26,9	21,2	41,0

Menurut WHO, volume konsumsi air per orang per hari menurut tingkat pelayanan adalah tidak akses (<5 liter/orang/hari), akses dasar (20 liter/orang/hari), akses menengah (50 liter/orang/hari), dan akses optimal (100-

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

Tabel 7.2
Sebaran Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Risesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19.9	20-49.9	50-99.9	≥100
Tempat tinggal					
Kota	0,7	10,4	25,4	21,0	42,5
Desa	0,4	10,4	27,8	21,3	40,1
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil 1	0,6	13,3	30,1	22,2	33,8
Kuintil 2	1,0	12,2	28,4	21,4	37,0
Kuintil 3	0,5	9,7	27,0	20,6	42,1
Kuintil 4	0,2	9,3	26,9	22,4	41,2
Kuintil 5	0,4	7,5	22,0	19,2	50,9

Dilihat dari karakteristik rumahtangga, rerata pemakaian air bersih per orang per hari menunjukkan perbedaan menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Di wilayah kota dan desa, proporsi rumahtangga yang tidak akses dan aksesnya rendah terhadap air bersih relatif sama (11,1% di kota

dan 10,8% di desa. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita, ada kecenderungan capaian akses air bersih yang optimal sejalan dengan peningkatan tingkat pengeluaran rumahtangga (kuintil), artinya makin tinggi kondisi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita maka akses terhadap air bersih yang optimal makin tinggi. Pada rumahtangga miskin (kuintil 1 dan kuintil 2) akses air bersihnya lebih rendah dibandingkan rumahtangga kaya (kuintil 4 dan kuintil 5). Di NTB masih terdapat keluarga kaya (kuintil 4 dan 5) yang akses air bersihnya masih rendah (9,5% kuintil 4 dan 7,9% kuintil 5)

7.2. Akses ke Sumber Air

Tabel 7.3
Sebaran Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,
Ketersediaan Air Bersih Dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara
Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan		
	Waktu (menit)		Jarak (km)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	≤30	>30	≤1	>1			
Lombok Barat	98,9	1,1	91,4	8,6	84,7	15,3	0,0
Lombok Tengah	99,4	0,6	99,2	0,8	38,1	58,6	3,3
Lombok Timur	99,9	0,6	98,4	1,6	72,9	26,1	1,0
Sumbawa	98,8	1,2	99,6	0,4	61,0	38,8	0,2
Dompu	98,8	1,2	97,5	2,5	67,9	31,7	0,4
Bima	99,8	0,2	95,1	4,9	68,9	30,7	0,4
Sumbawa Barat	98,4	1,6	90,3	9,7	84,8	13,6	1,6
Kota Mataram	99,8	0,2	96,6	3,4	94,5	5,5	0,0
Kota Bima	100,0	0,0	98,7	1,3	83,1	15,6	1,3
NTB	99,4	0,6	96,7	3,3	68,5	30,4	1,1

Akses terhadap air bersih dilihat dari waktu, jarak dan ketersediaan sepanjang waktu dapat dilihat pada Tabel 7.3. Dilihat dari waktu terdapat 0,6% rumah tangga yang waktu tempuh ke sumber airnya lebih dari 30 menit. Angka tersebut masih jauh dari rata-rata nasional yang sebesar 3,0% rumahtangga yang waktu tempuh ke sumber airnya lebih dari 30 menit. Terdapat 8 Kabupaten/Kota di NTB yang proporsi waktu tempuh ke sumber airnya lebih dari 30 menit, sedangkan di Kota Bima tidak ada. Dilihat dari jarak, terdapat 3,3% rumahtangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer. Kabupaten/Kota yang proporsi jarak ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer tinggi adalah Kab. Sumbawa Barat

(9,7%), Lombok Barat (8,6%) dan Kab. Bima (4,9%). Dari ketersediaan air bersih, terdapat 68,5% rumahtangga yang dalam penyediaan air bersihnya mudah sepanjang waktu. Kabupaten/Kota yang proporsi ketersediaan air bersihnya mudah sepanjang tahun tinggi adalah Kota Mataram, Kab. Sumbawa Barat dan Kab. Lombok Barat. Khusus untuk Kab. Lombok Tengah, jumlah rumah tangga yang penyediaan air bersihnya mudah sepanjang waktu adalah kecil yakni 38,1% sedangkan yang sulit sepanjang waktu 3,3% rumah tangga.

Tabel 7.4
Sebaran Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,
Ketersediaan Air Bersih Dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa
Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan air		
	Waktu (menit)		Jarak (kilometer)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	≤30	>30	≤1	>1			
Tempat tinggal							
Kota	99,4	0,6	97,4	2,6	83,2	16,5	0,3
Desa	99,4	0,6	96,4	3,6	60,2	38,3	1,5
Tingkat pengeluaran perkapita							
Kuintil 1	98,8	1,2	96,2	3,8	67,0	31,6	1,4
Kuintil 2	99,7	0,3	96,8	3,2	64,5	34,1	1,4
Kuintil 3	99,1	0,9	96,6	3,4	68,3	30,8	1,0
Kuintil 4	99,6	0,4	97,2	2,8	69,8	29,1	1,1
Kuintil 5	99,4	0,6	96,8	3,2	73,2	26,2	0,5

Akses air bersih menurut waktu, jarak dan ketersediaan air bersih tidak bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Untuk tempat tinggal jumlah rumah tangga yang waktu tempuhnya kurang dari 30 menit sama-sama 99,4%. Menurut tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita, tidak ada perbedaan waktu tempuh rumah tangga mencapai sumber air bersih.

Proporsi rumahtangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer di desa dan di kota relatif sama yakni sekitar 97%. Menurut tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita, jarak tempuh ke sumber air lebih dari 1 km adalah sama antara 96-97% rumah tangga.

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

7.3. Individu yang Biasa Mengambil Air

Tabel 7.5
Sebaran Rumah Tangga menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Risesdas 2007

Kabupaten/kota	Perempuan		Laki-laki		Sumber dalam pekarangan
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)	
Lombok Barat	53,1	1,4	11,0	0,4	34,1
Lombok Tengah	51,9	1,6	10,3	1,0	35,2
Lombok Timur	44,0	1,6	5,0	0,8	48,7
Sumbawa	47,5	5,3	11,3	1,6	34,4
Dompu	45,3	4,1	15,6	4,5	30,5
Bima	48,4	12,1	9,0	1,2	29,3
Sumbawa Barat	30,4	1,6	23,2	1,6	43,2
Kota Mataram	12,9	0,2	7,6	0,2	79,0
Kota Bima	20,1	0,6	17,5	1,3	60,4
NTB	44,7	2,8	9,5	1,0	41,9

Aspek gender dalam pengambilan air bersih di rumahtangga dapat dilihat pada Tabel 7.5. Di NTB terdapat 3,8% anak-anak yang setiap hari mempunyai beban untuk mengambil air untuk kepentingan rumahtangga. Menurut jenis kelamin, beban pengambilan air di rumahtangga lebih banyak perempuan (47,5%) daripada laki-laki (10,5%). Secara nasional individu yang biasa mengambil air relatif berimbang antara perempuan dan laki-laki (18,9% perempuan dan 16,9% laki-laki), sedangkan anak-anak yang setiap hari mengambil air untuk

kepentingan rumah tangga secara nasional adalah 2,5%. Kabupaten/kota yang dalam pengambilan airnya banyak dilakukan anak-anak adalah Kab. Bima, Dompu dan Sumbawa. Hampir semua Kabupaten/Kota pengambilan airnya banyak dilakukan kaum perempuan, sedangkan untuk Kota Mataram dan Kota Bima, antara perempuan dan laki-laki relatif sama.

Sumber air yang berada dalam pekarangan di NTB sebanyak 41,9% rumah tangga, sedangkan secara nasional sebanyak 64,1% rumah tangga. Di sini menunjukkan bahwa di NTB banyak sumber air rumah tangga berasal dari luar pekarangan. Kondisi per Kabupaten/Kota sangat bervariasi, yang paling banyak rumah tangga mengambil air dalam pekarangan ada di Kota Mataram (79,0%) dan terendah di Kab. Bima (29,3%)

Tabel 7.6
Sebaran Rumah Tangga menurut Anggota Rumah Tangga Yang Biasa Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Perempuan		Laki-laki		Sumber dalam pekarangan
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)	
Tempat tinggal					
Kota	31.2	1.4	9.8	1.0	56.7
Desa	52.4	3.6	9.4	1.0	33.5
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil 1	54.2	4.1	9.8	1.1	30.9
Kuintil 2	50.8	4.3	9.5	0.8	34.6
Kuintil 3	44.2	2.2	11.1	1.0	41.5
Kuintil 4	43.0	2.2	8.0	1.0	45.8
Kuintil 5	31.3	1.2	9.3	1.2	56.9

Sebaran proporsi individu yang mengambil air rumahtangga menunjukkan variasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Di desa yang menggunakan tenaga perempuan dan anak-anak dalam pengambilan air di rumahtangga lebih tinggi di desa (52,4% dan 4,6%) dibandingkan dengan di kota (31,2% dan 2,4%). Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin rendah proporsi perempuan yang bertugas mengambil air bersih untuk keperluan rumah tangga, sedangkan anak-anak dengan tingkat pengeluaran per kapita tinggi maupun rendah tidak berbeda. Pada keluarga-

keluarga miskin (kuintil-1) yang bertugas mengambil air bersih di rumahtangga banyak yang dilakukan oleh perempuan (58,3% perempuan) daripada keluarga kaya (kuintil-5) yakni sebesar 32,5%. Dibandingkan dengan rata-rata nasional, pola di NTB lebih jelek di mana untuk jenis kelamin yang mengambil air untuk keperluan rumah tangga antara perempuan dan laki-laki adalah sama. Sumber air dalam pekarangan banyak terdapat di rumah tangga di kota, sedangkan menurut pengeluaran per kapita rumah tangga mempunyai kecenderungan makin kaya makin banyak RT yang memiliki sumber air dalam pekarangan

7.4. Kualitas Fisik Air Minum

Tabel 7.7
Sebaran Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ kota	Kualitas fisik air minum					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Lombok Barat	6,2	1,1	8,9	1,2	9,2	82,5
Lombok Tengah	7,3	3,3	4,9	0,3	1,2	87,7
Lombok Timur	3,4	1,6	1,0	0,5	0,8	96,0
Sumbawa	2,1	3,3	7,4	0,6	0,4	91,3
Dompu	6,6	3,7	2,9	1,7	3,3	88,5
Bima	5,1	4,9	0,6	0,6	0,8	93,3
Sumbawa Barat	6,5	0,8	4,8	0,0	0,0	89,5
Kota Mataram	2,3	1,8	1,2	0,2	1,6	95,9
Kota Bima	19,0	4,6	3,9	1,3	1,3	76,5
NTB	5,3	2,5	4,1	0,6	2,6	90,1

Catatan : * Tidak Keruh, Berwarna, Berasa, Berbusa Dan Berbau

Kualitas fisik air untuk keperluan minum yang masuk dalam kategori baik (tidak keruh, tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna dan tidak berbusa) di NTB sebesar 90,1% dan secara nasional adalah 86,0%. Kabupaten/Kota yang proporsi kualitas fisik air minumnya jauh diatas Kabupaten/Kota yang proporsi kualitas fisik air minumnya jauh di atas rata-rata provinsi NTB adalah Kab. Lombok Timur, Sumbawa, Kab. Bima dan Kota Mataram, dan yang berada di bawah rata-rata nasional adalah rerata nasional antara lain (<86,0%) adalah Kota Bima dan Kab. Lombok Barat. Jenis kualitas fisik air yang paling banyak ditemukan adalah keruh (5,3%), berwarna (2,5%), berasa (4,1%), berbusa (0,6%) dan berbau (2,6%). Masih tingginya kualitas fisik air minum yang tidak memenuhi

syarat akan memerlukan upaya pengolahan air minum pada skala rumah tangga. Kabupaten/Kota yang proporsi air minum keruhnya tinggi yaitu Kota Bima (19,0%), yang proporsi air minum berwarna tinggi adalah Kab. Bima dan Kota Bima (4,9% dan 4,6%), yang berasanya tinggi adalah Lombok Barat (8,9%), yang berbusanya tinggi adalah Kota Bima (1,3%), dan yang berbaunya tinggi adalah Kab. Lombok Barat (9,2%). Kabupaten/Kota yang rumah tangganya tidak ada air dengan kualitas fisik berbusa dan berbau adalah Sumbawa Barat (0,0%).

Tabel 7.8
Sebaran Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumahtangga	Kualitas fisik air minum					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Tempat tinggal						
Kota	2,7	0,6	0,7	0,1	1,0	90,3
Desa	3,1	0,5	2,6	0,2	0,5	90,0
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	3,7	0,4	2,2	0,4	0,3	88,8
Kuintil 2	4,1	0,7	2,2	0,3	0,5	88,3
Kuintil 3	2,8	0,4	1,9	0,1	1,3	89,4
Kuintil 4	2,7	0,9	1,5	0,0	0,7	91,2
Kuintil 5	1,7	0,3	1,6	0,2	0,7	93,1

Catatan : * Tidak Keruh, Berwarna, Berasa, Berbusa Dan Berbau

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

7.5. Jenis Sumber Air

Tabel 7.9
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota Di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Jenis sumber air minum	
------------------------	--

Kabupaten/kota	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor/pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Lombok Barat	2,6	13,2	0,2	4,3	51,8	8,1	11,3	4,8	3,7	0	0,0
Lombok Tengah	4,9	9,4	1,8	0,2	53,2	22,2	6,8	1,5	0,0	0	0,0
Lombok Timur	2,8	8,1	2,9	1,8	56,7	6,8	13,6	4,7	2,5	0	0,0
Sumbawa	5,6	10,1	1,9	8,3	53,4	2,1	14,7	0,4	3,3	0	0,2
Dompu	5,3	14,4	2,5	26,3	31,7	2,9	15,2	0,4	1,2	0	0,0
Bima	1,8	12,3	2,7	37,1	23,2	11,5	9,6	1,8	0,0	0	0,0
Sumbawa Barat	14,6	5,7	6,5	26,0	38,2	7,3	0,0	0,0	1,6	0	0,0
Kota Mataram	24,9	34,3	3,2	4,8	30,0	0,2	2,3	0,2	0,0	0	0,0
Kota Bima	7,2	24,3	2,6	44,7	11,2	7,9	0,7	0,7	0,0	0	0,7
NTB	5,6	12,6	2,1	8,5	47,1	9,6	10,1	2,7	1,8	0	0,0

Dilihat dari jenis sumber air minum, di NTB masih banyak rumah tangga yang menggunakan air minum dari sumber air yang tidak terlindung (sumur tidak terlindung 9,6%, mata air tidak terlindung 2,7%, air sungai 1,8%) sedangkan secara nasional rumahtangga yang menggunakan air minum dari sumber tidak terlindung lebih tinggi dari NTB (sumur tidak terlindung 12,4%; mata air tidak terlindung 5,1%; air sungai 5,0% dan lainnya 0,5%). Sementara yang menggunakan air kemasan sebesar 5,6% dan rata-rata nasional 6,0%.

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

Kabupaten/Kota yang cakupan air perpipaannya di atas rerata prov. NTB dan nasional antara lain Kab. Dompu, Kab. Bima, Kota Mataram dan Kota Bima, sedangkan Sumbawa Barat cakupan perpipaannya rendah tetapi pemakai air kemasannya tinggi. Tidak ada Kabupaten/Kota yang menggunakan air hujan sebagai sumber air minum, tetapi di Kab. Lombok Barat yang menggunakan air sungai paling banyak di NTB.

Tabel 7.10
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik
Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ kota	Jenis sumber air minum										
	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor/pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Tempat tinggal											
Kota	11,4	21,7	3,2	9,2	42,2	6,3	3,2	0,8	1,8	0	0,0
Desa	2,2	7,4	1,5	8,2	49,9	11,4	14,0	3,7	1,7	0	0,0
Tingkat pengeluaran perkapita											
Kuintil 1	0,3	8,6	1,4	6,1	52,9	11,3	11,3	5,0	3,1	0	0,0
Kuintil 2	0,9	11,3	3,6	7,4	50,6	10,3	11,3	2,1	2,4	0	0,1
Kuintil 3	3,4	12,4	2,2	8,5	46,8	9,5	12,9	2,7	1,7	0	0,0
Kuintil 4	6,0	12,5	1,6	9,7	49,1	9,5	8,8	1,7	1,1	0	0,0
Kuintil 5	17,2	18,2	1,8	11,1	36,1	7,2	6,0	1,9	0,4	0	0,1

Sebaran proporsi penggunaan jenis sumber air minum di NTB bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Penggunaan air kemasan, ledeng eceran, ledeng meteran, dan sumur bor lebih tinggi di kota dibandingkan dengan di desa. Di Kota sumber air minum yang terbanyak adalah air kemasan, ledeng eceran, ledeng meteran dan sumur bor/pompa, sedangkan di desa sumber air minum yang menonjol digunakan adalah jenis sumur (terlindung dan tidak terlindung) dan mata air.

Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita semakin tinggi proporsi yang menggunakan air kemasan, ledeng eceran, ledeng meteran dan sumur pompa. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita semakin menurun proporsi rumah tangga yang menggunakan sumber air tidak terlindung dan air sungai.

7.6. Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum

Tabel 7.11
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota
Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupatn/kota	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Di-saring	Bahan kimia	Lainnya
Lombok Barat	20,3	58,8	20,9	67,2	52,8	0,8	0,4	2,0
Lombok Tengah	16,1	61,3	22,5	40,2	64,4	0,3	2,7	2,4
Lombok Timur	6,0	53,9	40,0	49,2	64,2	1,2	0,9	1,2
Sumbawa	25,7	69,5	4,9	61,9	39,6	3,9	0,0	1,2
Dompu	9,9	86,0	4,1	70,4	41,6	1,6	1,7	3,3
Bima	14,1	81,0	4,9	81,4	19,0	5,9	0,8	1,0
Sumbawa Barat	35,8	49,6	14,6	41,9	58,1	4,0	0,8	12,9
Kota Mataram	8,5	37,1	54,4	46,5	73,5	2,8	0,5	0,0
Kota Bima	7,8	71,9	20,3	57,5	35,3	3,3	0,6	13,7
NTB	14,3	60,6	25,0	55,5	54,7	1,8	1,1	2,2

Dari tabel 7.11 menunjukkan untuk tempat penampungan air bersih di rumahtangga sebagian besar tertutup (60,6%) dan tidak menggunakan penampungan (25,0%), sedangkan rata-rata nasional adalah 69,0% untuk wadah yang tertutup dan tidak menggunakan penampungan 18,2%. Sementara yang terbuka sebesar 14,3%. Penampungan atau pewadahan air bersih di rumah tangga secara terbuka memungkinkan terjadinya pencemaran dan dapat dijadikan *breeding places* nyamuk, terutama *Aedes aegypti*. Bila melihat sebarannya, kabupaten/kota yang proporsi penggunaan penampungan terbukanya tinggi antara lain Sumbawa Barat, Sumbawa dan Lombok Barat, sedangkan proporsi yang tidak menggunakan penampungan adalah Kota Mataram, Kab. Lombok Timur, Lombok Tengah, Lombok Barat dan Kota Bima.

Agar air minum yang berasal dari sumber air dapat dikonsumsi, sebagian besar langsung diminum (55,5%) dan ada yang mengolahnya dengan cara dimasak (954,7%). Kondisi di NTB tersebut berbeda dengan kondisi rata-rata nasional, di mana sebagian besar RT mengkonsumsi air minum yang sebelumnya dimasak ((91,4%) sedangkan yang diminum langsung sebanyak 8,1%. Tetapi terdapat 1,8% yang melakukan pengolahan dengan cara penyaringan dan 1,1% membubuhkan bahan kimia. Secara nasional proporsi yang melakukan penyaringan 12,3% dan yang menambahkan dengan bahan kimia 2,0%. Kabupaten/Kota yang proporsi RT memasak air sebelum diminum tertinggi di

NTB adalah Kota Mataram (73,5%) dan yang terendah Kab. Bima (19,0%) sedangkan yang diminum langsung tertinggi di Kab. Bima dan Dompu. Bila dilihat dari tempat penampungan tertutup di Dompu dan Kab. Bima yang cukup tinggi dan cara minum tanpa dimasak terlebih dulu, maka perlu dilakukan penelusuran oleh pihak Dinkes Kab tentang pola minum masyarakat Kab. Bima dan Dompu tersebut.

Tabel 7.12
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumahtangga	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
Tempat tinggal								
Kota	9,9	52,7	37,4	27,2	48,5	1,3	0,5	0,9
Desa	16,9	65,1	18,0	48,6	33,1	0,7	0,5	0,3
Tingkat pengeluaran perkapita								
Kuintil 1	18,6	60,5	20,9	51,2	31,6	0,3	0,2	0,2
Kuintil 2	16,0	60,1	23,9	47,1	33,4	0,7	0,6	0,2
Kuintil 3	13,9	59,8	26,3	42,1	36,8	0,6	0,2	0,6
Kuintil 4	11,9	63,4	24,7	36,8	43,0	1,0	0,7	0,3
Kuintil 5	11,3	59,4	29,3	26,7	48,8	2,1	0,8	1,4

Sebaran proporsi penggunaan tempat penampungan air dan pengolahan air sebelum dikonsumsi bervariasi menurut tempat tinggal dan tidak terlalu bervariasi menurut tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Proporsi yang menggunakan wadah terbuka maupun tertutup lebih banyak di desa sedangkan yang tidak menggunakan wadah banyak di kota. Menurut pengeluaran per kapita menggunakan wadah terbuka, tertutup maupun tidak menggunakan wadah tidak terlalu berbeda.

Dalam hal pengolahan air sebelum dikonsumsi, makin kaya seseorang maka proporsi RT yang menggunakan wadah terbuka cenderung menurun. Menurut tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita semakin kecil proporsi yang

menggunakan langsung diminum, dan semakin tinggi pengeluaran per kapita RT semakin tinggi proporsi RT yang memasak air sebelum diminum, dan makin tinggi pengeluaran RT maka makin tinggi menggunakan air minum yang telah disaring terlebih dulu. .

7.7. Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar

Tabel 7.13
Sebaran Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Kabupaten/kota	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tdk pakai
Lombok Barat	28,6	11,9	1,9	57,7
Lombok Tengah	27,4	9,9	1,2	61,5
Lombok Timur	31,6	13,6	3,1	51,7
Sumbawa	46,7	5,8	0,8	46,7
Dompu	36,0	14,0	2,9	47,1
Bima	37,8	19,0	2,9	40,3
Sumbawa Barat	46,8	16,9	1,6	34,7
Kota Mataram	63,9	21,1	3,4	11,5
Kota Bima	50,0	15,8	4,6	29,6
NTB	35,6	13,0	2,3	49,1

Dari hasil Susenas 2007 ini proporsi rumahtangga yang menggunakan jamban sendiri sebesar 35,6%, yang lebih rendah dibandingkan rata-rata nasional yang sebesar 58,9%. Beberapa kabupaten/kota yang cakupan penggunaan jamban sendirinya rendah antara lain Lombok Barat, Lombok Tengah dan Lombok Timur. Penggunaan jamban umum sebanyak 2,3% dan terbanyak di Kota Bima (4,6%) dan terendah di Sumbawa (0,8%). Yang memprihatinkan adalah RT yang tidak memakai fasilitas buang air besar sebanyak 49,1% sedangkan rata-rata nasional hanya 24,8%. Sebagian besar rumah tangga Kabupaten/kota tidak memakai fasilitas buang air besar, kecuali Kota Mataram dan Kota Bima (11,5% dan 29,6%). .

Tabel 7.14
Sebaran Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Jenis penggunaan

Karakteristik Rumahtangga	Sendiri	Bersama	Umum	Tdk pakai
Tempat tinggal				
Kota	47,1	16,2	3,0	33,7
Desa	29,1	11,2	1,8	57,9
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	15,1	9,6	3,7	71,5
Kuintil 2	25,2	13,7	2,1	59,0
Kuintil 3	33,9	13,3	2,7	50,2
Kuintil 4	44,0	13,6	0,8	41,6
Kuintil 5	60,1	14,7	2,0	23,2

Sebaran cakupan jamban sendiri menunjukkan variasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Yang menggunakan jamban sendiri di kota lebih tinggi (47,1%) dibandingkan dengan di desa (29,1%). Data rata-rata nasional menunjukkan RT yang menggunakan jamban sendiri di kota 73,2% dan di desa 49,9%. Proporsi rumah tangga di desa yang tidak memakai jamban cukup besar yaitu 57,9% (rata-rata nasional 34,5%) dan di kota sebanyak 33,7% (nasional 9,2%). Sementara menurut tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran (kuintil) semakin tinggi proporsi yang menggunakan jamban sendiri, sebaliknya semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin sedikit rumah tangga yang tidak memakai jamban.

7.8. Tempat Buang Air Besar

Tabel 7.15
Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar Dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Kabupaten/kota	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung /cubluk	Tidak pakai
Lombok Barat	65,8	31,8	0,9	1,5
Lombok Tengah	57,5	36,7	3,8	2,0
Lombok Timur	88,1	4,4	1,7	5,8
Sumbawa	97,8	1,5	0,4	0,4
Dompu	97,7	0,8	0,8	0,8
Bima	85,6	5,8	6,5	2,1
Sumbawa Barat	90,1	8,6	1,2	0,0
Kota Mataram	76,3	21,4	1,0	1,3

Kota Bima	90,7	3,7	3,7	1,9
NTB	79,5	15,8	2,2	2,5

Jenis tempat buang air besar yang dianggap 'saniter' adalah bila menggunakan jenis leher angsa. Dari tabel 7.15 menunjukkan bahwa yang menggunakan jamban jenis leher angsa adalah 79,5% (rata-rata nasional 68,9%). Bila dibandingkan dengan data nasional tahun 2004 sebesar 49,3%, penggunaan jamban saniter ini mengalami peningkatan, sementara yang tidak pakai jamban mengalami penurunan. Kabupaten/Kota yang cakupan jamban saniternya rendah antara lain Lombok Tengah dan Lombok Barat. Sementara kabupaten/kota yang proporsi rumahtangga yang tidak pakai jamban tinggi di Lombok Timur.

Tabel 7.16
Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar Dan
Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Karakteristik rumahtangga	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung/cubluk	Tidak pakai
Tempat tinggal				
Kota	75,8	19,7	1,3	3,2
Desa	82,6	12,4	3,1	1,8
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	67,0	19,6	5,6	7,8
Kuintil 2	73,8	18,7	3,0	4,5
Kuintil 3	78,3	17,4	2,1	2,1
Kuintil 4	83,5	13,5	2,1	0,9
Kuintil 5	84,8	13,7	0,6	0,9

Sebaran proporsi penggunaan tempat buang air besar tidak terlalu bervariasi di NTB baik menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Hal yang mengejutkan adalah jumlah pemakai jamban leher angsa lebih banyak di desa (82,6%) daripada di kota (75,8%). Yang menggunakan pleng-sengan dan tidak memakai jamban lebih banyak di kota, sedangkan WC cemplung banyak terdapat di desa (3,1%). Makin besar pengeluaran per kapita rumah tangga, pemakai jamban leher angsa cenderung meningkat, dan yang tidak memakai jamban cenderung menurun. Makin besar pengeluaran per kapita

rumah tangga, pemakai jamban plengsengan dan jamban cemplung cenderung menurun. Artinya, dengan meningkatnya pengeluaran per kapita rumah tangga maka cenderung mengganti jambannya dari plengsengan dan jamban cemplung ke jamban leher angsa

7.9. Tempat Pembuangan Akhir Tinja

Tabel 7.17
Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja Dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat Susenas 2007

Kabupaten/kota	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
Lombok Barat	36,6	0,2	37,5	4,5	20,4	0,8
Lombok Tengah	31,7	7,9	24,0	6,1	30,0	0,3
Lombok Timur	32,5	1,2	43,7	11,7	9,5	1,4
Sumbawa	53,1	1,4	26,7	0,2	16,9	1,7
Dompu	49,8	1,2	21,4	3,3	23,5	0,8
Bima	46,2	0,8	23,5	11,9	15,3	2,2
Sumbawa Barat	62,1	0,8	16,9	2,4	16,9	0,8
Kota Mataram	75,3	0,5	16,4	6,7	0,2	0,9
Kota Bima	57,5	0,0	23,5	11,8	5,9	1,3
NTB	41,5	2,3	31,0	7,2	16,9	1,1

Tempat pembuangan akhir tinja yang saniter adalah tangki/sarana pembuangan air limbah (SPAL). Tempat pembuangan akhir tinja yang menggunakan tangki/SPAL di NTB adalah 41,5% dan rata-rata nasional adalah 46,3%. Kabupaten/Kota yang proporsi penggunaan tangki/SPAL jauh di bawah rerata NTB dan Nasional adalah Lombok Barat, Lombok Tengah, Lombok Timur sedangkan yang tertinggi adalah Kota Mataram (75,3%). Di NTB tempat pembuangan akhir tinja di sungai cukup tinggi (31,0%) sedangkan rata-rata nasional 18,9%

Tabel 7.18
Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja Dan Karakteristik Rumahtangga Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Karakteristik rumahtangga	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya

Tempat tinggal						
Kota	55,5	0,6	29,8	6,9	5,9	1,2
Desa	33,6	3,2	31,7	7,3	23,1	1,0
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	19,5	4,1	39,7	6,3	28,5	1,9
Kuintil 2	31,0	3,0	41,0	7,3	16,8	0,9
Kuintil 3	40,5	2,3	31,3	7,8	17,0	1,1
Kuintil 4	49,2	1,4	28,3	6,6	13,6	0,9
Kuintil 5	67,8	0,5	14,5	7,8	8,5	0,8

Sebaran penggunaan tempat pembuangan akhir tinja jenis tangki/SPAL bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Yang menggunakan tangki/SPAL lebih tinggi di kota (55,5%) demikian pula rerata nasional (71,6%), sedangkan di desa sebanyak 33,6% (rerata nasional 30,4%). Di desa, tempat pembuangan akhir tinja terbanyak di sungai/laut, pantai/tanah dan lobang tanah. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi proporsi yang menggunakan tangki/SPAL.

7.10. Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah

Tabel 7.19
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk ada
Lombok Barat	46,4	30,4	23,3
Lombok Tengah	39,7	11,0	49,3
Lombok Timur	36,2	27,5	36,2
Sumbawa	27,0	21,4	51,6
Dompu	29,6	10,7	59,7
Bima	32,9	8,8	58,3
Sumbawa Barat	57,6	30,4	12,0
Kota Mataram	28,6	65,9	5,5
Kota Bima	61,4	22,2	16,3
NTB	38,0	24,7	37,3

Proporsi rumahtangga yang memiliki saluran pembuangan air limbah (SPAL) baik tertutup maupun terbuka di NTB sebesar 62,7% dan rerata nasional sebesar 67,5%, atau di NTB terdapat 37,3% yang tidak memiliki SPAL. Bila dibandingkan dengan data nasional tahun 2004 sebesar 25,8% yang tidak memiliki SPAL, terjadi peningkatan proporsi rumahtangga yang tidak memiliki SPAL. Masih tingginya rumahtangga yang tidak memiliki SPAL menimbulkan genangan-genangan air di sekitar rumah yang dapat menjadi *breeding places* vektor penyakit. Kabupaten/Kota dengan persentase yang tidak memiliki SPAL tinggi antara lain Dompu, Kab. Bima dan Lombok Tengah, sedangkan yang terendah adalah Kota Mataram (5,5%).

Tabel 7.20
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumahtangga	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk ada
Tempat tinggal			
Kota	37,3	41,3	21,4
Desa	38,4	15,2	46,4
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	36,5	15,8	47,6
Kuintil 2	41,4	15,5	43,1
Kuintil 3	41,5	23,5	35,0
Kuintil 4	35,2	28,6	36,2
Kuintil 5	35,6	39,9	24,6

Sebaran pemilikan dan jenis SPAL bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Di desa yang tidak memiliki SPAL lebih 2 kali lipat (46,4%) dibandingkan dengan di kota (21,4%). Menurut tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita, ada hubungan terbalik dimana proporsi yang tidak memiliki SPAL cenderung menurun seiring dengan meningkatnya pengeluaran rumahtangga per kapita, sebaliknya yang SPAL-nya tertutup mengalami peningkatan seiring dengan meningkatnya pengeluaran rumahtangga per kapita.

7.10. Akses terhadap Air Bersih dan Sanitasi

Tabel 7.21
Sebaran Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Air bersih		Sanitasi	
	Kurang	Akses*)	Kurang	Akses**)
Lombok Barat	70,3	29,7	79,6	20,4
Lombok Tengah	60,2	39,8	86,9	13,1
Lombok Timur	71,2	28,8	79,4	20,6
Sumbawa	54,0	46,0	54,0	46,0
Dompu	54,4	45,6	66,7	33,3
Bima	45,5	54,5	70,3	29,7
Sumbawa Barat	67,6	32,4	56,5	43,5
Kota Mataram	83,4	16,6	53,2	46,8
Kota Bima	60,6	39,4	59,5	40,5
NTB	64,6	35,4	74,3	25,7

Catatan : *) 20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

***) memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Akses menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef* terhadap air bersih bila konsumsi air minimal 20 liter per orang per hari, bersumber dari sarana air 'improved' yang jarak ke sumber air dalam radius 1 kilometer. Berdasarkan kriteria tersebut, di NTB terdapat 35,4% yang mempunyai akses baik terhadap air bersih (rerata nasional 57,2% RT). Kabupaten/Kota yang proporsi akses terhadap sumber airnya di bawah rerata NTB adalah Kota Mataram, Kab. Lombok Barat, Lombok Timur, dan Sumbawa Barat. Sedangkan bila dibandingkan dengan rerata nasional, maka tidak ada satupun Kab/Kota yang berada di atas rerata nasional. Sedangkan akses sanitasi yang meliputi pemilikan jamban sendiri dan jenis jamban angsa latrin, maka terdapat 25,7% rumah tangga yang akses terhadap sanitasi (rerata nasional 43,0% rumahtangga). Jika dibandingkan dengan rerata NTB, terdapat 3 Kabupaten yaitu Lombok Barat, Lombok Tengah dan Lombok Timur yang berada di bawah rerata NTB, dan terdapat 6 kabupaten/kota yang berada di bawah rerata nasional, di samping 3 kabupaten tersebut ditambah dengan Kab. Dompu, kab. Bima dan Kota Bima.

Tabel 7.22
Sebaran Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumahtangga	Air bersih		Sanitasi	
	Kurang	Akses*)	Kurang	Akses**)
Tempat tinggal				
Kota	20,4	79,6	62,2	37,8
Desa	19,0	81,0	75,2	24,8
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	19,6	80,4	90,5	9,5
Kuintil 2	15,8	84,2	83,3	16,7
Kuintil 3	17,2	82,8	75,4	24,6
Kuintil 4	18,2	81,8	67,9	32,1
Kuintil 5	26,8	73,2	54,1	45,9

catatan : *) 20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

**) memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Sebaran akses terhadap air bersih yang mempertimbangkan konsumsi air minimal 20 liter per orang per hari, bersumber dari sarana air *'improved'* yang jarak ke sumber air dalam radius 1 kilometer, tidak bervariasi untuk air bersih, tetapi bervariasi menurut sanitasi. Di kota, akses terhadap air bersih justru lebih rendah (79,6%) dibandingkan dengan di desa (81,0%). Berbeda dengan akses terhadap sanitasi, di kota (37,8%) dibandingkan dengan di desa (24,8%). Rerata nasional akses terhadap air bersih di kota 67,4% dan di desa 50,9%, sedangkan akses terhadap sanitasi secara nasional di kota 63,3% dan di desa 30,4%..

Sebaran akses air bersih menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan adanya kecenderungan, dimana semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi akses terhadap air bersih, walaupun tidak terlalu mencolok, sedangkan semakin tinggi pengeluaran per kapita maka akses terhadap sanitasi meningkat secara mencolok (kuintil 1 sebanyak 9,5% dan kuintil 5 sebanyak 45,9%) .

7.12. Jenis Penampungan Sampah

Tabel 7.23
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak	Tertutup	Terbuka	Tidak

	ada			ada		
Lombok Barat	3,7	4,6	91,7	4,6	34,8	60,6
Lombok Tengah	2,2	20,0	77,8	1,2	32,5	66,3
Lombok Timur	1,9	8,6	89,4	4,2	19,3	76,5
Sumbawa	11,9	13,4	74,7	10,5	37,7	51,8
Dompu	12,8	9,1	78,2	6,2	23,0	70,8
Bima	4,7	24,2	70,9	4,9	23,1	72,0
Sumbawa Barat	12,1	16,9	71,0	9,6	43,2	47,2
Kota Mataram	11,8	21,0	67,3	12,2	55,9	31,9
Kota Bima	14,5	13,8	71,7	22,9	43,1	34,0
NTB	5,2	13,3	81,5	5,6	31,1	63,3

Proporsi rumahtangga yang memiliki tempat sampah di dalam rumah di NTB adalah 18,5% dan di luar rumah sebesar 36,7%, Kondisi tersebut jauh berada di bawah rerata nasional yang sebesar 26,6% untuk tempat sampah di dalam rumah dan di luar rumah sebesar 45,6%. Dari yang memiliki tempat sampah tersebut, baik di dalam maupun di luar rumah sebagian besar keadaannya terbuka.

Terdapat 2 kabupaten yang cakupan pemilikan tempat sampah di dalam rumahnya di bawah provinsi NTB yaitu Lombok Barat dan Lombok Timur, dan terdapat kabupaten/kota yang memiliki tempat sampah di luar rumah di bawah rerata provinsi NTB yaitu Lombok Tengah, Lombok Timur, Dompu, dan Kab. Bima. Jika dibandingkan dengan rerata nasional untuk kepemilikan penampungan sampah di dalam rumah maka terdapat 7 Kab/Kota yang berada di bawah rerata nasional kecuali Sumbawa Barat dan Kota Bima, sedangkan yang di luar rumah terdapat 6 kab/kota yang berada di bawah rerata nasional kecuali Sumbawa Barat, Kota Mataram dan Kota Bima.

Tabel 7.24
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumahtangga	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Tempat tinggal						
Kota	10,2	14,5	75,3	11,4	35,9	52,8
Desa	2,4	12,6	84,9	2,3	28,4	69,3
Tingkat						

**pengeluaran
perkapita**

Kuintil 1	1,9	10,5	87,5	1,9	29,2	68,8
Kuintil 2	2,7	12,5	84,7	3,0	28,4	68,6
Kuintil 3	4,2	13,5	82,3	5,0	31,2	63,8
Kuintil 4	5,5	15,0	79,5	6,9	28,3	64,8
Kuintil 5	11,9	14,9	73,1	11,2	38,5	50,3

Sebaran proporsi rumah tangga yang memiliki tempat sampah bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Di kota yang memiliki tempat sampah lebih tinggi (24,7% dalam rumah dan 47,3% di luar rumah) dibandingkan di desa (15,0% dalam rumah dan 30,6% di luar rumah). Rerata nasional di kota adalah 36,3% dalam rumah dan 56,1% di luar rumah sedangkan di desa adalah 20,6% dalam rumah dan 39,0% di luar rumah.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, menunjukkan kecenderungan meningkat sesuai dengan pengeluaran rumahtangga (kuintil), di mana semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi yang memiliki tempat sampah, baik di dalam maupun di luar rumah.

7.13. Jenis Bahan Bakar Utama Memasak**Tabel 7.25****Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten/kota	Jenis bahan bakar utama memasak					
	Listrik	Gas/ elpiji	Minyak tanah	Arang/ briket	Kayu baker	Lainnya
Lombok Barat	1.1	0.5	34.6	0.5	63.2	0.2
Lombok Tengah	0.6	1.0	20.1	0.6	77.0	0.6
Lombok Timur	1.3	0.5	28.8	0.1	69.0	0.3
Sumbawa	0.2	1.9	35.5	0.0	61.9	0.4
Dompu	0.4	0.8	28.5	0.4	69.8	0.0
Bima	0.8	1.0	23.3	0.2	74.2	0.4
Sumbawa Barat	0.8	3.2	47.6	0.0	47.6	0.8
Kota Mataram	2.3	9.0	81.1	0.0	5.5	2.1
Kota Bima	2.6	2.0	66.0	0.7	28.8	0.0
NTB	1.0	1.5	33.7	0.3	63.0	0.5

Sebagian besar rumah tangga memasak dengan menggunakan kayu baker (63,0%) sedangkan yang memasak dengan minyak tanah 33,7%. Dibandingkan dengan rerata nasional, kondisi di NTB lebih tinggi, di mana dalam rerata nasional jumlah rumah tangga yang memasak dengan kayu baker 52,2% dan

minyak tanah 35,0%. Terdapat 5 Kabupaten/kota yang sebagian besar rumah tangganya memasak dengan kayu bakar di atas rerata provinsi NTB adalah Lombok Barat, Lombok Tengah, Lombok Timur, Dompu dan Kab. Bima., dan yang terendah adalah Kota Mataram (5,5%). Di NTB proporsi rumah tangga yang menggunakan gas elpiji sebesar 1,5%, yang jauh di bawah rerata nasional yang sebesar 9,4%.

Tabel 7.26
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumahtangga	Jenis bahan bakar utama memasak					
	Listrik	Gas/elpiji	Minyak tanah	Arang/briket	Kayu bakar	Lainnya
Tempat tinggal						
Kota	1.6	3.3	57.0	0.2	37.3	0.7
Desa	0.8	0.5	20.5	0.3	77.6	0.3
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	0.4	0.4	17.2	0.2	81.6	0.3
Kuintil 2	0.5	0.7	25.0	0.4	73.0	0.4
Kuintil 3	1.4	0.8	30.0	0.4	67.2	0.3
Kuintil 4	0.9	1.2	37.2	0.4	59.8	0.4
Kuintil 5	2.0	4.5	59.3	0.3	32.9	1.0

Sebaran proporsi rumah tangga yang jenis bahan bakarnya kayu bakar, minyak tanah, dan gas/elpiji bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Di kota yang menggunakan gas elpiji, minyak tanah dan listrik lebih banyak dibandingkan di desa, sedangkan di desa sebaliknya yaitu yang menggunakan kayu bakar lebih banyak (77,6%) dibandingkan di kota (37,3%). . Keadaan tersebut berbeda dengan rerata nasional, di mana proporsi penduduk kota yang menggunakan kayu bakar 18,4%. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, menunjukkan kecenderungan meningkat untuk bahan bakar gas/elpiji dan minyak tanah sesuai dengan pengeluaran rumah tangga (kuintil), di mana semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi yang pemakaian bahan bakar dengan gas/elpiji dan minyak tanah. Kondisi tersebut berlawanan dengan proporsi rumah tangga yang

menggunakan kayu bakar, di mana semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita semakin rendah penggunaan bahan bakar kayu bakar.

7.14. Jenis Lantai Rumah

Tabel 7.27
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	> 8 m ² /kapita	< 8 m ² /kapita
Lombok Barat	86,6	13,4	59,1	40,9
Lombok Tengah	83,5	16,5	84,8	15,2
Lombok Timur	89,4	10,6	73,7	26,3
Sumbawa	89,1	10,9	79,6	20,4
Dompu	86,8	13,2	63,4	36,6
Bima	94,5	5,5	75,5	24,5
Sumbawa Barat	87,9	12,1	82,3	17,7
Kota Mataram	95,9	4,1	72,6	27,4
Kota Bima	88,9	11,1	73,9	26,1
NTB	88,4	11,6	73,6	26,4

Masih banyak rumahtangga yang lantainya rumahnya tanah dengan tingkat hunian padat. Dari tabel 7.27, terdapat 11,6% rumah tangga yang lantai rumahnya tanah dan 26,4% yang tingkat huniannya padat. Kondisi lantai tersebut tidak terlalu berbeda dengan rerata nasional, di mana rumahtangga yang lantai rumahnya tanah sebesar 12,6% dan untuk hunian yang padat lebih tinggi dari rerata nasional sebesar 17,6%. Dilihat dari kabupaten/kota, terdapat beberapa kabupaten/kota yang proporsi lantai rumahnya tanah tinggi di atas rerata provinsi seperti Lombok Tengah, Lombok Barat, Dompu, dan Sumbawa. Sedangkan kabupaten/kota yang proporsi hunian padatnya tinggi di atas rerata provinsi NTB antara lain Lombok Barat, Dompu dan Kota Mataram, dan terdapat 8 kabupaten/kota dengan tingkat kepadatan tinggi di atas rerata nasional, kecuali Lombok Tengah yang proporsi padatnya lebih rendah.

Tabel 7.28
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	> 8 m ² /kapita	< 8 m ² /kapita
Tempat tinggal				
Kota	93.6	6.4	71,8	28,2
Desa	85.5	14.5	74,6	25,4
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	78.7	21.3	49,0	51,0
Kuintil 2	88.9	11.1	65,1	34,9
Kuintil 3	88.5	11.5	76,2	23,8
Kuintil 4	90.8	9.2	84,8	15,2
Kuintil 5	95.2	4.8	92,9	7,1

Sebaran rumahtangga yang lantai rumahnya tanah dan tingkat huniannya padat bervariasi menurut tempat tinggal dan tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Proporsi yang lantainya tanah di desa lebih tinggi (14,5%) dan lebih rendah dari rerata nasional (17,0%) dibandingkan dengan di kota (6,4%) dan rerata nasional sebesar 5,5%, sedangkan dalam hal kepadatan hunian tidak menunjukkan perbedaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin menurun proporsi yang lantai rumahnya tanah walaupun tidak terlalu mencolok, sedangkan proporsi tingkat hunian padatnya menurun.

7.15. Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah

Tabel 7.29
Sebaran Rumah Tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis bahan beracun berbahaya					
	Pengharum	Spray rambut	Pembersih lantai	Penghilang noda pakaian	Pengkilap kayu/kaca	Racun serangga
Lombok Barat	5,4	2,6	6,0	18,9	3,2	42,0
Lombok Tengah	6,0	7,6	5,5	16,9	3,7	41,5
Lombok Timur	4,6	1,2	6,0	29,2	4,6	39,1
Sumbawa	13,0	8,3	18,3	31,3	13,4	67,8
Dompu	5,8	8,3	5,8	48,1	4,5	22,2
Bima	2,0	7,8	4,9	30,9	0,4	25,2

Sumbawa Barat	18,4	9,7	17,7	50,8	12,1	54,0
Kota Mataram	30,6	22,1	40,5	53,2	18,6	78,8
Kota Bima	15,7	9,2	26,8	40,5	7,2	23,5
NTB	8,3	6,3	10,4	28,5	5,9	43,8

Proporsi rumah tangga yang menggunakan bahan beracun berbahaya diberbagai kabupaten/kota tampak bervariasi. Proporsi rumah tangga yang memakai pengharum sebesar 8,3%, yang menggunakan spray rambut 6,3%, pembersih lantai 10,4%, penghilang noda pakaian 28,5%, pengkilap kayu/kaca 5,9% dan racun serangga 43,8%. Pengguna racun serangga terbanyak di Kota Mataram, Sumbawa dan Sumbawa Barat yang lebih dari 50% rumah tangga menggunakannya. Pembersih lantai banyak digunakann di Kota Mataram dan Kota Bima. Spray rambut banyak digunakan rumah tangga di kota Mataram (22,1%) dan secara keseluruhan rumah tangga di Kota Mataram banyak menggunakan bahan beracun berbahaya.

Tabel 7.30
Sebaran Rumah Tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Susenas 2007

Karakteristik rumahtangga	Jenis bahan beracun berbahaya					
	Pengharum	Spray rambut	Pembersih lantai	Penghilang noda pakaian	Pengkilap kayu/kaca	Racun serangga
Tempat tinggal						
Kota	15,7	10,2	20,8	38,3	12,3	52,2
Desa	4,0	4,1	4,5	22,9	2,2	39,0
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	1,5	3,4	2,2	21,0	1,5	36,8
Kuintil 2	3,4	4,4	4,8	23,5	2,2	40,7
Kuintil 3	4,8	5,8	6,5	25,8	4,0	45,3
Kuintil 4	9,9	6,5	12,5	31,9	5,9	45,1
Kuintil 5	21,7	11,6	26,1	40,5	15,8	51,1

Sebaran rumah tangga yang menggunakan bahan beracun berbahaya banyak dilakukan di kota, dan sedikit di desa, seperti halnya racun serangga yang digunakan rumah tangga di kota sebanyak 52,2% dan di desa 39,0%. Pemakaian

pengharum, spray rambut, pembersih lantai, penghilang noda pakaian dan pengkilap kayu/kaca banyak dilakukan oleh rumah tangga kota.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin banyak rumah tangga yang menggunakan bahan beracun berbahaya, sehingga dapat dikatakan bahwa di kota banyak rumah tangga yang menggunakan bahan beracun berbahaya.

7.16. Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan

Tempat pemeliharaan ternak hewan peliharaan meliputi ternak unggas, ternak sedang (kambing, domba, babi dll), ternak besar (sapi, kerbau, kuda dll) serta anjing/kucing/kelinci, yang tempat pemeliharaannya terdiri dari dalam rumah, luar rumah dan tidak dipelihara.

Tabel 7.31 adalah sebaran rumah tangga menurut tempat pemeliharaan ternak/hewan peliharaan menurut kabupaten/kota dan tabel 7.32 adalah sebaran rumah tangga menurut tempat pemeliharaan ternak/hewan peliharaan dan karakteristik rumah tangga.

Tabel 7.31
Sebaran Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Ternak unggas			Ternak sedang (kambing/domba/babi dll)			Ternak besar (sapi/kerbau/kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak plihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara
Lombok Barat	3,8	27,2	69,1	0,3	4,0	95,7	0,2	11,5	88,3	0,3	0,2	99,5
Lombok Tengah	2,9	41,5	55,6	0,2	3,9	95,9	0,8	12,4	86,8	0,0	0,6	99,4
Lombok Timur	5,5	22,9	71,6	0,1	3,5	96,4	0,1	5,2	94,7	0,0	0,1	99,9
Sumbawa	2,6	38,9	58,5	0,2	6,1	93,8	0,2	3,8	96,0	0,2	4,6	95,2
Dompu	4,0	22,7	73,3	0,0	5,9	94,1	0,0	4,7	95,3	2,6	2,6	94,8
Bima	24,7	13,4	61,9	5,7	8,2	86,1	0,4	3,6	96,0	0,6	0,6	98,7
Sumbawa Barat	0,8	25,6	73,6	0,0	4,1	95,9	0,0	7,5	92,5	0,0	1,6	98,4
Kota Mataram	2,7	15,9	81,4	0,5	1,4	98,2	0,0	0,9	99,1	0,2	1,7	98,0
Kota Bima	12,1	17,4	70,5	1,3	2,0	96,7	0,7	3,9	95,4	0,6	0,6	98,7
NTB	6,1	26,8	67,1	0,7	4,2	95,1	0,3	7,3	92,4	0,3	0,9	98,8

Pada tabel 7.31 terlihat bahwa dari sejumlah rumah tangga yang memelihara unggas, tempat pemeliharaan unggas sebagian besar tidak dipelihara (67,1%), sebagian besar (95,1%) ternak sedang juga tidak dipelihara, demikian pula ternak besar sebagian besar juga tidak dipelihara (92,4%). Demikian pula dengan anjing/kucing/kelinci yang sebagian besar juga tidak dipelihara sebesar 98,8%. Kondisi tersebut berbeda dengan rerata nasional, di mana ternak unggas yang tidak dipelihara sebesar 58,4%, ternak sedang sebesar 87,8%, ternak besar sebesar 91,1% dan anjing/kucing/kelinci sebesar 83,0%

Tempat pemeliharaan ternak unggas yang dilakukan di dalam rumah terdapat di Kab. Bima, demikian pula ternak sedang yang paling banyak dipelihara rumah tangga di dalam rumah juga terdapat di .Kab. Bima. Ternak besar yang dipelihara di dalam rumah oleh rumah tangga banyak dilakukan di Lombok Tengah.

Pada tabel 7.32 terlihat bahwa baik di kota maupun di desa, banyak ternak (ternak unggas, ternak sedang, ternak besar dan anjing/kucing/kelinci) yang tidak dipelihara. Bila menurut pengeluaran per kapita, tidak tampak kecenderungan apa-apa, artinya tidak ada keterkaitan antara pengeluaran per kapita rumah tangga dengan tempat pemeliharaan hewan. Hal yang perlu diperhatikan adalah bahwa di kota masih ada rumah tangga yang memelihara ternak unggas, ternak sedang dan ternak besar di dalam rumah. Demikian pula masih ada rumah tangga yang mempunyai pengeluaran per kapitanya tinggi (kuintil 5) yang memelihara ternak unggas, ternak sedang dan ternak besar di dalam rumah.

Banyaknya rumahtangga yang memelihara ternak, terutama di dalam rumah dapat menjadi faktor risiko untuk tertularnya penyakit bersumber binatang seperti malaria

7.17. Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran

Tabel 7.33 adalah tabel tentang sebaran rumah tangga menurut jarak rumah ke sumber pencemaran (jalan raya/ rel kereta api, tempat pembuangan sampah, industri/pabrik, jaringan listrik/ sutet). Jarak sumber pencemaran dari rumah ke jalan raya/rel kereta api kurang dari 10 meter secara rata-rata di NTB sebanyak 5,9% rumah tangga.dan yang terbanyak di Kab. Bima (15,1%) dan Dompu (9,4%) di mana rerata nasional jarak rumah ke jalan raya/kereta api yang kurang dari 10 meter sebanyak 6,8%. Jarak rumah ke tempat pembuangan sampah yang krang dari 10 meter sebanyak 1,0% dan terbanyak di Kota Bima (3,9%) dan Kab. Dompu (3,7%), sedangkan rerata nasional sebanyak 2,0%.

Tabel 7.32
Sebaran Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Ternak unggas			Ternak sedang (kambing/domba/babi dll)			Ternak besar (sapi/kerbau/kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar Rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak plihara
Tempat tinggal												
Kota	3,6	23,5	73,0	0,3	3,0	96,7	0,2	3,8	95,9	0,1	1,0	98,9
Desa	7,7	28,9	63,4	0,9	4,9	94,1	0,3	9,4	90,3	0,4	0,9	98,7
Tingkat pengeluaran perkapita												
Kuintil 1	7,7	25,1	67,3	1,0	4,9	94,1	0,4	10,4	89,3	0,3	0,7	99,0
Kuintil 2	7,7	26,1	66,2	0,8	4,7	94,5	0,5	9,6	89,9	0,4	1,0	98,6
Kuintil 3	6,1	30,4	63,5	0,5	5,1	94,4	0,1	8,1	91,8	0,5	0,8	98,7
Kuintil 4	4,9	27,4	67,7	0,4	4,0	95,5	0,4	5,1	94,6	0,2	1,0	98,8
Kuintil 5	4,2	25,2	70,6	0,7	2,5	96,8	0,1	3,6	96,3	0,2	1,0	98,8

Tabel 7.33
Sebaran Rumah Tangga menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran dan Kabupaten/Kota di
Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Kab/kota	Jalan raya/rel kereta api (dlm meter)				Tempat pembuangan sampah (dlm meter)				Industri/pabrik (dlm meter)				Jaringan listrik sutt/sutet (dlm meter)			
	<10	10-100	101-200	>200	<10	10-100	101-200	>200	<10	10-100	101-200	>200	<10	10-100	101-200	>200
Lombok Barat	3.0	16.4	4.9	75.7	0.6	8.2	2.4	88.8	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.9	1.0	98.0
Lombok Tengah	4.0	15.4	5.3	75.4	0.6	2.1	0.0	97.3	0.2	1.2	0.4	98.2	0.0	0.2	0.0	99.8
Lombok Timur	8.4	20.7	1.8	69.1	1.2	7.2	0.6	91.0	0.6	0.9	1.4	97.1	0.1	0.1	0.0	99.7
Sumbawa	2.5	22.5	2.7	72.2	1.4	21.0	3.1	74.6	0.0	2.1	0.2	97.7	0.0	0.4	0.0	99.6
Dompu	9.4	44.7	5.3	40.6	3.7	13.2	1.7	81.4	0.8	0.8	0.0	98.4	0.0	0.0	0.0	100.0
Bima	15.1	38.0	4.7	42.1	0.4	4.3	0.8	94.5	0.0	1.0	1.8	97.1	0.0	0.2	0.0	99.8
Sumbawa Barat	1.6	12.1	1.6	84.7	0.0	2.4	0.0	97.6	0.0	0.8	2.4	96.8	0.0	1.6	2.4	96.0
Kota Mataram	3.5	35.8	11.8	49.0	0.9	15.9	1.6	81.6	0.7	1.6	1.6	96.1	0.0	0.2	0.9	98.8
Kota Bima	3.3	17.6	1.3	77.8	3.9	5.2	0.7	90.2	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	4.5	0.6	94.8
NTB	5.9	22.4	4.3	67.4	1.0	8.1	1.2	89.7	0.3	0.9	0.8	98.0	0.0	0.5	0.3	99.1

Sumber pencemaran yang berasal dari industri pabrik yakni yang berjarak kurang dari 10 meter dari rumah sebanyak 0,3% rumah tangga, dan rumah tangga yang menempati rumah yang berjarak kurang 10 meter dari jaringan listrik di NTB tidak ada, tetapi yang berjarak 10-100 meter sebanyak 0,5% rumah tangga dan proporsi terbanyak di kota Bima.. Proporsi rumah tangga yang berjarak kurang dari 10 meter dari tempat pembuangan sampah di NTB relatif kecil sedangkan yang berjarak 10-100 meter ada 8,1% rumah tangga. Secara keseluruhan jarak rumah ke industri/ pabrik relatif sedikit (0,3%) dan hanya 0,5% yang berjarak 10-100 meter ke jaringan listrik/ sutet, dan lebih dari 98% yang berjarak lebih dari 200 meter.

Tabel 7.34 adalah sebaran rumah tangga menurut jarak rumah ke sumber pencemaran dan karakteristik rumah tangga. Dari tabel tersebut terlihat bahwa antara kota dan desa tidak berbeda jarak rumah ke sumber pencemaran, demikian pula tidak ada perbedaan jarak rumah ke sumber pencemaran antara rumah tangga yang mempunyai pengeluaran per kapita tinggi maupun yang rendah..

Tabel 7.34
Sebaran Rumah Tangga Menurut Jarak Rumah Ke Sumber Pencemar Dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumahtangga	Jalan raya/rel kereta api (dlm meter)				Tempat pembuangan sampah (dlm meter)				Industri/pabrik (dlm meter)				Jaringan listrik sutt/sutet (dlm meter)			
	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200
Tempat tinggal																
Kota	6.4	27.9	5.8	59.9	1.0	9.9	1.6	87.4	0.7	1.7	1.5	96.1	0.0	0.5	0.2	99.2
Desa	5.6	19.2	3.5	71.7	1.1	7.1	0.9	90.9	0.1	0.5	0.4	99.1	0.1	0.4	0.4	99.1
Tingkat pengeluaran perkapita																
Kuintil 1	4,6	19,4	5,2	70,8	0,9	11,1	1,0	87,0	0,0	0,4	0,3	99,4	0,0	0,2	0,3	99,6
Kuintil 2	3,3	18,2	3,7	74,8	0,9	8,5	1,3	89,3	0,4	1,1	1,0	97,6	0,0	1,2	0,3	98,5
Kuintil 3	6,3	21,2	3,8	68,8	1,0	6,4	0,8	91,9	0,4	1,0	0,4	98,1	0,0	0,3	0,1	99,6
Kuintil 4	4,2	23,8	4,1	68,0	1,4	7,1	1,5	90,0	0,1	1,2	0,6	98,1	0,0	0,1	0,4	99,6
Kuintil 5	11,3	29,4	4,7	54,6	1,1	7,5	1,4	90,0	0,5	1,1	1,8	96,6	0,2	0,6	0,5	98,7

