

**LAPORAN HASIL
RISET KESEHATAN DASAR
(RISKESDAS)
PROVINSI SULAWESI UTARA
TAHUN 2007**

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

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

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

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

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

Instrumen penelitian meliputi:

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

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

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

Kini kami menyadari, telah tersedia data dasar kesehatan yang meliputi seluruh kabupaten/kota di Indonesia meliputi hampir seluruh status dan indikator kesehatan termasuk data biomedis, yang tentu saja amat kaya dengan berbagai informasi di bidang kesehatan. Kami berharap data itu dapat dimanfaatkan oleh siapa saja, termasuk para peneliti yang sedang mengambil pendidikan master dan doktor. Kami memperkirakan akan muncul ratusan doktor dan ribuan master dari data Riskesdas ini. Inilah sebuah rancangan karya "kejutan" yang membuat kami terkejut sendiri, karena demikian berat, rumit dan hebat kritikan dan apresiasi yang kami terima dari berbagai pihak.

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, wassalamu'alaikum wr. wb.

Jakarta, Desember 2008

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Departemen Kesehatan RI

Dr. Triono Soendoro, PhD

SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

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

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

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

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

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

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

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

Khusus untuk para peneliti Balitbangkes, teruslah berkarya, tanpa bosan mencari terobosan riset baik dalam lingkup kesehatan masyarakat, kedokteran klinis maupun biomolekuler yang sifatnya *translating research into policy*, dengan tetap menjunjung tinggi nilai yang kita anut, integritas, kerjasama tim serta transparan dan akuntabel.

Billahit taufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2008

Menteri Kesehatan Republik Indonesia

The image shows a circular official stamp in blue ink. The outer ring of the stamp contains the text "MENTERI KESEHATAN" at the top and "REPUBLIK INDONESIA" at the bottom, separated by two stars. In the center of the stamp is the Garuda Pancasila, the national emblem of Indonesia. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in black ink, which appears to be "Siti Fadilah Supari".

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

RINGKASAN EKSEKUTIF

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 adalah survei tingkat nasional yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan RI dengan melibatkan BPS, organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat, untuk menyediakan informasi kesehatan yang berbasis bukti (*evidence-based*) untuk menunjang perencanaan bidang kesehatan kabupaten/kota. Riskesdas mencakup sampel yang jauh lebih besar dari survei-survei kesehatan sebelumnya, seperti SKRT atau SDKI, dan mencakup aspek kesehatan yang lebih luas. Riskesdas 2007 dilaksanakan untuk menjawab pertanyaan tentang status kesehatan masyarakat di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota, faktor-faktor yang melatarbelakanginya dan masalah kesehatan masyarakat yang spesifik di setiap wilayah.

Riskesdas 2007 di Provinsi Sulawesi Utara merupakan bagian integral yang tak terpisahkan dengan Riskesdas nasional, mencakup 9 kabupaten/kota sebelum pemekaran kabupaten/kota di provinsi tersebut. Kabupaten/kota yang dicakup adalah: Kabupaten Bolaang Mongondow, Minahasa, Kepulauan Sangihe, Kepulauan Talaud, Minahasa Selatan, Minahasa Utara, Kota Manado, Kota Bitung, dan Kota Tomohon.

Tujuan Riskesdas adalah menyediakan data dan informasi yang '*evidence based*' untuk perencanaan kesehatan tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota. Data dan informasi yang dikumpulkan meliputi gizi, kesehatan ibu dan anak, penyakit menular, penyakit tidak menular, perilaku, akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan.

Metode

Penarikan sampel untuk Riskesdas 2007 identik dengan *two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007. Riskesdas 2007 mencakup sampel di 33 provinsi, 440 dari sebanyak 456 kabupaten/kota, 17.165 dari 17.357 blok sensus (BS), 258.466 dari 277.630 rumahtangga. Selanjutnya, seluruh anggota rumahtangga dari setiap rumahtangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut diambil sebagai sampel individu. Dengan begitu, Riskesdas 2007 mencakup sampel 973.662 dari 1.134.225 anggota rumahtangga. Riskesdas di provinsi Sulawesi Utara mencakup 325 BS, 4585 rumahtangga, 14397 anggota rumahtangga. Sebagian besar tenaga pengumpul data berasal dari provinsi dan kabupaten/kota.

Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumahtangga berusia lebih dari satu tahun yang tinggal di BS dengan klasifikasi perkotaan. Secara nasional, terkumpul 26.919 dari 35.209 sampel anggota rumahtangga berasal dari 971 blok dari 294 kabupaten/kota Riskesdas 2007. Khusus untuk pengukuran gula darah, sampel diambil dari anggota rumahtangga berusia lebih dari 15 tahun yang berjumlah 19.114 orang.

Ada 2 cara penarikan sampel yodium, yaitu pengukuran kadar yodium dalam garam yang dikonsumsi rumahtangga, dan kedua adalah pengukuran yodium dalam urin. Untuk pengukuran kadar yodium dalam garam, dilakukan tes/uji cepat yodium pada 257.247 sampel rumahtangga dari 440 kabupaten/kota. Untuk pengukuran kedua, dipilih secara acak 2 rumahtangga yang mempunyai anak usia 6-12 tahun dari 16 rumahtangga per BS di 30 kabupaten yang dapat mewakili secara nasional. Dari rumahtangga yang terpilih, sampel garam rumahtangga diambil, dan juga sampel urin dari anak usia 6-12 tahun yang selanjutnya dikirim ke laboratorium Universitas Diponegoro, Balai GAKY-Magelang, dan Puslitbang Gizi dan Makanan, Bogor. Dengan cara itu didapatkan sampel 8473 anak usia 6-12 tahun yang dilakukan pengukuran kadar yodium dalam urin.

Di Provinsi Sulawesi Utara, seluruh tenaga lapang pengumpul data kesehatan masyarakat, berasal dari tenaga setempat, yakni dari Dinas Kesehatan dan Poltekkes, yang disupervisi oleh 5 tenaga dari Badan Litbang Kesehatan dan 5 tenaga dosen dari Poltekkes, sementara tenaga pengambil spesimen darah (plebotomi) berasal dari Laboratorium Kesehatan Daerah dan/atau Rumah Sakit setempat.

Pada buku laporan ini dijelaskan pelbagai temuan Riskesdas 2007 di tingkat provinsi, dan variasi antar-kabupaten/kota. Dalam buku laporan ini, hasil pemeriksaan biomedis belum selesai, oleh karena itu akan dilaporkan tersendiri.

Gizi. Pada tingkat provinsi, prevalensi balita gizi kurang+buruk (15,8%) sudah memenuhi target nasional 2015 (20%). Kabupaten Kepulauan Talaud dan Kota Bitung belum mencapai target MDGs 2015, sementara Kabupaten Minahasa Utara dan Kota Manado berpeluang besar untuk mencapai target tersebut. Meski masalah gizi kronis di Sulawesi Utara lebih rendah dibandingkan dengan angka nasional, prevalensinya cukup tinggi, yakni hampir sepertiga balita (31,2%) termasuk kategori pendek + sangat pendek. Prevalensi balita kurus+sangat kurus di Provinsi Sulawesi Utara sebesar 10,2%, yang berarti secara rerata masalah kekurusan di Sulawesi Utara bersifat akut dan masuk kategori masalah kesehatan masyarakat yang serius, tetapi uniknya prevalensi balita gemuk hampir sama besar (10,9%). Berarti masalah gizi ganda (gizi kurang dan gizi lebih) sudah ditemukan sejak usia balita. Fenomena yang sama juga ditemukan pada anak usia sekolah (prevalensi kurus pada anak laki-laki 9%, BB lebih 9,2% pada anak perempuan, prevalensi kurus 7,4% dan BB lebih 8%). Pada anggota rumahtangga dewasa, prevalensi BB lebih dua kali prevalensi kurus (14,2% vs 6,7%), sementara prevalensi kegemukan lebih tinggi lagi, yakni 18,9%. Secara rerata empat dari lima (80%) rumahtangga di Sulawesi Utara mengonsumsi energi lebih rendah dari rerata nasional, dan tiga dari empat (75%) rumahtangga mengonsumsi protein lebih rendah dari rerata nasional. Secara rerata 90% rumahtangga mengonsumsi garam beryodium, persentase terendah ditemukan di Kota Bitung (50%).

Kesehatan ibu dan anak. Secara umum cakupan imunisasi pada anak umur 12-59 sudah mencapai >80% sehingga kekebalan kelompok (*herd immunity*) dapat dicapai, kecuali untuk HB, baru mencapai 71,7%, sedangkan cakupan tertinggi ialah imunisasi BCG (95,2%). Cakupan imunisasi lengkap di Sulawesi Utara adalah 48,2% dan hanya 2,6% anak balita yang sama sekali tidak dimunisasi. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita cakupan imunisasi semakin tinggi.

Persentase anak balita yang ditimbang ≥ 4 kali dalam 6 bulan terakhir adalah 57,5% dan terdapat 8,5% anak balita yang tidak pernah ditimbang dalam 6 bulan terakhir. Persentase tertinggi balita yang ditimbang ≥ 4 kali dalam 6 bulan terakhir adalah di Kepulauan Talaud (78,3%). Fasilitas yang paling banyak dimanfaatkan dalam penimbangan terakhir adalah Posyandu (78,9%). Kepemilikan KMS dan buku KIA yang dapat menunjukkan masing masing adalah 22,8% dan 22,9%. Balita yang menyatakan tidak mempunyai KMS dan buku KIA hampir sama yaitu KMS 32,2% dan buku KIA 32,5%.

Cakupan pemberian kapsul vitamin A kepada anak balita baru mencapai 78,4% tertinggi di Kota Manado (86,7%) dan terendah di Bolaang Mongondow (63,3%). Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita semakin tinggi balita yang menerima kapsul vitamin A.

Penyakit menular. Dalam satu bulan terakhir, berdasarkan diagnosis + gejala penyakit malaria, penyakit ini ditemukan di semua kabupaten/kota dengan prevalensi sangat bervariasi antara 0,3% dan 11,2%. Dalam 12 bulan terakhir, berdasarkan diagnosis + gejala penyakit DBD, penyakit ini juga ditemukan di semua kabupaten/kota dengan prevalensi 0,1-0,7%. Filariasis ditemukan di lima kabupaten/kota. Dalam 1 bulan terakhir, berdasarkan diagnosis + gejala penyakit ISPA ditemukan di semua kabupaten/kota dengan prevalensi 20,5% penduduk, sementara dalam 12 bulan terakhir, prevalensi TB sebesar 0,6%, lebih

rendah daripada angka nasional. Prevalensi diare dalam satu bulan terakhir 5,4%, dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud (8,8%).

Penyakit tidak menular. Prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran cukup tinggi (31,2%), dan ditemukan dua kabupaten dengan prevalensi >40% yakni Kabupaten Minahasa dan Kota Tomohon. Prevalensi penyakit sendi juga cukup tinggi (25%), dengan prevalensi tertinggi 34% ditemukan di Kabupaten Minahasa Selatan. Dalam satu tahun terakhir, berdasarkan diagnosis + gejala penyakit jantung, prevalensi jantung 8,2%, dan prevalensi asma 2,7%. Secara rerata di provinsi Sulawesi Utara hampir 1 di antara 10 penduduk (8,97%) menderita gangguan mental emosional, dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud (20%). Prevalensi *low vision* dan kebutaan penduduk umur ≥ 5 tahun dalam 5 tahun terakhir adalah 3,4% dan 0,5%. Di Sulawesi Utara, berdasarkan diagnosis + gejala katarak, prevalensi katarak penduduk umur ≥ 30 tahun sebesar 20%, dengan prevalensi tertinggi 34% di Kabupaten Kepulauan Talaud. Hampir satu di antara tiga penduduk di provinsi Sulawesi Utara mempunyai masalah gigi-mulut, namun persentase yang menerima perawatan gigi baru satu di antara empat.

Perilaku. Hampir satu di antara empat (24,6%) penduduk umur ≥ 10 tahun, termasuk perokok setiap hari dan pengisap rokok rerata 10 batang per hari. Hampir tiga perempat (74,4%) merupakan perokok saat ini dan pengisap rokok 1-12 batang setiap hari. Sebanyak 87% perokok biasa merokok di dalam rumah. Jenis rokok yang paling disukai oleh perokok adalah kretek filter (>50%). Hanya 8,6% penduduk umur ≥ 10 tahun yang biasa mengonsumsi cukup buah dan sayur. Dalam satu bulan terakhir, prevalensi peminum minuman beralkohol sekitar 15%, peminum dalam satu tahun terakhir mencapai 17%. Secara rerata, hampir separuh (47%) penduduk umur ≥ 10 tahun yang kurang melakukan aktivitas fisik.

Sebanyak 71% penduduk umur ≥ 10 tahun di Sulawesi Utara pernah mendengar tentang flu burung, dan 80% di antaranya berpengetahuan benar. Hampir separuh penduduk umur ≥ 10 tahun pernah mendengar tentang HIV/AIDS, tetapi hanya seperdelapan yang mempunyai pengetahuan tentang penularan. Sebanyak 37% penduduk umur ≥ 10 tahun berperilaku cuci-tangan dengan sabun.

Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hampir 60% rumahtangga mempunyai akses ke tempat pelayanan kesehatan <1 km, dan sekitar tiga perempat (76%) memerlukan waktu <15 menit. Sebagian besar (84%) rumahtangga mempunyai akses ke pelayanan kesehatan UKBM dengan jarak < 1 km, sedangkan 92% rumahtangga memerlukan waktu < 15 menit untuk mencapai UKBM. Rumahtangga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan UKBM dalam 3 bulan terakhir hanya 20%. Alasan utama tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan UKBM karena pelayanannya tidak lengkap (71%) dan 18% karena memang tidak ada UKBM. Dalam 3 bulan terakhir, pelayanan penimbangan paling banyak dimanfaatkan oleh rumahtangga (88%), disusul oleh imunisasi (58%) dan suplemen gizi (55%). Pemanfaatan pelayanan polindes/bidan di desa masih sangat rendah (< 20%). Lebih separuh (>50%) responden memberikan alasan yang tidak jelas mengapa tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa. Jenis pelayanan polindes/bidan yang paling banyak dimanfaatkan dalam 3 bulan terakhir adalah pengobatan (>80%).

Kesehatan lingkungan. Satu di antara 3 (17,6 %) rumahtangga di Sulawesi Utara memiliki rerata pemakaian air bersih antara 20 dan 49,9 liter/orang/hari.

Hasil-hasil temuan Riskedas ini dapat dimanfaatkan, baik sebagai bahan perencanaan/perbaikan program, pemantauan dan evaluasi maupun prediksi.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	ii
Sambutan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia	iv
Ringkasan Eksekutif	vi
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xxii
Daftar Singkatan	xxiii
Daftar Lampiran	xxv
BAB 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2. Ruang Lingkup Riskesdas	1
1.3. Pertanyaan Penelitian	2
1.4. Tujuan Riskesdas	2
1.5. Kerangka Pikir	2
1.6. Mekanisme Kerja Riskesdas	4
1.7. Pengorganisasian Riskesdas	4
1.8. Manfaat Riskesdas	5
1.9 Keterbatasan Riskesdas	5
1.10. Persetujuan Etik Riskesdas	5
BAB 2 Metodologi Riskesdas	6
2.1. Desain	6
2.2. Lokasi	6
2.3. Populasi Sampel	7
2.3.1. Penarikan Sampel Blok Sensus	7
2.3.2. Penarikan Sampel Rumah Tangga	7
2.3.3. Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga	7
2.3.4. Penarikan Sampel Biomedis	7
2.3.5. Penarikan Sampel Yodium	8
2.4. Variabel	8
2.5. Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpul Data	9
2.6. Manajemen Data	12
2.6.1. Editing	12
2.6.2. Entry	12
2.6.3. Cleaning	13
2.7 Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data	13
2.8. Keterbatasan Riskesdas	14
2.9. Pengolahan dan Analisis Data	17
BAB 3 3. Hasil Riskesdas	19
3.1. Profil Provinsi	19
3.2. Gizi	23
3.2.1. Status Gizi Balita	23
3.2.2. Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah)	32
3.2.3. Status Gizi Penduduk Umur 15 tahun keatas	33
3.2.4. Konsumsi Energi dan Protein	39
3.2.5. Konsumsi Garam beriodium	41
3.3. Kesehatan Ibu dan Anak	43
3.3.1. Status Imunisasi	43

3.3.2. Pemantauan Perumbuhan Balita	48
3.3.3. Distribusi Kapsul Vitamin A	56
3.3.4. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	58
3.3.5. Pemeriksaan Kehamilan	60
3.4. Penyakit Menular	66
3.4.1. Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	66
3.4.2. Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), Campak	69
3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare	73
3.5. Penyakit Tidak Menular	75
3.5.1. Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan	75
3.5.2. Gangguan Mental Emosional	82
3.5.3. Penyakit Mata	84
3.5.4. Kesehatan Gigi	91
3.6. Cedera dan Disabilitas	106
3.6.1. Cedera	106
3.6.2. Status Disabilitas/Ketidakmampuan	116
3.7. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	121
3.7.1. Perilaku Merokok	121
3.7.2. Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur	133
3.7.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol	135
3.7.4. Perilaku Aktivitas Fisik	142
3.7.5. Pengetahuan Sikap terhadap Flu Burung	144
3.7.6. Pengetahuan Sikap terhadap HIV/AIDS	146
3.7.7. Pola Konsumsi Makanan Berisiko	150
3.7.8. Perilaku Higienis	152
3.7.9. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	154
3.8. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	155
3.8.1. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	155
3.8.2. Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	166
3.8.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	171
3.9. Kesehatan Lingkungan	174
3.9.1. Air Keperluan Rumah Tangga	174
3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar	182
3.9.3. Sarana Pembuangan Air Limbah	185
3.9.4. Pembuangan Sampah	187
3.9.5. Perumahan	188
BAB IV Ringkasan Temuan	191
Daftar Pustaka	193
Lampiran	197

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Informasi	1
Tabel 2.8.1	Jumlah Blok Sensus (BS) menurut Susenas dan Riskesdas	15
Tabel 2.8.2	Jumlah Sampel Rumah tangga (RT) per Provinsi menurut Susenas dan Riskesdas, 2007	16
Tabel 2.8.3	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) per Provinsi menurut Susenas dan Riskesdas, 2007	17
Tabel 3.2.1.1	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	24
Tabel 3.2.1.2	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	25
Tabel 3.2.1.3	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	26
Tabel 3.2.1.4	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	27
Tabel 3.2.1.5	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	29
Tabel 3.2.1.6	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas, 2007	30
Tabel 3.2.1.7	Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Provinsi, Riskesdas 2007	31
Tabel 3.2.2.1	Persentase Status Gizi Anak Usia 6-14 tahun menurut Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara pada Laki-Laki dan Perempuan, Riskesdas 2007	32
Tabel 3.2.2.2	Persentase Status Gizi Anak Usia 6-14 Tahun menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007	33
Tabel 3.2.3.1	Persentase Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	34
Tabel 3.2.3.2	Persentase Penduduk Laki-laki Umur 15 Tahun ke Atas menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	34
Tabel 3.2.3.3	Persentase Penduduk Perempuan Umur 15 Tahun ke Atas menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	35
Tabel 3.2.3.4	Persentase Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	35
Tabel 3.2.3.5	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	36
Tabel 3.2.3.6	Prevalensi Obesitas Sentral Pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	37

Tabel 3.2.3.7	Persentase Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun menurut Risiko KEK menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	39
Tabel 3.2.4.1	Konsumsi Energi dan Protein per Kapita per Hari menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	40
Tabel 3.2.4.2	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional di Indonesia, Riskesdas 2007	40
Tabel 3.2.4.3	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran Rumah tangga per Kapita di Indonesia, Riskesdas 2007	41
Tabel 3.2.5.1	Persentase RT yang Mengonsumsi Garam Mengandung Cukup Iodium menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	41
Tabel 3.2.5.2	Persentase RT Mengonsumsi Garam Cukup Yodium menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	42
Tabel 3.3.1.1	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/Kota di Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	44
Tabel 3.3.1.2	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	45
Tabel 3.3.1.3	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Kabupaten/Kota di Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	46
Tabel 3.3.1.4	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	47
Tabel 3.3.2.1	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	48
Tabel 3.3.2.2	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	49
Tabel 3.3.2.3	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	50
Tabel 3.3.2.4	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	51
Tabel 3.3.2.5	Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	52
Tabel 3.3.2.6	Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	53
Tabel 3.3.2.7	Persentase Balita menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	54
Tabel 3.3.2.8	Persentase Balita menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	55
Tabel 3.3.3.1	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	56

Tabel 3.3.3.2	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	57
Tabel 3.3.4.1	Persentase Ibu menurut Persepsi Ukuran Bayi Saat Lahir dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	58
Tabel 3.3.4.2	Persentase Ibu menurut Persepsi Ukuran Bayi Lahir dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	59
Tabel 3.3.5.1	Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan menurut Kabupaten, di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	60
Tabel 3.3.5.2	Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan menurut Wilayah Tempat Tinggal Responden, di provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	61
Tabel 3.3.5.3	Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	62
Tabel 3.3.5.4	Persentase Jenis Pelayanan pada Pemeriksaan Kehamilan menurut Wilayah/Daerah di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	63
Tabel 3.3.5.5	Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	64
Tabel 3.3.5.6	Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas, 2007	65
Tabel 3.4.1.1	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	67
Tabel 3.4.1.2	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	68
Tabel 3.4.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak menurut Kota/Kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	70
Tabel 3.4.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak Berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	71
Tabel 3.4.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare dan Pemakaian Obat Diare menurut Kota/Kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	73
Tabel 3.4.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare dan Pemakaian Obat Diare menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	74
Tabel 3.5.1.1	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	76
Tabel 3.5.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	78
Tabel 3.5.1.3	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor** menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	79
Tabel 3.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor** Berdasarkan Diagnosis Tenaga Kesehatan atau Gejala menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	80
Tabel 3.5.1.5	Prevalensi (%) Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rinitis, Talasemia, Hemofilia) Menurut	81

Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Tabel 3.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas (Berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	82
Tabel 3.5.2.2	Prevalensi Gangguan Mental Emosional Pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	83
Tabel 3.5.3.1	Persentase Penduduk Umur 6 Tahun ke Atas menurut <i>Low Vision</i> dan Kebutaan (dengan atau tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	85
Tabel 3.5.3.2	Persentase Penduduk Umur 6 Tahun ke Atas menurut <i>Low Vision</i> dan Kebutaan (Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	86
Tabel 3.5.3.3	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	87
Tabel 3.5.3.4	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	88
Tabel 3.5.3.5	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi menurut kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	89
Tabel 3.5.3.6	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	90
Tabel 3.5.4.1	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	92
Tabel 3.5.4.2	Presentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut dalam 12 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	93
Tabel 3.5.4.3	Persentase Jenis Perawatan yang Diterima Penduduk untuk Masalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	94
Tabel 3.5.4.4	Persentase Jenis Perawatan yang Diterima Penduduk untuk Masalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	95
Tabel 3.5.4.5	Persentase Penduduk ≥ 10 Tahun yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	96
Tabel 3.5.4.6	Persentase Penduduk 10 Th > yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	97
Tabel 3.5.4.7	Persentase Waktu Menyikat Gigi pada Penduduk ≥ 10 Tahun yang Menggosok Gigi Setiap Hari menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	98

Tabel 3.5.4.8	Persentase Waktu Menyikat Gigi pada Penduduk ≥ 10 Tahun yang Menggosok Gigi Setiap Hari menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	98
Tabel 3.5.4.9	Komponen D, M, F dan Indeks DMF-T menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	99
Tabel 3.5.4.10	Komponen D, M, F dan Indeks DMF-T menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	100
Tabel 3.5.4.11	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	101
Tabel 3.5.4.12	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Karakteristik, di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	102
Tabel 3.5.4.13	<i>Required Treatment Index (RTI)</i> dan <i>Perform Treatment Index (PTI)</i> menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara	103
Tabel 3.5.4.14	<i>Required Treatment Index (RTI)</i> dan <i>Perform Treatment Index (PTI)</i> menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	104
Tabel 3.5.4.15	Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk Edentulous menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	105
Tabel 3.6.1.1	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	106
Tabel 3.6.1.2	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	107
Tabel 3.6.1.3	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	110
Tabel 3.6.1.4	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera Berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	111
Tabel 3.6.1.5	persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	113
Tabel 3.6.1.6	persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	115
Tabel 3.6.2.1	Persentase Penduduk Umur ≥ 15 Tahun menurut Status Disabilitas dalam 1 Bulan Terakhir di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	117
Tabel 3.6.2.2	Persentase Penduduk Umur ≥ 15 Tahun menurut Masalah Disabilitas dalam 1 Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	117
Tabel 3.6.2.3	Persentase Penduduk Umur ≥ 15 Tahun menurut Masalah Disabilitas dalam 1 Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	118
Tabel 3.6.2.4	Persentase Penduduk Umur ≥ 15 Tahun menurut Masalah Disabilitas yang Membutuhkan Bantuan Orang Lain menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	120

Tabel 3.7.1.1	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	122
Tabel 3.7.1.2	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Diisap Penduduk Umur ≥ 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	122
Tabel 3.7.1.3	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Diisap Penduduk Umur ≥ 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	123
Tabel 3.7.1.4	Persentase Penduduk Umur ≥ 10 Tahun Perokok menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	124
Tabel 3.7.1.5	Persentase Penduduk Umur ≥ 10 Tahun Perokok menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	125
Tabel 3.7.1.6	Persentase Penduduk Umur ≥ 10 Tahun yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	126
Tabel 3.7.1.7	Persentase Penduduk Umur ≥ 10 Tahun yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	127
Tabel 3.7.1.8	Persentase Penduduk Umur ≥ 10 Tahun yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	128
Tabel 3.7.1.9	Persentase Penduduk Umur ≥ 10 Tahun yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok dan Karakteristik Responden, menurut Karakteristik di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	129
Tabel 3.7.1.10	Prevalensi Perokok dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah tangga Lain menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	130
Tabel 3.7.1.11	Persentase Penduduk Umur ≥ 10 Tahun yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Diisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	131
Tabel 3.7.1.12	Persentase Penduduk umur ≥ 10 Tahun yang Merokok Berdasarkan Jenis Rokok yang Diisap menurut Karakteristik di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	132
Tabel 3.7.2.1	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayuran Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	133
Tabel 3.7.2.2	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayuran Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	134
Tabel 3.7.3.1	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	135
Tabel 3.7.3.2	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	136

Tabel 3.7.3.3	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	137
Tabel 3.7.3.4	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Karakteristik di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	138
Tabel 3.7.3.5	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standar Minuman menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	140
Tabel 3.7.3.6	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standar Minuman menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	141
Tabel 3.7.4.1	Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	142
Tabel 3.7.4.2	Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	143
Tabel 3.7.5.1	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap tentang Flu Burung dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	144
Tabel 3.7.5.2	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	145
Tabel 3.7.6.1	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	146
Tabel 3.7.6.2	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	147
Tabel 3.7.6.3	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Sikap, Bila Ada Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	148
Tabel 3.7.6.4	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Sikap Andai kata ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	149
Tabel 3.7.7.1	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut, Riskesdas 2007	150
Tabel 3.7.7.2	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007	151
Tabel 3.7.8.1	Persentase Penduduk \geq 10 tahun yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan dengan Sabun menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	152
Tabel 3.7.8.2	Persentase Penduduk \geq 10 tahun yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan dengan Sabun menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	153
Tabel 3.7.9.1	Persentase Rumah tangga yang Memenuhi Kriteria Perilaku Hidup	154

	Bersih dan Sehat (PHBS) Baik menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	
Tabel 3.7.9.2	Persentase Rumahtangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran per Kapita di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	155
Tabel 3.8.1.1	Persentase Rumahtangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	155
Tabel 3.8.1.2	Persentase Rumahtangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	156
Tabel 3.8.1.3	Persentase Rumahtangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	157
Tabel 3.8.1.4	Persentase Rumahtangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	157
Tabel 3.8.1.5	Persentase Rumahtangga yang Memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	158
Tabel 3.8.1.6	Persentase Rumahtangga yang Memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	158
Tabel 3.8.1.7	Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	159
Tabel 3.8.1.8	Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	159
Tabel 3.8.1.9	Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	160
Tabel 3.8.1.10	Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Karakteristik Rumahtangga, Riskesdas 2007	160
Tabel 3.8.1.11	Persentase Rumahtangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	161
Tabel 3.8.1.12	Persentase Rumahtangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	161
Tabel 3.8.1.13	Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	162
Tabel 3.8.1.14	Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi	162

Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Tabel 3.8.1.15	Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	163
Tabel 3.8.1.16	Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	164
Tabel 3.8.1.17	Persentase Rumahtangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	164
Tabel 3.8.1.18	Persentase Rumahtangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	165
Tabel 3.8.1.19	Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	165
Tabel 3.8.1.20	Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	166
Tabel 3.8.2.1	Persentase Tempat Berobat Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	167
Tabel 3.8.2.2	Persentase Tempat Berobat Rawat Inap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	167
Tabel 3.8.2.3	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	168
Tabel 3.8.2.4	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	168
Tabel 3.8.2.5	Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	169
Tabel 3.8.2.6	Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	169
Tabel 3.8.2.7	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	170
Tabel 3. 8.2.8	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	170
Tabel 3. 8.3.1	Persentase Rumahtangga pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	172
Tabel 3. 8.3.2	Persentase Rumahtangga pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	172
Tabel 3. 8.3.3	Persentase Rumahtangga pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	173

Tabel 3. 8.3.4	Persentase Rumahtangga pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	173
Tabel 3. 9.1.1	Persentase Rumahtangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih per Orang per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	174
Tabel 3. 9.1.2	Persentase Rumahtangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih per Orang per Hari dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	175
Tabel 3. 9.1.3	Persentase Rumahtangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	175
Tabel 3. 9.1.4	Persentase Rumahtangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	176
Tabel 3. 9.1.5	Sebaran Rumahtangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air dalam Rumahtangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	176
Tabel 3. 9.1.6	Persentase Rumahtangga menurut Anggota Rumahtangga yang Biasa Mengambil Air dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	177
Tabel 3. 9.1.7	Persentase Rumahtangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	177
Tabel 3. 9.1.8	Persentase Rumahtangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	178
Tabel 3. 9.1.9	Persentase Rumahtangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	178
Tabel 3. 9.1.10	Persentase Rumahtangga menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	179
Tabel 3. 9.1.11	Persentase Rumahtangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	180
Tabel 3. 9.1.12	Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	181
Tabel 3. 9.2.1	Persentase Rumahtangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Susenas 2007	182
Tabel 3. 9.2.2	Persentase Rumahtangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Susenas 2007	182
Tabel 3. 9.2.3	Persentase Rumahtangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	183
Tabel 3. 9.2.4	Persentase Rumahtangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	183

Tabel 3. 9.2.5	Persentase Rumahtangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	184
Tabel 3. 9.2.6	Persentase Rumahtangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Susenas 2007	184
Tabel 3. 9.3.1	Persentase Rumahtangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	185
Tabel 3. 9.3.2	Persentase Rumahtangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	185
Tabel 3.9.3.3	Persentase Rumahtangga menurut Akses terhadap Air Bersih dan Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Susenas dan Riskesdas 2007	186
Tabel 3. 9.3.4	Persentase Rumahtangga menurut Akses terhadap Air Bersih dan Sanitasi dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	186
Tabel 3. 9.4.1	Persentase Rumahtangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	187
Tabel 3. 9.4.2	Persentase Rumahtangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	187
Tabel 3. 9.5.1	Persentase Rumahtangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	188
Tabel 3. 9.5.2	Persentase Rumahtangga Menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumahtangga, Riskesdas 2007	188
Tabel 3. 9.5.3	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	189
Tabel 3. 9.5.4	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan Menurut Karakteristik, di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007	190

DAFTAR GAMBAR

1.1.	Kerangka Pikir Riskesdas	2
1.2.	Mekanisme Kerja Riskesdas 2007	4
1.3	Gambar Peta Provinsi Sulawesi Utara	19

DAFTAR SINGKATAN

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

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

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1.1 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang
Tim Riset Kesehatan Dasar.
- Lampiran 1.2 Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent)
- Lampiran 2.1 Kuesioner Riset Kesehatan Dasar

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Untuk mewujudkan visi “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat”, Departemen Kesehatan RI mengembangkan misi: “membuat rakyat sehat”. Sebagai penjabarannya telah dirumuskan empat strategi utama dan 17 sasaran. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes), sebagai salah satu unit utama Depkes, mempunyai fungsi menunjang sasaran 14, yaitu berfungsinya sistem informasi kesehatan yang berbasis bukti (*evidence-based*) di seluruh Indonesia. Untuk itu diperlukan data berbasis komunitas tentang status kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya. Sejalan dengan Undang-Undang nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, kewenangan perencanaan bidang kesehatan berada di tingkat kabupaten/kota. Proses perencanaan pembangunan kesehatan yang akurat membutuhkan data berbasis bukti di tiap kabupaten/kota.

Keterwakilan hasil survei yang berbasis komunitas seperti Survei Kesehatan Nasional (SDKI, Susenas Modul, SKRT) yang selama ini dilakukan hanya sampai tingkat kawasan atau provinsi, sehingga belum memadai untuk perencanaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota, termasuk perencanaan pembiayaan. Sampai saat ini belum tersedia peta status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakangi di tingkat kabupaten/kota. Dengan demikian, perumusan dan pengambilan kebijakan di bidang kesehatan, belum sepenuhnya dibuat berdasarkan informasi komunitas yang berbasis bukti.

Atas dasar berbagai pertimbangan di atas, Balitbangkes melaksanakan riset kesehatan dasar (Riskesdas) untuk menyediakan informasi berbasis komunitas tentang status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya dengan keterwakilan sampai tingkat kabupaten/kota. Riskesdas di Provinsi Sulawesi Utara merupakan bagian integral yang tak terpisahkan dari Riskesdas nasional.

1.2 Ruang Lingkup Riskesdas

Riskesdas adalah riset berbasis komunitas dengan tingkat keterwakilan kabupaten/kota, yang menyediakan informasi kesehatan dasar termasuk biomedis, dengan menggunakan sampel Susenas Kor. Riskesdas mencakup sampel yang lebih besar dari survei-survei kesehatan sebelumnya, dan mencakup aspek kesehatan yang lebih luas.

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

Tabel 2.1
Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Informasi

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

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

1.3 Pertanyaan Penelitian

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

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

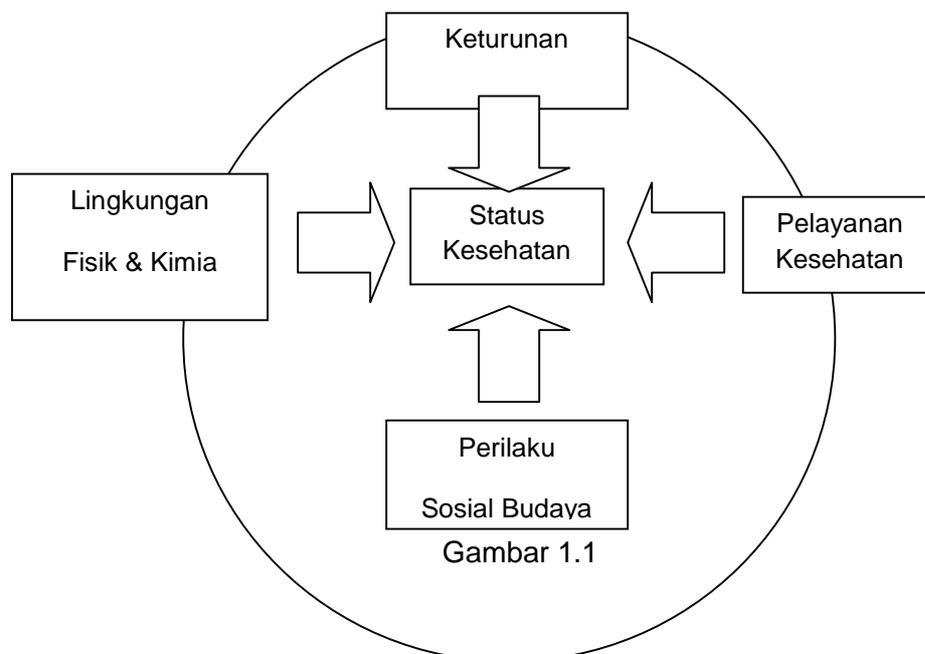
1.4 Tujuan Riskesdas

Tujuan Riskesdas adalah sebagai berikut:

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

1.5 Kerangka Pikir

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



Gambar 1.1

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

Status kesehatan, diukur dengan :

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

Faktor lingkungan, diukur dengan :

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

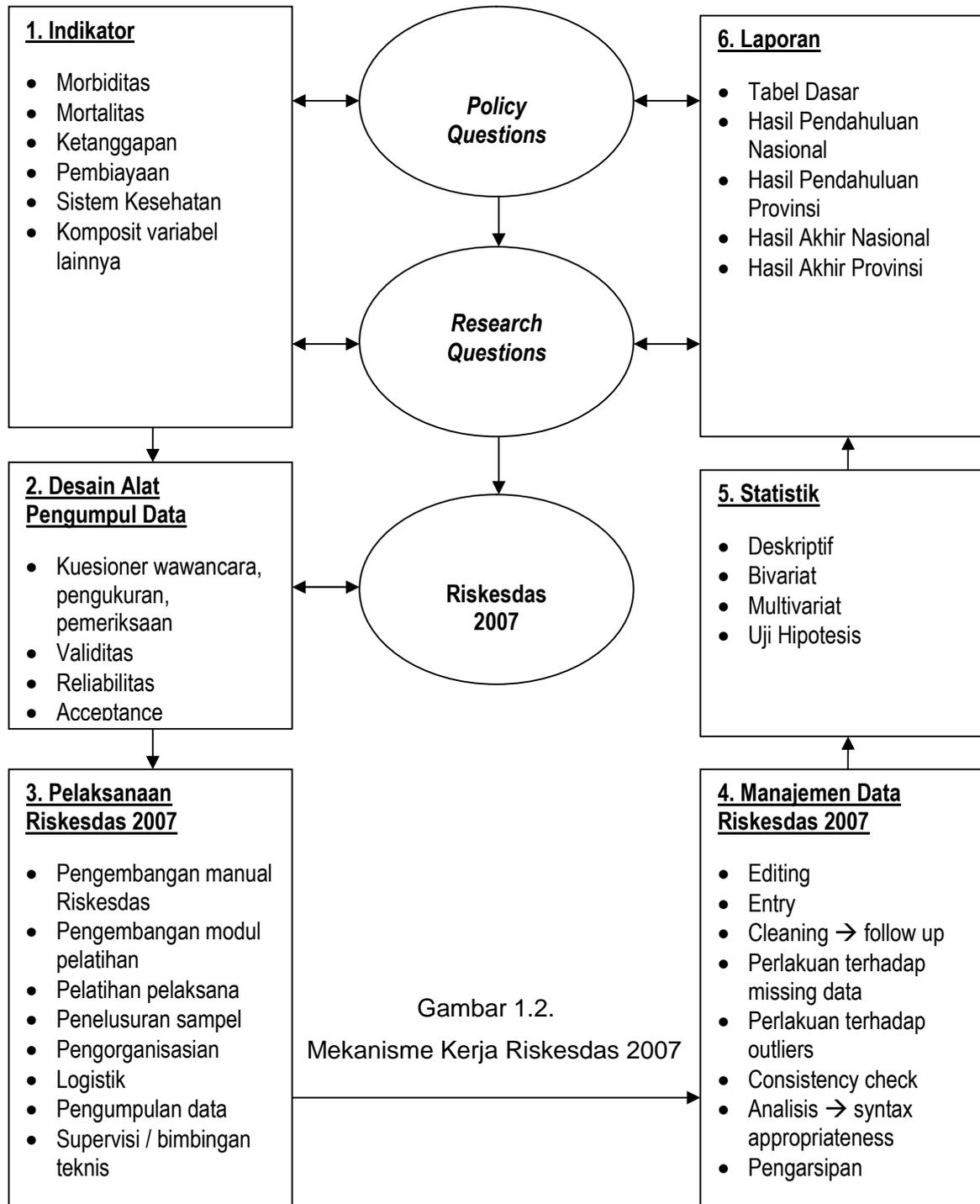
Faktor perilaku, diukur dengan:

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

Faktor pelayanan kesehatan, diukur dengan :

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

1.6 Mekanisme Kerja Riskedas



Gambar 1.2.
Mekanisme Kerja Riskedas 2007

1.7 Pengorganisasian Riskedas

Riskedas direncanakan dan dilaksanakan dengan melibatkan berbagai pihak, antara lain Badan Pusat Statistik (BPS), organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat. Berdasarkan KepMenKes nomor 877 tahun 2006, pengorganisasian Riskedas dibagi menjadi berbagai tingkat sebagai berikut (rincian lihat Lampiran 1.1):

- Organisasi tingkat pusat
- Organisasi tingkat wilayah (empat wilayah)
- Organisasi tingkat provinsi
- Organisasi tingkat kabupaten
- Tim pengumpul data

1.8 Manfaat Riskesdas

Riskesdas memberikan manfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan berupa :

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

1.9 Keterbatasan Riskesdas

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

Beberapa keterbatasan Riskesdas adalah sebagai berikut :

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

1.10 Persetujuan Etik Riskesdas

Riskesdas ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Balitbangkes Depkes RI.

BAB 2. METODE RISKESDAS

2.1 Desain

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

Secara singkat dapat dikatakan bahwa Riskesdas 2007 didesain untuk mendukung pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti ilmiah. Desain Riskesdas 2007 dikembangkan dengan sungguh-sungguh memperhatikan teori dasar tentang hubungan antara berbagai penentu yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Riskesdas 2007 menyediakan data dasar yang dikumpulkan melalui survei berskala nasional sehingga hasilnya dapat digunakan untuk penyusunan kebijakan kesehatan, bahkan sampai ke tingkat kabupaten/kota. Lebih lanjut, desain Riskesdas 2007 menghasilkan data yang siap dikorelasikan dengan data Susenas 2007, atau survei lainnya seperti data kemiskinan yang menggunakan desain *sampling* yang sama. Dengan demikian, para pembentuk kebijakan dan pengambil keputusan di bidang pembangunan kesehatan dapat menarik manfaat yang optimal dari ketersediaan data Riskesdas 2007.

2.2 Lokasi

Untuk tingkat nasional, sampel Riskesdas 2007 berasal dari 440 kabupaten/kota (dari jumlah keseluruhan sebanyak 456 kabupaten/kota), yang tersebar merata di 33 provinsi di Indonesia, dengan catatan sebagai berikut:

- a. Sebanyak 16 kabupaten tidak termasuk dalam sampel Riskesdas 2007 karena merupakan pengembangan kabupaten baru yang pada saat perencanaan Riskesdas belum diperhitungkan, sementara Susenas 2007 sudah mengikuti jumlah kabupaten/kota yang ada. Kabupaten yang dimaksud adalah sebagai berikut:
 1. Kabupaten Pidie Jaya, NAD;
 2. Kota Subussalam, NAD;
 3. Kabupaten Batubara, Sumatera Utara;
 4. Kabupaten Empat Lawang, Sumatera Selatan;
 5. Kabupaten Bandung Barat, Jawa Barat;
 6. Kabupaten Kayong Utara, Kalimantan Barat;
 7. Kabupaten Bolaang Mongondow Utara, Sulawesi Utara;
 8. Kabupaten Kepulauan Siao Tagolandang Biaro (Sitaro), Sulawesi Utara;
 9. Kabupaten Minahasa Tenggara, Sulawesi Utara;
 10. Kota Kotamobagu, Sulawesi Utara;
 11. Kabupaten Buton Utara, Sulawesi Tenggara;
 12. Kabupaten Konawe Utara, Sulawesi Tenggara;
 13. Kabupaten Gorontalo Utara, Gorontalo;
 14. Kabupaten Sumba Barat Daya, NTT;
 15. Kabupaten Sumba Tengah, NTT;
 16. Kabupaten Nagekeo, NTT.

- b. Sebanyak dua kabupaten yang tidak termasuk sampel Susenas 2007, tetapi masuk ke dalam sampel Riskesdas 2007, yaitu: Kabupaten Puncak Jaya dan Kabupaten Pegunungan Bintang di Provinsi Papua.

2.3 Populasi dan Sampel

Populasi dalam Riskesdas 2007 adalah seluruh rumahtangga di seluruh pelosok Republik Indonesia. Sampel rumahtangga dan anggota rumahtangga dalam Riskesdas 2007 identik dengan daftar sampel rumahtangga dan anggota rumahtangga Susenas 2007. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas 2007 identik pula *dengan two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007. Berikut ini adalah uraian singkat cara perhitungan dan cara penarikan sampel yang dimaksud.

2.3.1 Penarikan Sampel Blok Sensus

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, Riskesdas menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas 2007. Dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus (BS) yang Persentaseonal terhadap jumlah rumahtangga di kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah BS masuk ke dalam sampel BS pada sebuah kabupaten/kota bersifat Persentaseonal terhadap jumlah rumahtangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Bila dalam sebuah BS terdapat lebih dari 150 rumahtangga, maka dalam penarikan sampel di tingkat ini akan dibentuk sub-BS. Secara keseluruhan, berdasarkan sampel BS dalam Susenas 2007 yang berjumlah 354 sampel BS, Riskesdas berhasil mengunjungi 325 BS tersebut dari 9 jumlah kabupaten/kota (Tabel 2.8.1).

2.3.2 Penarikan Sampel Rumahtangga

Dari setiap BS terpilih kemudian dipilih 16 rumahtangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), yang menjadi sampel rumahtangga dengan jumlah rumahtangga di BS tersebut. Secara keseluruhan, jumlah sampel rumahtangga dari 9 kabupaten/kota Susenas 2007 adalah 5.664, Riskesdas berhasil mengumpulkan 4.585 rumahtangga (Tabel 2.8.2).

2.3.3 Penarikan Sampel Anggota Rumahtangga

Selanjutnya, seluruh anggota rumahtangga dari setiap rumahtangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut, diambil sebagai sampel individu. Dari 9 kabupaten/kota pada Susenas 2007 terdapat 21.410 sampel anggota rumahtangga. Riskesdas berhasil mengumpulkan 14.397 individu yang sama dengan Susenas (Tabel 2.8.3).

2.3.4 Penarikan Sampel Biomedis

Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumahtangga berusia lebih dari 1 tahun yang tinggal di BS dengan klasifikasi perkotaan. Secara nasional, terpilih sampel anggota rumahtangga berasal dari 971 BS perkotaan yang terpilih dari 294 kabupaten/kota dalam Susenas 2007. Riskesdas 2007 berhasil mengumpulkan 35.209. Dari jumlah tersebut, berhasil digabung dengan sampel anggota rumahtangga Rikesdas sejumlah 26.919, yang berasal dari 272 kabupaten/kota dan 540 BS. Khusus untuk pengukuran gula darah, sampel diambil dari anggota rumahtangga berusia lebih dari 15 tahun yang berjumlah 19.114 orang.

2.3.5 Penarikan Sampel Yodium

Ada dua pengukuran yodium. Pertama, adalah pengukuran kadar yodium dalam garam yang dikonsumsi rumahtangga, dan kedua adalah pengukuran yodium dalam urin. Pengukuran kadar yodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumahtangga yang menggunakan garam beryodium. Adapun pengukuran yodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam yodium pada penduduk. Pengukuran kadar yodium dalam garam dilakukan dengan tes/uji cepat menggunakan “*iodina test*” dilakukan pada seluruh sampel rumahtangga. Dalam Riskesdas 2007 dilakukan tes cepat yodium dalam garam pada 257.065 sampel rumahtangga dari 438 kabupaten/kota, dan 182 rumahtangga dari 2 kabupaten di Papua.

Untuk pengukuran kedua, dipilih secara acak 2 rumahtangga yang mempunyai anak usia 6-12 tahun dari 16 RT per BS di 30 kabupaten yang dapat mewakili secara nasional. Dari rumahtangga yang terpilih, sampel garam rumahtangga diambil, dan juga sampel urin dari anak usia 6-12 tahun yang selanjutnya dikirim ke laboratorium Universitas Diponegoro, Balai GAKY-Magelang, dan Puslitbang Gizi dan Makanan, Bogor. Pemilihan 30 kabupaten berdasarkan hasil survei konsumsi garam beryodium pada Susenas 2005 dengan memilih secara acak sepuluh kabupaten dengan tingkat konsumsi garam beryodium rumahtangga tinggi, sepuluh kabupaten dengan tingkat konsumsi garam beryodium rumahtangga sedang, dan sepuluh kabupaten dengan tingkat konsumsi garam beryodium rumahtangga rendah. 30 Kabupaten yang terpilih dapat dilihat pada lampiran. Secara keseluruhan, 2674 sampel garam beryodium rumahtangga dikumpulkan untuk dilakukan pemeriksaan kadar yodium pada garam, dan 8473 anak usia 6-12 tahun yang dilakukan pengukuran kadar yodium dalam urin.

2.4 Variabel

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

- a. Kuesioner rumahtangga (RKD07.RT) yang terdiri dari:
 - Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
 - Blok II tentang keterangan rumahtangga (7 variabel);
 - Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
 - Blok IV tentang anggota rumahtangga (12 variabel);
 - Blok V tentang mortalitas (10 variabel);
 - Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);
 - Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel);
- b. Kuesioner gizi (RKD07.GIZI), yang terdiri dari:
 - Blok VIII tentang konsumsi makanan rumahtangga 24 jam lalu;
- c. Kuesioner individu (RKD07.IND), yang terdiri dari:
 - Blok IX tentang keterangan wawancara individu (4 variabel);
 - Blok X tentang keterangan individu dikelompokkan menjadi:
 - Blok X-A tentang identifikasi responden (4 variabel);
 - Blok X-B tentang penyakit menular, tidak menular, dan riwayat penyakit turunan (50 variabel);
 - Blok X-C tentang ketanggapan pelayanan kesehatan
 - Pelayanan Rawat Inap (11 variabel);
 - Pelayanan Berobat Jalan (10 variabel);
 - Blok X-D tentang pengetahuan, sikap dan perilaku untuk semua anggota rumahtangga umur ≥ 10 tahun (35 variabel);

- Blok X-E tentang disabilitas/ketidakmampuan untuk semua anggota rumahtangga ≥ 15 tahun (23 variabel);
- Blok X-F tentang kesehatan mental untuk semua anggota rumahtangga ≥ 15 tahun (20 variabel);
- Blok X-G tentang imunisasi dan pemantauan pertumbuhan untuk semua anggota rumahtangga berumur 0-59 bulan (11 variabel);
- Blok X-H tentang kesehatan bayi (khusus untuk bayi berumur < 12 bulan (7 variabel);
- Blok X-I tentang kesehatan reproduksi – pertanyaan tambahan untuk 5 provinsi: NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua (6 variabel);
 - Blok XI tentang pengukuran dan pemeriksaan (14 variabel);
- d. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari (RKD07.AV1), yang terdiri dari:
 - Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (6 variabel);
 - Blok III tentang karakteristik ibu neonatal (5 variabel);
 - Blok IVA tentang keadaan bayi ketika lahir (6 variabel);
 - Blok IVB tentang keadaan bayi ketika sakit (12 variabel);
 - Blok V tentang autopsi verbal kesehatan ibu neonatal ketika hamil dan bersalin (2 variabel);
 - Blok VIA tentang bayi usia 0-28 hari termasuk lahir mati (4 variabel);
 - Blok VIB tentang keadaan ibu (8 variabel);
- e. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari - < 5 tahun (RKDo7.AV2), yang terdiri dari:
 - Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
 - Blok III tentang autopsi verbal riwayat sakit bayi/balita berumur 29 hari - < 5 tahun (35 variabel);
 - Blok IV tentang resume riwayat sakit bayi/balita (6 variabel).
- f. Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3), yang terdiri dari:
 - Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
 - Blok IIIA tentang autopsi verbal untuk umur 5 tahun ke atas (44 variabel);
 - Blok IIIB tentang autopsi verbal untuk perempuan umur 10 tahun ke atas (4 variabel);
 - Blok IIIC tentang autopsi verbal untuk perempuan pernah kawin umur 10-54 tahun (19 variabel);
 - Blok IIID tentang autopsi verbal untuk laki-laki atau perempuan yang berumur 15 tahun ke atas (1 variabel);
 - Blok IV tentang resume riwayat sakit untuk umur 5 tahun ke atas (5 variabel).

Catatan

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

2.5 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data

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

- a. Pengumpulan data rumahtangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.RT

- Responden untuk Kuesioner RKD07.RT adalah Kepala Keluarga atau Ibu rumahtangga atau anggota rumahtangga yang dapat memberikan informasi;
 - Dalam Kuesioner RKD07.RT terdapat verifikasi terhadap keterangan anggota rumahtangga yang dapat menunjukkan sejauh mana sampel Riskesdas 2007 identik dengan sampel Susenas 2007;
 - Informasi mengenai kejadian kematian dalam rumahtangga di-*recall* terhitung sejak 1 Juli 2004, termasuk di dalamnya kejadian bayi lahir mati. Informasi lebih lanjut mengenai kematian yang terjadi dalam 12 bulan sebelum wawancara dilakukan eksplorasi lebih lanjut melalui autopsi verbal dengan menggunakan kuesioner RKD07.AV yang sesuai dengan umur anggota rumahtangga yang meninggal dimaksud.
- b. Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND.
- Secara umum, responden untuk Kuesioner RKD07.IND adalah setiap anggota rumahtangga. Khusus untuk anggota rumahtangga yang berusia kurang dari 15 tahun, dalam kondisi sakit atau orang sudah tua, wawancara dilakukan terhadap anggota rumahtangga yang menjadi pendampingnya;
 - **Anggota rumahtangga semua umur** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit keturunan sebagai berikut: Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), pnemonia, demam tifoid, malaria, diare, campak, tuberkulosis paru (TB), demam berdarah Dengue (DBD), hepatitis, filariasis, asma, gigi dan mulut, cedera, penyakit jantung, kencing manis, tumor/kanker dan penyakit keturunan, serta pengukuran BB, TB/PB;
 - **Anggota rumahtangga berumur ≥ 15 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit sendi, tekanan darah tinggi, stroke, disabilitas, kesehatan mental, pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkaran perut, serta pengukuran lingkaran lengan atas (khusus untuk wanita usia subur 15-45 tahun, termasuk ibu hamil);
 - **Anggota rumahtangga berumur ≥ 30 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit katarak;
 - **Anggota rumahtangga berumur 0-59 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan pertumbuhan;
 - **Anggota rumahtangga berumur ≥ 10 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terkait dengan penyakit flu burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, penggunaan minuman beralkohol, aktivitas fisik, serta perilaku terkait dengan konsumsi sayuran dan buah-buahan segar;
 - **Anggota rumahtangga berumur < 12 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;
 - **Anggota rumahtangga berumur > 5 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
 - **Anggota rumahtangga berumur ≥ 12 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen;
 - **Anggota rumahtangga berumur 6-12 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan urin.
- c. Pengumpulan data kematian dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3;

d. Pengumpulan data biomedis berupa spesimen darah dilakukan di 33 provinsi di Indonesia dengan populasi penduduk di BS perkotaan di Indonesia. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumahtangga (kecuali bayi) dari rumahtangga terpilih di BS perkotaan terpilih sesuai Susenas 2007. Rangkaian pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:

- BS perkotaan yang terpilih pada Susenas 2007, dipilih sejumlah 15% dari total BS perkotaan.
- Jumlah BS di daerah perkotaan yang terpilih berjumlah 971, dengan total sampel 15.536 RT.

Sampel darah diambil dari seluruh anggota rumahtangga (kecuali bayi) yang menandatangani *informed consent*. Pengambilan darah tidak dilakukan pada anggota rumahtangga yang sakit berat, riwayat perdarahan dan menggunakan obat pengencer darah secara rutin.

Untuk pemeriksaan kadar glukosa darah, data dikumpulkan dari anggota rumahtangga berumur ≥ 15 tahun, kecuali wanita hamil (alasan etika). Responden terpilih memperoleh pembebanan sebanyak 75 gram glukosa oral setelah puasa 10-14 jam. Khusus untuk responden yang sudah diketahui positif menderita Diabetes Mellitus (berdasarkan konfirmasi dokter), yang bersangkutan hanya diberi pembebanan sebanyak 300 kalori (alasan medis dan etika). Pengambilan darah vena dilakukan setelah 2 jam pembebanan. Darah didiamkan selama 20-30 menit, disentrifus sesegera mungkin dan kemudian dijadikan serum. Serum segera diperiksa dengan menggunakan alat kimia klinis otomatis. Nilai rujukan (WHO, 1999) yang digunakan adalah sebagai berikut:

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

e. Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumahtangga untuk seluruh sampel rumahtangga Riskesdas 2007 dilakukan dengan tes cepat yodium menggunakan "iodina test".

f. Pengamatan tingkat nasional pada dampak konsumsi garam beryodium dinilai berdasarkan kadar yodium dalam urin, dengan melakukan pengumpulan garam beryodium pada rumahtangga bersamaan dengan pemeriksaan kadar yodium dalam urin pada anggota rumahtangga yang sama. Sampel 30 kabupaten/kota dipilih untuk pengamatan ini berdasarkan tingkat konsumsi garam yodium rumahtangga hasil Susenas 2005:

- Tinggi – meliputi Kabupaten Blitar, Kabupaten Jember, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Nganjuk, Kota Pasuruan, Kabupaten Klungkung, Kabupaten Sikka, Kabupaten Katingan, Kota Tarakan dan Kabupaten Jeneponto;
- Sedang – meliputi Kota Tengerang, Kabupaten Grobogan, Kabupaten Semarang, Kota Salatiga, Kota Semarang, Kabupaten Bantul, Kabupaten Donggala, Kota Kendari, Kabupaten Konawe dan Kota Gorontalo;
- Buruk – meliputi Kabupaten Tapanuli Tengah, Kabupaten Toba Samosir, Kabupaten Karo, Kabupaten Solok Selatan, Kota Dumai, Kota Metro, Kabupaten Karawang, Kabupaten Tapin, Kabupaten Balangan dan Kabupaten Mappi.

Catatan

Pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 2007 tidak dapat dilakukan serentak pada pertengahan 2007, sehingga dalam analisis perlu beberapa penyesuaian agar komparabilitas data dari satu periode pengumpulan data yang satu dengan periode pengumpulan data lainnya dapat terjaga dengan baik. Situasi ini disebabkan oleh beberapa hal berikut ini:

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

2.6 Manajemen Data

Manajemen data Riskesdas dilaksanakan oleh tim manajemen data pusat yang mengkoordinasi tim manajemen data dari Korwil I- IV. Urutan kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut.

2.6.1 Editing

Editing adalah salah satu mata rantai yang secara potensial dapat menjadi *the weakest link* dalam pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 2007. Editing mulai dilakukan oleh pewawancara semenjak data diperoleh dari jawaban responden. Di lapangan, pewawancara bekerjasama dalam sebuah tim yang terdiri dari 3 pewawancara dan 1 Ketua Tim. Ketua Tim Pewawancara sangat krusial dalam proses editing. Ketua Tim Pewawancara harus dapat membagi waktu untuk tugas pengumpulan data dan editing segera setelah selesai pengumpulan data pada setiap BS. Fokus perhatian Ketua Tim Pewawancara adalah kelengkapan dan konsistensi jawaban responden dari setiap kuesioner yang masuk. Kegiatan ini seyogyanya dilaksanakan segera setelah diserahkan oleh pewawancara. Ketua Tim Pewawancara harus mengkonsultasikan seluruh masalah *editing* yang dihadapinya kepada Penanggung Jawab Teknis (PJT) Kabupaten dan/atau PJT Provinsi.

PJT Kabupaten dan PJT Provinsi melakukan supervisi pelaksanaan pengumpulan data, memeriksa kuesioner yang telah diisi serta membantu memecahkan masalah yang timbul di lapangan dan juga melakukan editing.

2.6.2 Entry

Tim manajemen data yang bertanggung jawab untuk *entry data* harus mempunyai dan mau memberikan ekstra energi berkonsentrasi ketika memindahkan data dari kuesioner/formulir ke dalam bentuk digital. Buku kode disiapkan dan digunakan sebagai acuan bila menjumpai masalah *entry data*. Kuesioner Riskesdas 2007 mengandung pertanyaan untuk berbagai responden dengan kelompok umur yang berbeda. Kuesioner yang sama juga banyak mengandung *skip*

questions yang secara teknis memerlukan ketelitian petugas *entry data* untuk menjaga konsistensi dari satu blok pertanyaan ke blok pertanyaan berikutnya.

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

2.6.3 Cleaning

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

2.7 Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data

Pengumpulan data Riskesdas 2007 direncanakan untuk dilakukan segera setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007. Pengorganisasian dan jadwal pengumpulan data Riskesdas 2007 disusun sebagai berikut:

- a. Koordinator Wilayah 1 dengan penanggung-jawab Puslitbang Ekologi & Status Kesehatan untuk:
 - Provinsi NAD
 - Provinsi Sumatera Utara
 - Provinsi Sumatera Barat
 - Provinsi Riau
 - Provinsi Jambi
 - Provinsi Sumatera Selatan
 - Provinsi Bangka Belitung
 - Provinsi Kepulauan Riau
- b. Koordinator Wilayah 2 dengan penanggung-jawab Puslitbang Biomedis dan Farmasi untuk:
 - Provinsi DKI Jakarta
 - Provinsi Banten
 - Provinsi Jawa Tengah
 - Provinsi DI Yogyakarta
 - Provinsi Kalimantan Barat
 - Provinsi Kalimantan Tengah
 - Provinsi Kalimantan Selatan
 - Provinsi Kalimantan Timur
- c. Koordinator Wilayah 3 dengan penanggung-jawab Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan untuk:
 - Provinsi Jawa Timur
 - Provinsi Bali

- Provinsi Nusa Tenggara Barat
 - Provinsi Nusa Tenggara Timur
 - Provinsi Maluku
 - Provinsi Maluku Utara
 - Provinsi Papua Barat
 - Provinsi Papua
- d. Koordinator Wilayah 4 dengan penanggung-jawab Puslitbang Gizi dan Makanan untuk:
- Provinsi Jawa Barat
 - Provinsi Bengkulu
 - Provinsi Lampung
 - Provinsi Sulawesi Utara
 - Provinsi Sulawesi Tengah
 - Provinsi Sulawesi Tenggara
 - Provinsi Sulawesi Selatan
 - Provinsi Gorontalo
 - Provinsi Sulawesi Barat

Jadual pengumpulan data yang diharapkan adalah segera setelah Susenas 2007 dikumpulkan, yaitu bulan Juli 2007. Untuk Riskesdas, pelaksanaan pengumpulan data bervariasi mulai dari Juli 2007 – Januari 2008 untuk kabupaten/kota di 28 provinsi; dan Agustus – September 2008 untuk kabupaten/kota di 5 provinsi: NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua.

2.8 Keterbatasan Riskesdas

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

- a. Pembentukan kabupaten/kota baru hasil pemekaran suatu kabupaten/kota yang terjadi setelah penetapan BS Riskesdas dari Susenas 2007, sehingga tidak menjadi bagian sampel kabupaten/kota Riskesdas (Lihat Sub Bab 2.2.)
- b. BS tidak terjangkau, karena ketidak-tersediaan alat transportasi menuju lokasi dimaksud, atau karena kondisi alam yang tidak memungkinkan seperti ombak besar. Riskesdas tidak berhasil mengumpulkan 207 BS yang terpilih dalam sampel Susenas 2007, seperti terlihat pada Tabel 2.8.1
- c. Rumahtangga yang terdapat dalam DSRT Susenas 2007 ternyata tidak dapat dijumpai oleh Tim Pewawancara Riskesdas 2007. Total rumahtangga yang tidak berhasil dikunjungi Riskesdas adalah sebanyak 19.346, tersebar di seluruh kabupaten/kota (Lihat Tabel 2.8.2).
- d. Bisa juga terjadi anggota rumahtangga dari rumahtangga yang terpilih dan bisa dikunjungi oleh Riskesdas, pada saat pengumpulan data dilakukan tidak ada di tempat. Tercatat sebanyak 159.566 anggota rumahtangga yang tidak bisa dikumpulkan datanya (Lihat Tabel 2.8.3).

- e. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga ada kemungkinan beberapa estimasi penyakit menular yang bersifat *seasonal* pada beberapa provinsi atau kabupaten/kota menjadi under-estimate atau over-estimate;
- f. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda pula. Pada Riskesdas, variabel tanggal pengumpulan data bisa digunakan pada saat melakukan analisis.

Tabel 2.8.1
Jumlah Blok Sensus (BS) menurut Susenas dan Riskesdas

Provinsi	Jumlah BS- Susenas	Jumlah BS- Riskesdas	Jumlah BS yang Tidak Ada
N A D	687	683	4
Sumatera Utara	1.054	1.045	9
Sumatera Barat	692	689	3
Riau	434	426	8
Jambi	380	379	1
Sumatera Selatan	540	538	2
Bengkulu	342	337	5
Lampung	438	424	14
Bangka Belitung	230	230	0
Kepulauan Riau	230	230	0
DKI Jakarta	427	409	18
Jawa Barat	1.282	1.267	15
Jawa Tengah	1.578	1.576	2
DI Yogyakarta	216	215	1
Jawa Timur	1.872	1.872	0
Banten	304	303	1
Bali	358	357	1
Nusa Tenggara Barat	360	360	0
Nusa Tenggara Timur	608	605	3
Kalimantan Barat	456	455	1
Kalimantan Tengah	534	533	1
Kalimantan Selatan	494	471	23
Kalimantan Timur	474	461	13
Sulawesi Utara	354	325	29
Sulawesi Tengah	388	376	12
Sulawesi Selatan	918	909	9
Sulawesi Tenggara	416	416	0
Gorontalo	210	200	10
Sulawesi Barat	196	191	5
Maluku	215	215	0
Maluku Utara	209	208	1
Papua Barat	146	144	2
Papua*)	315	301	14
Indonesia	17.357	17.150	207

*) 2 Kabupaten di Papua tidak dikumpulkan datanya dalam Susenas 2007, tetapi dikumpulkan dalam Riskesdas (yakni Puncak Jaya & Peg. Bintang dengan total 15 BS)

Tabel 2.8.2
Jumlah Sampel Rumahtangga (RT) per Provinsi
menurut Susenas dan Riskesdas, 2007

Provinsi	Jumlah Sampel RT- Susenas	Jumlah Sampel RT- Riskesdas	% Sampel RT Riskesdas/ Susenas
N A D	10.981	10.418	94,9
Sumatera Utara	16.861	16.386	97,2
Sumatera Barat	11.072	10.634	96,0
Riau	6.933	6.420	92,6
Jambi	6.078	5.806	95,5
Sumatera Selatan	8.640	8.421	97,5
Bengkulu	5.472	5.064	92,5
Lampung	7.008	6.490	92,6
Bangka Belitung	3.680	3.498	95,1
Kepulauan Riau	3.680	3.402	92,4
DKI Jakarta	6.832	4.890	71,6
Jawa Barat	20.512	19.469	94,9
Jawa Tengah	25.248	24.578	97,3
DI Yogyakarta	3.456	3.241	93,8
Jawa Timur	29.952	28.563	95,4
Banten	4.864	4.431	91,1
Bali	5.728	5.430	94,8
Nusa Tenggara Barat	5.760	5.647	98,0
Nusa Tenggara Timur	9.728	9.206	94,6
Kalimantan Barat	7.294	6.769	92,8
Kalimantan Tengah	8.543	7.792	91,2
Kalimantan Selatan	7.904	7.263	91,9
Kalimantan Timur	7.578	6.705	88,5
Sulawesi Utara	5.664	4.585	80,9
Sulawesi Tengah	6.208	5.447	87,7
Sulawesi Selatan	14.687	13.831	94,2
Sulawesi Tenggara	6.656	6.375	95,8
Gorontalo	3.359	3.090	92,0
Sulawesi Barat	3.134	2.664	85,0
Maluku	3.424	2.959	86,4
Maluku Utara	3.344	2.915	87,2
Papua Barat	2.329	1.821	78,2
Papua*)	5.021	4.074	81,1
Indonesia	277.630	258.284	93,0

*) 2 Kabupaten di Papua tidak dikumpulkan datanya dalam Susenas 2007, tetapi dikumpulkan dalam Riskesdas (yakni Puncak Jaya & Peg. Bintang dengan total 182 RT)

Tabel 2.8.3
Jumlah Sampel Anggota Rumahtangga (ART) per Provinsi
menurut Susenas dan Riskesdas, 2007

Provinsi	Jumlah Sampel ART- Susenas	Jumlah Sampel ART- Riskesdas	% Sampel ART Riskesdas/ Susenas
N A D	46.046	40.892	88,8
Sumatera Utara	74.648	69.256	92,8
Sumatera Barat	47.048	42.021	89,3
Riau	29.966	25.530	85,2
Jambi	24.856	22.435	90,3
Sumatera Selatan	36.056	33.358	92,5
Bengkulu	22.557	19.044	84,4
Lampung	28.637	23.833	83,2
Bangka Belitung	14.687	13.645	92,9
Kepulauan Riau	14.870	12.514	84,2
DKI Jakarta	27.519	16.970	61,7
Jawa Barat	78.521	68.460	87,2
Jawa Tengah	95.269	87.119	91,4
DI Yogyakarta	11.465	10.164	88,7
Jawa Timur	110.412	100.966	91,4
Banten	20.848	17.276	82,9
Bali	22.064	20.603	93,4
Nusa Tenggara Barat	22.548	21.297	94,5
Nusa Tenggara Timur	45.591	38.002	83,4
Kalimantan Barat	45.954	39.250	85,4
Kalimantan Tengah	33.624	28.015	83,3
Kalimantan Selatan	29.756	25.706	86,4
Kalimantan Timur	31.754	25.928	81,7
Sulawesi Utara	21.410	14.397	67,2
Sulawesi Tengah	26.553	21.512	81,0
Sulawesi Selatan	63.646	54.570	85,7
Sulawesi Tenggara	29.661	26.642	89,8
Gorontalo	13.570	11.245	82,9
Sulawesi Barat	14.156	10.349	73,1
Maluku	17.136	10.361	60,5
Maluku Utara	16.152	13.189	81,7
Papua Barat	9.952	6.898	69,3
Papua*)	21.486	1,085	70,2
Indonesia	1.148.418	986.532	85,9

*) 2 Kabupaten di Papua tidak dikumpulkan datanya dalam Susenas 2007, tetapi dikumpulkan dalam Riskesdas (yakni Puncak Jaya & Peg. Bintang dengan total 673 ART)

2.9 Hasil Pengolahan dan Analisis Data

Isu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas 2007 adalah sampel Riskesdas 2007 yang identik dengan sampel Susenas 2007. Desain penarikan sampel Susenas 2007 adalah *two stage sampling*. Hasil pengukuran yang diperoleh dari *two stage sampling design* memerlukan perlakuan khusus yang pengolahannya menggunakan paket perangkat lunak statistik konvensional seperti SPSS. Aplikasi statistik yang tersedia di dalam SPSS untuk mengolah dan menganalisis data, seperti Riskesdas 2007, adalah SPSS Complex Samples. Aplikasi statistik ini memungkinkan penggunaan *two stage sampling design*, seperti yang

diimplementasikan di dalam Susenas 2007. Dengan penggunaan SPSS Complex Sample dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas 2007, maka validitas hasil analisis data dapat dioptimalkan.

Pengolahan dan analisis data dipresentasikan pada Bab Hasil Riskesdas. Riskesdas yang terdiri dari 6 Kuesioner dan 11 Blok Topik Analisis perlu menghitung jumlah sampel yang dipergunakan untuk mendapatkan hasil analisis, baik secara nasional, provinsi, kabupaten/kota, maupun karakteristik penduduk. Jumlah sampel rumahtangga dan anggota rumahtangga Riskesdas yang terkumpul, seperti tercantum pada tabel 2.8.2 dan tabel 2.8.3, perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis.

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

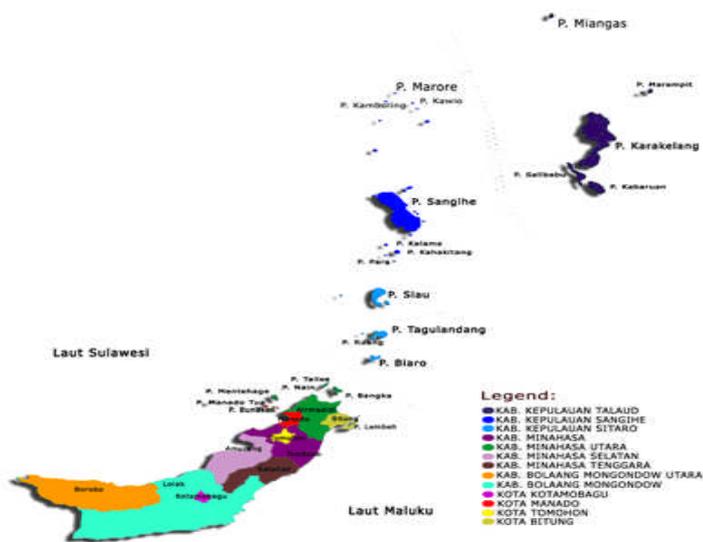
- a. Status gizi:
Untuk analisis status gizi, kelompok umur yang digunakan adalah balita, anak usia 6-14 tahun, wanita usia 15-45 tahun, dewasa usia 15 tahun ke atas.
- b. Hipertensi:
Untuk analisis hasil pengukuran tekanan darah pada kelompok umur 18 tahun ke atas.
- c. Pemeriksaan katarak:
Untuk analisis pemeriksaan katarak adalah pada umur 30 tahun ke atas.
- d. Pemeriksaan visus:
Untuk analisis visus untuk umur 6 tahun ke atas.
- e. Pemeriksaan gigi:
Analisis untuk umur 12 tahun ke atas.
- f. Perilaku dan Disabilitas.

BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 PROFIL PROVINSI

Geografis

Provinsi Sulawesi Utara terletak di jazirah utara Pulau Sulawesi dan merupakan salah satu dari tiga provinsi di Indonesia yang terletak di sebelah utara garis khatulistiwa. Dua provinsi lainnya adalah Provinsi Sumatera Utara dan Provinsi Daerah Istimewa Aceh. Dilihat dari letak geografis Sulawesi Utara terletak pada 0.300-4.300 Lintang Utara (LU) dan 1210-1270 Bujur Timur (BT).



Gambar 1.3 Peta Provinsi Sulawesi Utara

Kedudukan jazirah membujur dari timur ke barat dengan daerah paling utara adalah Kepulauan Sangihe dan Talaud, di mana wilayah kepulauan ini berbatasan langsung dengan negara tetangga Filipina. Wilayah Provinsi Sulawesi Utara mempunyai batas-batas sebagai berikut.

Utara: Laut Sulawesi, Samudra Pasifik dan Republik Filipina

Timur: Laut Maluku Selatan: Teluk Tomini Barat: Provinsi Gorontalo

Luas Pembagian Wilayah

Provinsi Sulawesi Utara dengan 15.272,44 km² terdiri dari 13 kabupaten/kota dengan jumlah penduduk masing-masing seperti terlihat pada tabel di bawah ini.

KABUPATEN/KOTA	LUAS WILAYAH (KM ²)	JUMLAH PENDUDUK
Kota Manado	157,25	417.787
Kota Tomohon	114,20	83.451
Kota Bitung	304,00	165.625
Bolaang Mongondow	6.446,06	301.099
Bolaang Mongondow Utara	1.843,92	100.365
Minahasa	1.114,87	316.361
Minahasa Selatan	1.409,97	196889
Minahasa Tenggara	710,83	81.879
Minahasa Utara	932,20	154.189
Kepulauan Sangihe	746,57	131.908
Kepulauan Talaud	1.240,40	81.734
Kepulauan Sitaro	275,96	63.355
Kota Kotamobagu	68,06	94.602

Pemerintahan, Lembaga Eksekutif

Dinas-Dinas yang ada di Pemerintah Daerah Sulawesi Utara adalah sbb:

1. Dinas Pertanian dan Peternakan
2. Dinas Perikanan dan Kelautan
3. Dinas Perkebunan
4. Dinas Pertambangan
5. Dinas Kesehatan
6. Dinas Pendapatan Daerah
7. Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi
8. Dinas Perhubungan
9. Dinas Pendidikan Nasional
10. Dinas Kesejahteraan Sosial
11. Dinas Perindustrian dan Perdagangan
12. Dinas Kehutanan
13. Dinas Sumber Daya Air
14. Dinas Prasarana dan Pemukiman
15. Dinas Komunikasi dan Informatika
16. Dinas Pariwisata dan Kebudayaan
17. Dinas Koperasi dan UKM
18. Dinas Pemuda dan Olah Raga

Badan:

1. Badan Pengawas Daerah
2. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
3. Badan Pengendalian Dampak Lingkungan Daerah
4. Badan Kesatuan Bangsa dan Linmas
5. Badan Kepegawaian Daerah
6. Badan Pendidikan dan Pelatihan
7. Badan Penanaman Modal dan Kerjasama Regional
8. Badan Kekayaan Provinsi
9. Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintah Desa
10. Badan Pengelola RS Ratumbusang
11. Badan Ketahanan Pangan
12. Badan Perpustakaan Daerah

Penduduk Sulawesi Utara terdiri dari 3 (tiga) kelompok etnis utama, yakni: Suku Minahasa, Suku Sangihe dan Talaud, Suku Bolaang Mongondow. Masing-masing kelompok etnis terbagi dalam sub-etnis yang memiliki bahasa, tradisi dan norma-norma kemasyarakatan tersendiri yang khas serta diperkuat semangat Mapalus, Mapaluse dan Moposad

Bahasa yang ada di Sulawesi Utara dibagi ke dalam: Bahasa Minahasa (Toulour, Tombulu, Tonsea, Tontemboan, Tonsawang, Ponosakan dan Bantik). Bahasa Sangihe (Sangie Besar, Siau, Talaud). Bahasa Bolaang Mongondow (Mongondow, Bolaang, Bintauna, Kaidipang). Bahasa Indonesia adalah Bahasa Nasional yang dituturkan dan digunakan serta dimengerti dengan baik oleh sebagian besar penduduk Sulawesi Utara. Agama yang dianut oleh penduduk di Provinsi Sulawesi Utara adalah Protestan, Katolik, Islam, Hindu dan Budha.

Suku Bangsa, Bahasa dan Agama



Agama yang dianut oleh penduduk di Provinsi Sulawesi Utara adalah Protestan, Katolik, Islam, Hindu dan Budha.

Pertanian Tanaman Pangan

Pertanian tanaman pangan meliputi padi, palawija, sayur dan buah. Padi sawah dengan irigasi teknis dan setengah teknis umumnya ditanam 2 kali setahun; tanaman palawija meliputi jagung, ubi kayu, ubi jalar, kacang tanah dan kacang hijau di tanam di tegalan, di pekarangan atau di bawah pohon kelapa secara monokultur, dikultur atau polikultur. Tanaman sayur diusahakan di dataran tinggi dan yang terluas terdapat di Kabupaten Minahasa seperti Tomohon, Langowan dan Modinding. Sementara tanaman buah, antara lain rambutan, pepaya dan mangga, umumnya di dibudidayakan masyarakat petani di daerah Dimembe Minahasa, serta salak di daerah Ratahan Minahasa dan Tagulandang Satal.



Peternakan

Jenis ternak utama yang dipelihara oleh masyarakat Sulawesi Utara adalah sapi, babi, kambing, ayam, itik, dan kuda. Ternak tersebut sekaligus merupakan jenis ternak yang paling banyak dijumpai. Tujuan utama pemeliharaan ternak pada umumnya untuk memperoleh produksi daging dan telur, walaupun sementara ini hanya untuk mencukupi kebutuhan lokal. Kecuali sapi, selain dibutuhkan dagingnya sebagai sumber protein hewani juga berfungsi sebagai pengganti mesin ataupun manusia di bidang pertanian, transportasi dan pariwisata. Ternak kuda selain fungsi utamanya sebagai alat/binatang penarik kendaraan tradisional bendi, pedati dan gerobak, juga mempunyai nilai ekonomi yang tinggi dalam olahraga pacuan kuda yang sangat digemari masyarakat Sulawesi Utara. Peternakan babi pada umumnya dipelihara masyarakat Minahasa, sementara ternak kambing umumnya dipelihara oleh masyarakat di daerah Bolaang Mongondow. Ternak unggas seperti itik dan burung puyuh, dan ayam buras (bukan ras) hampir merata di daerah ini. Produksinya berupa daging dan telur merupakan konsumsi rumah tangga di samping sebagai pendapatan tambahan. Peternakan ayam secara profesional telah berkembang yang diusahakan oleh perusahaan ataupun perorangan. Latar belakang budaya, susunan pemerintahan budidaya pertanian tanaman pangan, peternakan akan berpengaruh pada status kesehatan penduduk.

3.2 STATUS GIZI

3.2.1 Status Gizi Balita

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). BB anak ditimbang dengan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg, panjang badan (PB) diukur dengan *length-board* yang berpresisi 0,1 cm, dan TB diukur dengan menggunakan *microtoise* berpresisi 0,1 cm. Variabel BB dan TB anak ini disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu: BB menurut umur (BB/U), TB menurut umur (TB/U), dan BB menurut TB (BB/TB).

Untuk menilai status gizi anak, maka angka BB dan TB setiap balita dikonversi ke dalam bentuk nilai terstandar (Z-score) dengan menggunakan baku antropometri WHO 2006. Selanjutnya, berdasarkan nilai Z-score masing-masing indikator tersebut, ditentukan status gizi balita dengan batasan sebagai berikut:

- a. Berdasarkan indikator BB/U:

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

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

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

Perhitungan angka prevalensi dilakukan sebagai berikut:

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

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

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

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

a. Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/U

Tabel 3.2.1.1 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/U. Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi bersifat umum, tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk dan kurang mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut. Secara umum prevalensi gizi buruk di Provinsi Sulawesi Utara lebih rendah daripada angka nasional, dengan prevalensi gizi buruk 4,3% dan gizi kurang 11,5%. Terdapat 3 kabupaten/kota yang memiliki prevalensi gizi buruk lebih tinggi daripada prevalensi tingkat provinsi.

Prevalensi gizi kurang di Sulawesi Utara sebesar 11,5%, dengan rentang 4,8-16,5%. Berarti Provinsi Sulawesi Utara sudah mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan target MDG's (18,5%). Delapan kabupaten/kota juga sudah mencapai target nasional dan MDG's; hanya Kota Bitung yang belum mencapai target MDG's (20,4%). Sementara itu prevalensi gizi buruk (*severe underweight*) di Provinsi Sulawesi Utara masih cukup tinggi, yakni 4,3%, dengan rentang 0-8,5%. Prevalensi terendah ditemukan di Kota Tomohon (0%) dan tertinggi di Kabupaten Bolaang Mongondow (8,5%).

Prevalensi gizi lebih secara rerata tingkat provinsi adalah 3,6%; angka ini lebih rendah daripada angka rerata nasional. Terdapat 4 kabupaten/kota dengan prevalensi melebihi angka rerata provinsi, yaitu Kabupaten Bolaang Mongondow, Kepulauan Sangihe, Kepulauan Talaud, dan Kota Tomohon.

Tabel 3.2.1.1
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Bolaang Mongondow	8,5	9,2	76,9	5,4
Minahasa	1,2	4,8	91,1	2,9
Kepulauan Sangihe	4,0	10,3	81,8	4,0
Kepulauan Talaud	6,8	16,0	72,1	5,1
Minahasa Selatan	2,4	12,0	82,6	3,0
Minahasa Utara	2,4	14,1	80,9	2,7
Kota Manado	3,9	14,6	78,2	3,3
Kota Bitung	4,5	16,5	77,3	1,7
Kota Tomohon	0,0	4,8	91,0	4,1
Sulawesi Utara	4,3	11,5	80,7	3,6

*) BB/U = Berat badan menurut umur

Tabel 3.2.1.2
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Kelompok umur (bulan)				
0 – 5	7,1	6,2	81,5	5,2
6 – 11	6,6	6,3	84,3	2,8
12 – 23	2,3	8,3	84,2	5,2
24 – 35	3,5	15,0	79,7	1,8
36 – 47	6,5	12,9	78,2	2,4
48 – 60	4,3	9,5	82,4	3,8
Jenis kelamin				
Laki-Laki	4,4	12,4	79,8	3,5
Perempuan	4,3	10,4	82,5	2,7
Pendidikan				
Tidak tamat SD & tidak sekolah	2,6	15,1	77,2	5,2
Tamat SD	6,7	15,0	75,8	2,5
Tamat SLTP	3,9	8,0	87,7	0,5
Tamat SLTA	4,8	11,6	80,2	3,4
Tamat PT	0,0	1,9	96,6	1,5
Pekerjaan				
Tidak kerja/sekolah/ibu RT	3,8	5,9	79,1	11,2
TNI/Polri/PNS/BUMN	0,0	3,4	95,4	1,2
Pegawai swasta	1,5	12,6	84,7	1,3
Wiraswasta/dagang/jasa	6,6	10,6	80,0	2,8
Petani/nelayan	5,5	12,5	78,4	3,5
Buruh & lainnya	2,0	16,5	81,4	0,1
Tipe daerah				
Perkotaan	4,4	10,4	81,8	3,4
Perdesaan	4,3	12,9	80,2	2,6
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil 1	4,0	17,8	75,1	3,0
Kuintil 2	5,1	8,2	84,9	1,8
Kuintil 3	4,4	9,0	84,3	2,3
Kuintil 4	3,5	7,4	84,8	4,4
Kuintil 5	4,7	9,7	79,9	5,7

*) BB/U = Berat badan menurut umur

Menurut kelompok umur: Masalah gizi kurang+buruk berdasarkan indikator BB/U sudah mulai sejak umur 0-5 bulan, angka tertinggi terdapat pada kelompok umur 24-47 bulan. Selama ini masih banyak ahli gizi dan kesehatan anak berpendapat bahwa bayi lahir sampai umur 6 bulan pada umumnya berstatus gizi baik. Data Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa masalah gizi anak sudah mulai sejak bayi umur muda (< 6 bulan), dan ini sudah mulai disadari para ahli (gizi, kesehatan, tumbuh kembang anak) dalam pertemuan-pertemuan sosialisasi penggunaan standar antropometri WHO 2005. Temuan ini makin menguatkan pendapat para ahli tersebut dan mempunyai implikasi pada keharusan untuk lebih memperhatikan masalah gizi bayi dan maternal yang selama ini belum mendapat perhatian yang memadai. Status gizi baik kategori BB/U balita umur 6-23 bulan paling tinggi daripada kelompok umur lainnya.

Menurut jenis kelamin: Tidak terlihat perbedaan berarti masalah gizi kurang+buruk pada balita laki-laki dan balita perempuan. Begitu pula dengan masalah balita yang memiliki status gizi lebih.

Menurut pendidikan KK: Tidak ada pola yang jelas status gizi kategori BB/U berdasarkan pendidikan KK, namun pada keluarga dengan KK tamat PT ditemukan lebih sedikit balita yang memiliki status gizi kurang+buruk dan lebih banyak balita yang memiliki status gizi baik.

Menurut pekerjaan KK: Pada keluarga dengan KK yang memiliki pekerjaan tetap (ABRI/Polri/PNS/BUMN/Swasta) ditemukan lebih sedikit balita yang memiliki status gizi kurang+buruk dibandingkan dengan jenis pekerjaan lainnya. Dan pada keluarga dengan KK tidak bekerja/sekolah/IRT ditemukan lebih banyak balita yang memiliki status gizi lebih.

Menurut tipe daerah: Di perdesaan prevalensi balita gizi kurang+buruk lebih besar daripada di perkotaan.

Menurut pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan: Tidak terlihat perbedaan berarti masalah gizi kurang+buruk berdasarkan pengeluaran per kapita per bulan, tetapi prevalensi gizi lebih tertinggi pada kuintil 5.

b. Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator TB/U

Tabel 3.2.1.3 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator TB/U. Indikator TB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya *kronis*, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena higiene dan sanitasi yang kurang baik. Status pendek dan sangat pendek dalam diskusi selanjutnya digabung menjadi satu kategori dan disebut masalah kependekan.

Tabel 3.2.1.3
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi TB/U*		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Bolaang Mongondow	19,2	12,0	68,7
Minahasa	17,8	21,5	60,7
Kepulauan Sangihe	15,0	16,6	68,4
Kepulauan Talaud	11,9	19,7	68,4
Minahasa Selatan	9,6	18,5	71,9
Minahasa Utara	18,4	12,0	69,6
Kota Manado	12,6	19,3	68,1
Kota Bitung	10,9	14,2	74,9
Kota Tomohon	8,9	18,2	72,9
Sulawesi Utara	14,6	16,6	68,8

*) TB/U = Tinggi badan menurut umur

Prevalensi pendek dan sangat pendek (*stunting*) di Provinsi Sulawesi Utara lebih rendah dari angka nasional (38%) tetapi masih tergolong tinggi 31,2%. Prevalensi tertinggi di Kabupaten Minahasa (39,3%), dan terendah di perkotaan Bitung (25,1%). Data ini mengindikasikan bahwa masalah gizi balita di Sulawesi Utara bersifat kronis yang dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi secara umum.

Tabel 3.2.1.4
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi TB/U*		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Kelompok umur (bulan)			
0 – 5	22,1	5,8	72,1
6 – 11	21,5	17,3	61,2
12 – 23	28,6	21,9	49,6
24 – 35	13,4	21,7	64,9
36 – 47	13,1	18,9	68,0
48 – 60	9,5	11,8	78,7
Jenis kelamin			
Laki-Laki	15,7	18,5	65,8
Perempuan	13,2	14,3	72,5
Pendidikan			
Tidak Tamat SD & tidak sekolah	14,0	20,7	65,3
Tamat SD	16,3	17,8	66,0
Tamat SLTP	13,9	14,0	72,1
Tamat SLTA	11,8	19,2	69,0
Tamat PT	9,4	5,7	84,9
Pekerjaan			
Tidak kerja/sekolah/ibu RT	16,8	11,3	71,9
TNI/Polri/PNS/BUMN	10,4	4,7	84,9
Pegawai swasta	9,0	15,5	75,5
Wiraswasta/dagang/jasa	15,7	19,7	64,6
Petani/nelayan	14,9	18,2	66,9
Buruh & lainnya	12,3	18,6	69,1
Tipe daerah			
Perkotaan	15,6	17,0	67,4
Perdesaan	12,8	15,5	71,7
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	13,8	19,1	67,2
Kuintil 2	21,5	12,5	66,0
Kuintil 3	11,5	21,1	67,4
Kuintil 4	11,6	15,9	72,5
Kuintil 5	10,5	9,8	79,7

*TB/U = Tinggi badan menurut umur

Menurut kelompok umur: Sama halnya dengan status gizi kategori BB/U, status gizi pendek+sangat pendek juga sudah dimulai sejak umur 0-5 bulan, kemudian semakin meningkat dengan bertambahnya umur dan tertinggi pada umur 12-23 bulan dan menurun pada umur di atas 48 bulan. Data ini semakin memperkuat bahwa masalah gizi sudah dimulai sejak umur di bawah 6 bulan dan tertinggi pada umur di bawah 24 bulan.

Menurut jenis kelamin: Status gizi kategori TB/U balita perempuan cenderung lebih baik dibanding balita laki-laki.

Menurut pendidikan KK: Tidak terdapat pola yang jelas pada status gizi kategori TB/U menurut pendidikan KK. Namun, pada keluarga dengan KK tamat PT ditemukan lebih sedikit balita yang memiliki status gizi pendek+sangat pendek dan lebih banyak balita yang memiliki status gizi baik.

Menurut pekerjaan KK: Tidak terdapat pola yang jelas pada status gizi kategori TB/U menurut pekerjaan KK. Meski demikian terdapat kecenderungan status gizi kategori TB/U balita dari rumahtangga yang KK-nya bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI/BUMN lebih baik.

Menurut tipe daerah: Status gizi kategori TB/U di perdesaan cenderung lebih baik dibandingkan dengan di perkotaan.

Menurut pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan: Status gizi kategori TB/U balita kuintil 1, 2, dan 3 cukup tinggi dan hampir sama, kemudian semakin tinggi kuintil semakin baik status gizinya.

c. Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/TB

Tabel 3.2.1.5 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/TB.

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

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

Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah indikator **sangat kurus**, yaitu anak dengan nilai Z-score < -3,0 SD. Prevalensi balita sangat kurus secara nasional masih cukup tinggi, yaitu 6,2%. Provinsi Sulawesi Utara memiliki prevalensi balita sangat kurus di bawah angka prevalensi nasional, dengan kata lain untuk indikator ini keadaannya lebih baik dari rerata nasional.

Dalam diskusi selanjutnya digunakan **masalah kekurusan** untuk gabungan kategori sangat kurus dan kurus. Besarnya masalah kekurusan pada balita yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat (**public health problem**) adalah jika prevalensi kekurusan > 5%. Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi kekurusan antara 10,1% dan 15,0%, dan dianggap kritis bila prevalensi kekurusan sudah di atas 15,0% (UNHCR).

Tabel 3.2.1.5
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Bolaang Mongondow	8,3	6,2	68,2	17,3
Minahasa	0,0	0,0	88,3	11,7
Kepulauan Sangihe	6,5	8,0	78,3	7,2
Kepulauan Talaud	4,6	16,1	75,4	4,0
Minahasa Selatan	1,3	5,0	86,3	7,5
Minahasa Utara	5,5	2,7	80,4	11,3
Kota Manado	2,8	9,6	74,3	13,3
Kota Bitung	3,6	7,8	85,8	2,8
Kota Tomohon	0,9	1,7	89,0	8,4
Sulawesi Utara	3,9	6,3	78,9	10,9

*) BB/TB = berat badan menurut tinggi badan

Seperti dikemukakan terdahulu, prevalensi kurus dan sangat kurus (*wasting*) di Provinsi Sulawesi Utara ada di bawah prevalensi rata-rata nasional, tetapi termasuk kondisi serius karena di atas 10%. Prevalensi balita kurus dan sangat kurus di Kabupaten Kepulauan Talaud (20,7%) termasuk kategori kritis karena di atas 15% (UNHCR). Prevalensi di dua kabupaten/kota, yakni Kota Tomohon dan Minahasa termasuk aman menurut indikator BB/TB.

Sementara itu masalah *overweight* pada balita di Sulawesi Utara cukup tinggi, yakni satu di antara 10 balita (11,2%). Ini berarti Sulawesi Utara menghadapi dua masalah sekaligus, yakni masalah kekurangan dan kelebihan gizi (*double burden*).

d. Status Gizi Balita menurut Karakteristik Responden

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

Tabel 3.2.1.5 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/TB balita dengan variabel-variabel karakteristik responden.

Tabel 3.2.1.6
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas, 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/TB*			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kelompok umur (bulan)				
0 – 5	3,5	8,1	66,5	22,0
6 – 11	4,8	9,3	72,4	13,5
12 – 23	2,6	2,5	74,7	20,2
24 – 35	5,2	7,6	78,7	8,5
36 – 47	2,8	11,8	72,5	12,9
48 – 60	4,6	3,5	83,8	8,1
Jenis kelamin				
Laki-Laki	3,1	6,2	77,3	13,4
Perempuan	4,9	7,2	78,8	9,1
Pendidikan				
Tidak tamat SD & tidak sekolah	1,9	7,9	79,0	11,2
Tamat SD	6,9	10,7	68,1	14,3
Tamat SLTP	2,1	2,1	84,5	11,3
Tamat SLTA	5,1	8,5	80,0	6,4
Tamat PT	2,2	3,3	90,3	4,2
Pekerjaan				
Tidak kerja/sekolah/ibu RT	5,6	9,2	77,3	7,9
TNI/Polri/PNS/BUMN	0,0	3,6	90,8	5,7
Pegawai swasta	1,8	10,9	84,9	2,5
Wiraswasta/dagang/jasa	4,5	9,6	72,7	13,1
Petani/nelayan	6,2	5,4	77,8	10,6
Buruh & lainnya	1,8	9,9	73,3	14,9
Tipe daerah				
Perkotaan	4,8	5,7	78,2	11,3
Perdesaan	2,8	8,1	77,9	11,1
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	5,6	8,4	75,7	10,3
Kuintil 2	2,9	6,9	76,4	13,8
Kuintil 3	3,9	4,4	83,3	8,5
Kuintil 4	3,6	7,0	75,2	14,2
Kuintil 5	2,3	5,5	82,9	9,2

*) BB/TB = berat badan menurut tinggi badan

Menurut kelompok umur: Status gizi kategori TB/U menurut kelompok umur berfluktuasi. Status gizi kategori BB/TB balita pada umur di bawah 12 bulan sudah serius (>10%), kemudian pada umur 12-23 bulan turun menjadi sekitar 5% dan meningkat lagi sampai umur 47 bulan menjadi di atas 10%, pada umur selanjutnya turun sedikit menjadi 8%.

Menurut jenis kelamin: Status gizi kategori BB/TB anak laki-laki cenderung lebih baik daripada anak perempuan.

Menurut pendidikan KK: Tidak terdapat pola status gizi kategori BB/TB menurut pendidikan KK. Namun, pada RT yang KK-nya berpendidikan tamat PT ditemukan lebih banyak balita yang memiliki status gizi baik kategori BB/TB.

Menurut pekerjaan KK: Tidak terdapat pola status gizi kategori TB/U menurut pekerjaan KK. Terdapat kecenderungan status gizi kategori TB/U balita dari rumahtangga yang KK-nya bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI/BUMN lebih baik.

Menurut tipe daerah: Status gizi kategori BB/TB balita yang tinggal di perkotaan tidak berbeda dengan di perdesaan, tetapi balita sangat kurus lebih banyak di perkotaan daripada di perdesaan; sebaliknya balita kurus lebih banyak di perdesaan. Fenomena ini menunjukkan masalah sangat kurus (*severe wasting*) lebih banyak ditemukan di perdesaan daripada di perkotaan. Meski prevalensi Balita kurus di perkotaan sedikit lebih tinggi, umumnya masuk kategori ringan (*mild dan moderate wasting*).

Menurut pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan: Tidak terdapat pola status gizi kategori BB/TB menurut pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan. Dengan kata lain, meningkatnya tingkat pendapatan rumahtangga per kapita per bulan tidak selalu diikuti dengan perbaikan status gizi kategori BB/TB.

Meski sejak tahun 1975 sudah diperkenalkan atau bahkan dianjurkan untuk menginterpretasikan status gizi balita dengan menggunakan tiga indikator sekaligus, tetapi dalam praktik jarang dilakukan. Akhir-akhir ini, sejak baku antropometri WHO 2005 diadopsi untuk digunakan di Indonesia, interpretasi prevalensi status gizi menggunakan tiga indikator sekaligus menjadi suatu keharusan. Status gizi balita menurut tiga indikator status gizi menunjukkan bahwa masalah gizi balita di Provinsi Sulawesi Utara secara keseluruhan lebih bersifat kronis, hanya empat kabupaten kota yang tidak bersifat kronis, yakni Kabupaten Minahasa, Minahasa Selatan, Minahasa Utara dan Kota Tomohon. Meski secara keseluruhan masalah gizi balita lebih bersifat akut, tetapi masalah gizi kronis di Provinsi Sulawesi Utara cukup tinggi (mencapai 30,8%) dan di Kabupaten Minahasa termasuk kronis (42,5%).

Tabel 3.2.1.7
Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Provinsi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	BB/U Buruk & Kurang	TB/U: Kronis (Pendek)	BB/TB: Akut (Kurus)	Akut*	Kronis**
Bolaang Mongondow	17,3	30,7	15,7	√	
Minahasa	8,1	42,5	0		√
Kepulauan Sangihe	14,4	31,3	14,6	√	
Kepulauan Talaud	23,5	31,8	21,1	√	
Minahasa Selatan	14,0	29,6	4,2		
Minahasa Utara	16,0	30,2	8,9		
Kota Manado	17,6	29,3	12,8	√	
Kota Bitung	20,3	24,5	12,5	√	
Kota Tomohon	4,9	27,7	1,7		
Sulawesi Utara	15,7	30,8	10,7	√	

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

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

3.2.2 Status Gizi Penduduk Umur 6-14 Tahun (Usia Sekolah)

Status gizi penduduk umur 6-14 tahun dapat dinilai berdasarkan IMT yang dibedakan menurut umur dan jenis kelamin. Sebagai rujukan untuk menentukan kurus, apabila nilai IMT kurang dari 2 standar deviasi (SD) dari nilai rerata, dan BB lebih jika nilai IMT lebih dari 2 SD nilai rerata standar WHO 2007.

Gambaran status gizi anak usia 6-14 tahun di masing-masing kabupaten/kota di Sulawesi Utara dapat dilihat pada Tabel 3.8. Kepulauan Sangihe mempunyai prevalensi anak kurus tertinggi, baik pada anak laki-laki (17,1%) maupun anak perempuan (10,6%). Adapun prevalensi anak kurus terendah ada di Kota Tomohon, yaitu 4,8% pada anak laki-laki dan 3,9% pada anak perempuan.

Dalam survei ini juga ditemukan anak umur 6-14 tahun dengan BB-lebih. Kabupaten/kota yang mempunyai prevalensi anak dengan BB-lebih tertinggi adalah Kota Manado untuk anak laki-laki (13,7%) dan Kabupaten Minahasa untuk anak perempuan (10,0%). Prevalensi BB-lebih terendah ditemukan di Kepulauan Talaud pada anak laki-laki (3,7%) dan di Kota Bitung pada anak perempuan (3,5%).

Tabel 3.2.2.1
Persentase Status Gizi Anak Usia 6-14 tahun menurut Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara pada Laki-Laki dan Perempuan, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Laki-laki			Perempuan		
	Kurus	Normal	BB Lebih	Kurus	Normal	BB Lebih
Bolaang Mongondow	8,1	83,6	8,3	7,4	81,7	11,0
Minahasa	6,0	83,7	10,3	6,5	83,3	10,3
Kepulauan Sangihe	17,1	78,7	4,2	10,6	83,4	6,0
Kepulauan Talaud	10,6	85,7	3,7	8,3	87,6	4,1
Minahasa Selatan	10,0	81,4	8,5	8,0	88,1	3,9
Minahasa Utara	7,0	87,3	5,7	5,2	85,7	9,2
Kota Manado	12,1	74,1	13,7	9,0	82,2	8,9
Kota Bitung	8,7	82,3	9,0	5,6	90,9	3,5
Kota Tomohon	4,8	87,1	8,0	3,9	86,3	9,8
Sulawesi Utara	9,6	81,2	9,2	7,4	84,6	8,0

Tabel 3.2.2.2 menyajikan hasil tabulasi silang status gizi anak usia 6-14 tahun menurut IMT dengan karakteristik responden: tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Dari tabel ini terlihat bahwa:

- Prevalensi anak kurus, baik pada laki-laki maupun perempuan, di perdesaan dan perkotaan hampir sama, tidak berbeda jauh. Sebaliknya prevalensi anak dengan BB-lebih banyak terjadi di perkotaan.
- Ada kecenderungan terjadi peningkatan prevalensi pada anak laki-laki kurus menurut tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita, tetapi menurun pada kuintil 5. Demikian juga dengan prevalensi anak laki-laki dengan BB-lebih cenderung meningkat sejalan dengan naiknya tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita. Prevalensi anak laki-laki BB-lebih tertinggi ada pada kuintil 5 sebesar 13,3%.

- c. Tampak adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita, semakin kecil prevalensi anak perempuan kurus dan prevalensi anak perempuan dengan BB-lebih. Prevalensi anak perempuan BB-lebih tertinggi ada pada kuintil 5 sebesar 10,6%.

Tabel 3.2.2.2
Persentase Status Gizi Anak Usia 6-14 Tahun menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007

Karakteristik	Laki-laki			Perempuan		
	Kurus	Normal	BB Lebih	Kurus	Normal	BB Lebih
Tipe daerah						
Perkotaan	9,7	77,8	12,5	7,5	83,9	8,6
Perdesaan	9,4	83,7	6,8	7,3	85,1	7,6
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil 1	8,8	83,0	8,1	8,4	82,9	8,8
Kuintil 2	10,4	82,8	6,8	9,0	84,9	6,1
Kuintil 3	12,6	76,5	11,0	6,5	86,2	7,4
Kuintil 4	10,0	81,9	8,1	8,5	83,6	7,9
Kuintil 5	4,7	82,1	13,3	3,0	86,3	10,6

3.2.3 Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas

Status gizi penduduk umur 15 tahun ke atas dinilai dengan Indeks Massa Tubuh (IMT). IMT dihitung berdasarkan BB dan TB dengan rumus sebagai berikut:

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

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

Kategori kurus	IMT < 18,5
Kategori normal	IMT >=18,5 - <24,9
Kategori BB lebih	IMT >=25,0 - <27,0
Kategori obese	IMT >=27,0

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

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

a. Status Gizi Dewasa Berdasarkan IMT

Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori BB lebih dan gemuk (*obese*). Prevalensi dewasa kurus di Sulawesi Utara sekitar 50% dari angka nasional, tetapi masih merupakan masalah (6,7%). Prevalensi dewasa kurus terendah ditemukan di perkotaan Tomohon dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Sangihe.

Hampir sepertiga (33,1%) orang dewasa di Sulawesi Utara termasuk dalam kategori BB lebih (*overweight*) dan gemuk. Angka ini lebih dari dua kali angka nasional. Prevalensi dewasa BB lebih dan gemuk tertinggi ditemukan di perkotaan Tomohon dan Manado, masing-masing 40% dan terendah di Bolaang Mongondow (20%). Informasi ini semakin menguatkan bahwa Sulawesi Utara menghadapi masalah gizi ganda (*double burden*), baik pada balita maupun dewasa, apalagi pada dewasa perempuan.

Tabel 3.2.3.1
Persentase Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut IMT dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Status Gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Gemuk
Bolaang Mongondow	6,1	74,1	10,9	8,9
Minahasa	5,8	59,9	16,2	18,0
Kepulauan Sangihe	9,3	67,2	10,1	13,3
Kepulauan Talaud	8,1	66,9	11,2	13,7
Minahasa Selatan	4,7	61,8	15,0	18,5
Minahasa Utara	7,8	59,4	13,8	19,0
Kota Manado	8,2	51,7	16,5	23,6
Kota Bitung	5,9	51,2	13,8	29,1
Kota Tomohon	3,2	54,7	16,0	26,2
Sulawesi Utara	6,7	60,2	14,2	18,9

Tabel 3.2.3.2
Persentase Penduduk Laki-laki Umur 15 Tahun ke Atas menurut IMT dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Status Gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Gemuk
Bolaang Mongondow	5,0	79,8	8,8	6,4
Minahasa	6,3	67,1	14,6	12,0
Kepulauan Sangihe	9,6	74,2	8,8	7,4
Kepulauan Talaud	7,4	75,7	8,5	8,5
Minahasa Selatan	4,6	68,3	14,4	12,7
Minahasa Utara	6,7	65,2	12,5	15,6
Kota Manado	9,4	54,3	16,1	20,1
Kota Bitung	5,2	58,2	13,3	23,3
Kota Tomohon	4,0	61,2	15,4	19,4
Sulawesi Utara	6,7	66,2	13,0	14,1

Tabel 3.2.3.3
Persentase Penduduk Perempuan Umur 15 Tahun ke Atas menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Status Gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Gemuk
Bolaang Mongondow	7,3	68,0	13,2	11,5
Minahasa	5,3	52,6	18,0	24,1
Kepulauan Sangihe	9,4	60,0	11,4	19,2
Kepulauan Talaud	9,3	58,5	13,7	18,5
Minahasa Selatan	4,9	55,1	15,4	24,7
Minahasa Utara	8,9	53,7	15,2	22,2
Kota Manado	7,3	49,5	16,7	26,5
Kota Bitung	6,3	45,1	14,3	34,3
Kota Tomohon	2,1	48,8	16,3	32,9
Sulawesi Utara	6,8	54,4	15,4	23,5

Prevalensi dewasa kurus pada dewasa perempuan dan laki-laki tidak berbeda, tetapi prevalensi BB lebih dan gemuk lebih banyak pada dewasa perempuan daripada laki-laki (39% berbanding 27%). Hampir 50% dewasa perempuan di perkotaan Tomohon tergolong BB lebih dan gemuk.

Tabel 3.2.3.4
Persentase Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Status Gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Gemuk
Pendidikan				
Tidak sekolah	15,9	61,1	12,4	10,6
Tidak tamat SD	8,4	63,6	12,6	15,4
Tamat SD	5,8	64,0	14,4	15,8
Tamat SLTP	7,2	62,1	12,1	18,6
Tamat SLTA	6,2	54,7	16,4	22,6
Tamat PT	4,2	53,6	15,9	26,3
Tipe daerah				
Perkotaan	7,1	54,0	15,8	23,2
Perdesaan	6,5	64,8	13,1	15,7
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil 1	7,5	62,8	14,8	15,0
Kuintil 2	6,2	63,6	13,2	17,0
Kuintil 3	7,2	60,6	14,0	18,2
Kuintil 4	6,3	59,7	13,4	20,6
Kuintil 5	6,5	55,4	15,6	22,5

Menurut pendidikan KK: Prevalensi dewasa kurus cenderung lebih tinggi pada rumah tangga dengan pendidikan rendah, sebaliknya prevalensi dewasa BB lebih dan gemuk cenderung meningkat dengan meningkatnya tingkat pendidikan KK.

Menurut tipe daerah: Prevalensi dewasa kurus di perkotaan cenderung lebih tinggi daripada di perdesaan, demikian pula prevalensi BB lebih dan gemuk.

Menurut pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan: Prevalensi kurus dewasa menurut kuintil pengeluaran per kapita per bulan tidak menunjukkan pola yang jelas, tetapi prevalensi dewasa dengan BB lebih dan gemuk cenderung lebih tinggi pada rumahtangga dengan kuintil lebih tinggi.

b. Status Gizi Dewasa Berdasarkan Indikator Lingkar Perut (LP)

Tabel 3.2.3.5 dan 3.2.3.6 menyajikan prevalensi obesitas sentral menurut kabupaten/kota dan karakteristik responden di Sulawesi Utara. Obesitas sentral dianggap sebagai faktor risiko yang erat kaitannya dengan beberapa penyakit degeneratif. Untuk laki-laki dengan LP di atas 90 cm atau perempuan dengan LP di atas 80 cm dinyatakan sebagai obesitas sentral (WHO Asia-Pasifik, 2005).

Prevalensi obesitas sentral untuk tingkat nasional adalah 18,8%. Dari 33 provinsi, 17 di antaranya memiliki prevalensi obesitas sentral di atas angka prevalensi nasional.

Tabel 3.2.3.5
Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Obesitas Sentral
Bolaang Mongondow	22,6
Minahasa	25,0
Kepulauan Sangihe	33,3
Kepulauan Talaud	30,7
Minahasa Selatan	29,5
Minahasa Utara	27,2
Kota Manado	36,4
Kota Bitung	38,9
Kota Tomohon	41,4
Sulawesi Utara	28,1

Catatan: laki-laki = lingkar perut > 90 cm
perempuan = lingkar perut > 82 cm

Prevalensi obesitas abdominal atau obesitas sentral pada penduduk dewasa ≥ 15 tahun secara rerata di Provinsi Sulawesi Utara sebesar 28%, terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow (satu di antara enam orang) serta tertinggi di Kota Tomohon dan Kota Bitung dengan prevalensi 36% dan 35%. Dengan kata lain, obesitas abdominal di Provinsi Sulawesi Utara sudah mencapai sekitar satu di antara tiga penduduk dewasa umur ≥ 15 tahun.

Tabel 3.2.3.6
Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2009

Karakteristik	Obesitas Sentral
Kelompok umur (tahun)	
15 – 24	13,3
25 – 34	30,2
35 – 44	37,1
45 – 54	40,1
55 – 64	37,8
65 – 74	34,6
75+	35,3
Jenis kelamin	
Laki-laki	16,9
Perempuan	45,7
Pendidikan	
Tidak sekolah	27,0
Tidak tamat SD	30,4
Tamat SD	30,3
Tamat SLTP	28,4
Tamat SLTA	34,7
Tamat PT	37,3
Pekerjaan	
Tidak kerja	26,7
Sekolah	13,5
Ibu RT	51,4
Pegawai	34,4
Wiraswasta/dagang/jasa	33,1
Petani/nelayan/buruh	15,1
Lainnya	33,5
Tipe daerah	
Perkotaan	36,1
Perdesaan	28,0
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan	
Kuintil 1	27,8
Kuintil 2	29,2
Kuintil 3	31,6
Kuintil 4	31,9
Kuintil 5	36,0

Makin bertambah umur, prevalensi obesitas abdominal semakin bertambah, dan prevalensi tertinggi pada kelompok umur 45-64 tahun. Obesitas abdominal lebih banyak pada perempuan daripada laki-laki, sekitar berbanding satu. Makin tinggi tingkat pendidikan, juga semakin tinggi prevalensi obesitas abdominal. Tidak terdapat pola yang jelas pada distribusi obesitas abdominal menurut jenis pekerjaan. Prevalensi tertinggi pada rumah tangga (44%) dan terendah pada

petani/buruh/nelayan (14%). Kemungkinan aktivitas fisik para petani/buruh/nelayan lebih tinggi sehingga energi yang dikeluarkan (*energy expenditure*) lebih banyak daripada jenis pekerjaan lainnya sehingga prevalensi *obesitas abdominal* paling rendah pada penduduk dengan jenis pekerjaan tersebut. Sementara pada ibu rumah tangga, kemungkinan aktivitas fisiknya relatif paling rendah sehingga energi yang dikeluarkan (*energy expenditure*) lebih rendah dibandingkan dengan asupannya, sehingga kelebihan energi yang kemudian disimpan menjadi lemak tubuh, seterusnya menjadi obesitas.

Menurut tipe daerah, penduduk yang bertempat tinggal di daerah perkotaan lebih banyak yang mengalami obesitas abdominal daripada yang tinggal di perdesaan. Fenomena ini kemungkinan karena penduduk di perdesaan lebih banyak melakukan aktivitas fisik yang memerlukan lebih banyak energi sehingga luaran energi (*energy expenditure*) lebih tinggi.

Makin tinggi kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, prevalensi obesitas juga semakin tinggi. Hal ini karena makin tinggi kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan berarti semakin tinggi tingkat sosial ekonominya sehingga asupan zat gizi cenderung semakin tinggi. Di lain pihak, makin tinggi tingkat sosial ekonominya semakin banyak fasilitas yang dimiliki sehingga aktivitas fisik yang memerlukan energi semakin berkurang.

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

Hasil pengukuran LILA ini disajikan menurut provinsi dan karakteristik responden. Indonesia menggunakan ambang batas $<23,5$ cm untuk menggambarkan risiko kurang energi kronis (KEK) yang bisa digunakan untuk mengindikasikan WUS kaitannya dengan kesehatan reproduksi.

Prevalensi KEK untuk tingkat nasional digambarkan berdasarkan umur 15-45 tahun. Sesuai dengan meningkatnya usia, nilai rata-rata LILA juga meningkat, mulai dari 23,8 cm pada wanita usia 15 tahun sampai 27,2 cm pada usia 45 tahun. Rata-rata nasional angka LILA adalah 26,1 cm.

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

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

Dari kedua cara tersebut prevalensi risiko KEK WUS menurut kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara menunjukkan ada perbedaan prevalensi risiko KEK menggunakan batas ambang $<23,5$ cm dan menggunakan <1 SD terhadap median. Dengan menggunakan batas ambang $<23,5$ cm cenderung lebih tinggi dibanding menggunakan <1 SD terhadap median. Prevalensi WUS KEK tertinggi menggunakan batas ambang $<23,5$ cm ada di Kota Bitung, sedangkan dengan batas ambang <1 SD ada di Kepulauan Sangihe.

Tabel 3.2.3.7
Persentase Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun menurut
Risiko KEK menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Batas <23.5cm		Batas <1 SD	
	Risiko KEK (%)	Rasio Provinsi terhadap Total	Risiko KEK (%)	Rasio Provinsi terhadap total
Bolaang Mongondow	5,9	0,63	4,2	0,72
Minahasa	7,3	0,78	4,1	0,71
Kepulauan Sangihe	12,6	1,34	8,7	1,50
Kepulauan Talaud	10,6	1,12	6,6	1,14
Minahasa Selatan	7,6	0,81	5,4	1,08
Minahasa Utara	12,6	1,34	5,7	0,98
Kota Manado	10,0	1,06	7,0	1,21
Kota Bitung	13,2	1,57	6,9	1,13
Kota Tomohon	6,8	0,72	3,5	0,60
Sulawesi Utara	9,4	1,00	5,8	1,00

3.2.4 Konsumsi Energi Dan Protein

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

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

Status gizi dan konsumsi gizi merupakan indikator MDG's yang menempatkan pembangunan sebagai fokus utama pembangunan. Target ke 2 MDG's adalah menurunkan Persentase 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 2007, 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 rumahtangga yang makan (jumlah, umur dan jenis kelamin), serta tamu yang ikut makan. Di samping itu juga dilakukan penghitungan jumlah minyak dari makanan gorengan yang dikonsumsi. Ini berarti data konsumsi energi dan zat gizi yang diperoleh dari RISKESDAS 2007 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 2007 tidak dapat dibandingkan dengan tingkat konsumsi dari data SUSENAS karena metode pengumpulan data berbeda.

Tabel 3.2.4.1
Konsumsi Energi Dan Protein Per Kapita Per Hari
Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara

Kabupaten	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Bolaang Mongondow	1241	415,0	40,7	15,9
Minahasa	1487	512,9	46,2	17,7
Kepulauan Sangihe	1337	431,3	52,2	21,2
Kepulauan Talaud	1438	600,6	43,7	22,8
Minahasa Selatan	1443	448,5	47,9	20,0
Minahasa Utara	1605	533,3	49,7	20,9
Manado	1350	473,8	46,2	16,7
Bitung	1096	348,4	37,5	14,7
Tomohon	1583	570,4	51,6	21,7
Provinsi Sulawesi Utara	1381	493,8	45,6	18,7

Secara rerata di tingkat Provinsi Sulawesi Utara, konsumsi energi lebih rendah dari rerata nasional (1381 kkal vs 1735,5 kkal). Konsumsi energi antar kabupaten kota cukup bervariasi, terendah 1096 kkal (kabupaten Bitung) dan tertinggi 1605 kkal (kabupaten Minahasa Utara). Fenomena yang sama juga dijumpai pada konsumsi protein, di mana secara rerata konsumsi protein di provinsi Sulawesi Utara juga lebih rendah dari rerata nasional (45,6 gram vs 55,5 gram). Rerata konsumsi protein terendah ditemukan di Kabupaten Bolaang Mongondow (40,7 gram) dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Sangihe (52,2 gram).

Tabel 3.2.4.2
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah
dari Rerata Nasional di Indonesia, Riskesdas 2007

Kabupaten	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Bolaang Mongondow	89,9	86,8
Minahasa	74,9	74,1
Kepulauan Sangihe	84,2	63,4
Kepulauan Talaud	77,5	77,1
Minahasa Selatan	77,1	73,6
Minahasa Utara	67,0	65,8
Manado	81,6	75,9
Bitung	95,2	88,3
Tomohon	68,0	64,7
Provinsi Sulawesi Utara	80,5	75,9

Secara rerata, menurut kabupaten prevalensi rumah tangga yang mengonsumsi energi lebih rendah dari angka rerata nasional mencapai 80% (tertinggi di Kota Bitung 95% dan terendah di Kota Tomohon 68%). Di provinsi Sulawesi Utara, sekitar 75 % rumah tangga di Sulawesi Utara mengonsumsi protein lebih rendah dari angka rerata nasional, prevalensi tertinggi di Kota Bitung (88%) dan terendah di Kabupaten Kepulauan Sangihe (63%).

Tabel 3.2.4.3
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran Rumah tangga per Kapita di Indonesia, Riskesdas 2007

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Tipe Daerah		
Perkotaan	83,0	76,0
Perdesaan	78,6	75,8
Tingkat Pengeluaran per Kapita		
Kuintil – 1	85,0	80,2
Kuintil – 2	82,8	81,0
Kuintil – 3	80,2	75,8
Kuintil – 4	78,6	72,0
Kuintil – 5	75,8	70,3

Prevalensi rumah tangga yang mengonsumsi energi lebih rendah dari rerata nasional cenderung lebih banyak di perkotaan daripada RT di perdesaan. Prevalensi rumah tangga yang mengonsumsi protein lebih rendah dari rerata nasional tidak berbeda antara di perkotaan dan perdesaan. Semakin tinggi kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, semakin rendah prevalensi rumah tangga yang mengonsumsi energi lebih rendah dari rerata nasional. Fenomena yang sama juga terjadi pada konsumsi protein.

3.2.5 Konsumsi Garam Beriodium

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

Tabel 3.2.5.1
Persentase RT yang Mengonsumsi Garam Mengandung Cukup Iodium menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RT Mengonsumsi Garam Cukup Iodium (%)
Bolaang Mangondow	92,1
Minahasa	85,4
Kepulauan Sangihe	97,3
Kepulauan Talaud	93,6
Minahasa Selatan	98,9
Minahasa Utara	96,9
Kota Manado	92,2
Kota Bitung	50,5
Kota Tomohon	99,6
Sulawesi Utara	89,2

Secara umum kualitas konsumsi garam beriodium di Sulawesi Utara mencapai 89,2% (angka nasional 62,3%). pencapaian ini masih dibawah target nasional 2010 maupun target

ICCIDD/UNICEF/WHO Universal Salt Iodization (USI) atau “garam beriodium untuk semua” yaitu minimal 90% rumah-tangga menggunakan garam cukup iodium. Persentase RT yang mengonsumsi garam cukup iodium bervariasi antar kabupaten/kota. Terdapat tujuh kabupaten/kota yang sudah mencapai di atas 90%, sementara masih dua kabupaten/kota yang di bawah 90% yakni Kota Bitung (50%) dan Minahasa (85%).

Tabel 3.2.5.2
Persentase RT Mengonsumsi Garam Cukup Iodium menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	RT Mengonsumsi Garam Cukup Iodium (%)
Pendidikan Kepala Keluarga	
Tidak tamat SD & Tidak sekolah	88,8
Tamat SD	86,1
Tamat SLTP	92,3
Tamat SLTA	90,8
Tamat PT	89,0
Pekerjaan Kepala Keluarga	
Tidak bekerja/Sekolah/Ibu rumahtangga	88,8
TNI/Polri/PNS/BUMN	88,3
Pegawai Swasta	86,1
Wiraswasta/Pedagang/Pelayanan Jasa	93,3
Petani/Nelayan	89,7
Buruh/Lainnya	83,9
Tipe daerah	
Perkotaan	84,4
Perdesaan	92,6
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan	
Kuintil 1	87,7
Kuintil 2	89,2
Kuintil 3	88,5
Kuintil 4	89,6
Kuintil 5	90,6

Menurut pekerjaan kepala keluarga: tidak terlihat perbedaan konsumsi garam beriodium menurut pekerjaan Kepala Keluarga.

Menurut pendidikan kepala keluarga: tidak terlihat pola kecenderungan yang jelas antara pendidikan kepala keluarga dengan persentase rumah tangga yang mengonsumsi garam cukup iodium

Menurut tipe daerah : persentase rumah tangga mengonsumsi garam cukup iodium di perdesaan lebih baik dibanding di perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: Terlihat kecenderungan kenaikan persentase rumah tangga mengonsumsi garam cukup iodium seiring dengan peningkatan pengeluaran per kapita per bulan.

3.3 KESEHATAN IBU DAN ANAK

3.3.1. Status Imunisasi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 3.3.1.1
Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/Kota di Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Imunisasi				
	BCG	POLIO 3	DPT 3	HB 3	CAMPAK
Bolaang Mongondow	90,8	74,8	68,9	55,7	86,8
Minahasa	100,0	76,6	82,3	64,9	90,5
Kep. Sangihe Talaud	91,7	53,8	60,0	58,3	92,5
Kepulauan Talaud	96,6	70,6	68,8	55,2	91,9
Minahasa Selatan	96,6	90,2	89,5	69,7	93,3
Minahasa Utara	93,9	89,4	84,8	86,4	87,9
Kota Manado	92,5	89,4	88,6	80,3	94,4
Kota Bitung	100,0	93,2	90,7	83,6	93,6
Kota Tomohon	96,8	67,9	70,4	69,2	85,7
Sulawesi Utara	95,2	82,1	81,5	71,7	91,5

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

* Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi Sulawesi Utara untuk BCG 94,4%, polio3 81,4%, DPT3 79,6%, HB3 73,2%, campak 85,9%

Dilihat dari tabel 3.3.1.1 dari lima jenis imunisasi, imunisasi dengan cakupan terendah di Sulawesi Utara ialah imunisasi HB3 (71,7%), sedangkan cakupan tertinggi ialah imunisasi BCG (95,2%). Cakupan imunisasi BCG di perkotaan Bitung dan Minahasa sudah mencapai 100%, dan tujuh kabupaten/kota lainnya masih di bawah 100% tetapi sudah di atas 90%.

Empat kabupaten/kota sudah mencapai 90% cakupan imunisasi Polio3, sementara lima kabupaten/kota lainnya masih di bawah 60%.Cakupan DPT3, baru lima kabupaten/kota yang mencapai hampir 90%, empat kabupaten/kota masih di bawah 80%.

Hanya tiga kabupaten/kota yang mencapai cakupan imunisasi HB3 $\geq 80\%$, dan enam kabupaten/kota lainnya cakupannya masih di bawah 80%.

Tujuh kabupaten/kota sudah mencapai cakupan imunisasi Campak $\geq 90\%$, dua kabupaten lainnya yakni Tomohon dan Bolaang Mongondow masih di bawah 90%.

Tabel 3.3.1.2
Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis imunisasi				
	BCG	POLIO 3	DPT 3	HB 3	CAMPAK
Jenis kelamin					
Laki-Laki	94,1	84,4	80,2	71,0	91,7
Perempuan	96,1	80,4	83,1	72,0	91,2
Pendidikan KK					
Tidak Sekolah	90,0	90,0	70,0	50,0	90,0
SD Tidak Tamat	95,8	78,0	75,8	70,7	90,3
SD Tamat	91,4	75,5	76,5	60,2	86,5
SMP Tamat	93,3	78,7	80,0	73,1	90,2
SLTA Tamat	98,4	90,7	88,4	80,1	93,1
Tamat PT	96,1	88,9	90,9	76,4	96,4
Pekerjaan KK					
Tidak Bekerja	100,0	81,8	91,7	72,7	100,0
Ibu Rumah tangga	88,9	87,5	87,5	87,5	87,5
PNS/Polri/TNI	96,1	93,6	93,0	81,3	98,3
Wiraswasta/Swasta	97,2	83,9	82,0	73,6	85,6
Petani/Buruh/Nelayan	92,9	77,5	76,3	66,0	89,0
Lainnya	100,0	92,1	89,2	79,5	97,5
Tipe daerah					
Perkotaan	96,8	88,1	86,5	79,6	91,8
Perdesaan	93,6	77,8	77,9	65,5	90,9
Pengeluaran per kapita					
Kuintil-1	91,9	79,5	79,9	65,9	91,5
Kuintil-2	97,0	81,4	81,4	77,0	93,8
Kuintil-3	94,4	84,0	81,1	65,5	88,8
Kuintil-4	96,0	82,0	80,7	76,0	88,5
Kuintil-5	99,0	87,7	88,1	79,4	93,7

Menurut jenis kelamin: tidak ada perbedaan berarti cakupan imunisasi hepatitis dan campak antara balita laki-laki dan perempuan.

Menurut pendidikan: cakupan imunisasi BCG, Polio, dan hepatitis tertinggi terdapat pada kelompok balita dengan KK tamat SLTA. Sedangkan cakupan tertinggi imunisasi DPT dan campak pada kelompok tamat PT.

Menurut tipe daerah: cakupan ke lima jenis imunisasi lebih tinggi di kota dibandingkan di desa.

Menurut tingkat pengeluaran perkapita perbulan: cakupan tertinggi imunisasi BCG, Polio, DPT, dan Hepatitis terdapat pada kelompok kuintil 5.

Tabel 3.3.1.3
Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Kabupaten/Kota di Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Imunisasi dasar		
	Lengkap	Tdk Lengkap	Tidak Sama Sekali
Bolaang Mongondow	33,1	61,4	5,5
Minahasa	48,8	49,6	1,7
Kepulauan Sangihe Talaud	28,0	70,0	2,0
Kepulauan Talaud	35,0	62,5	2,5
Minahasa Selatan	38,6	60,2	1,2
Minahasa Utara	74,6	19,4	6,0
Kota Manado	57,0	41,2	1,8
Kota Bitung	58,3	40,5	1,2
Kota Tomohon	48,4	48,4	3,2
Sulawesi Utara	48,2	49,2	2,6

Imunisasi dasar lengkap:

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

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

* Imunisasi dasar anak umur 12-23 bulan di Provinsi Sulawesi Utara untuk lengkap 58,2%, tidak lengkap 36,2% dan tidak sama sekali 5,6%.

Cakupan imunisasi lengkap anak balita umur 12 – 59 bulan tertinggi (74.6%) di Kabupaten Minahasa Utara dan terendah (28%) di Kabupaten Kepulauan Sangihe Talaud.

Tabel 3.3.1.4
Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Status Imunisasi		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Sama Sekali
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	49,6	47,0	3,3
Perempuan	47,0	51,1	1,9
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	30,0	60,0	10,0
SD Tidak Tamat	43,3	53,8	2,9
SD Tamat	40,2	55,5	4,3
SMP Tamat	47,5	47,5	5,0
SLTA Tamat	58,7	40,4	0,9
Tamat PT	56,1	43,9	0
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	63,6	36,4	0
Ibu Rumahtangga	77,8	11,1	11,1
PNS/Polri/TNI	54,8	43,7	1,6
Wiraswasta/Swasta	56,3	41,7	2,0
Petani/Buruh/Nelayan	40,2	55,8	4,0
Lainnya	69,0	31,0	0
Tipe daerah			
Perkotaan	56,0	43,2	0,8
Perdesaan	42,7	53,2	4,1
Pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	41,7	53,5	4,7
Kuintil-2	51,0	46,4	2,6
Kuintil-3	49,0	47,7	3,3
Kuintil-4	49,6	49,6	0,8
Kuintil-5	56,1	43,9	0

Menurut umur, tipe daerah, dan jenis kelamin: cakupan imunisasi lengkap anak balita umur 12-59 bulan lebih tinggi di daerah kota dibandingkan daerah desa, dan tidak berbeda nyata antara laki-laki dan perempuan.

Menurut pendidikan, pekerjaan, dan tingkat pengeluaran perkapita per bulan: cakupan imunisasi lengkap tertinggi pada Kepala Keluarga dengan pendidikan SLTA atau lebih, pekerjaan ibu rumahtangga, dan kuintil 5 pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, terendah pada Kepala Keluarga dengan pendidikan tidak sekolah, dan status ekonomi kuintil 1.

3.3.2 Pemantauan Pertumbuhan Balita

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

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

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

Tabel 3.3.2.1
Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Frekuensi Penimbangan (kali)		
	Tdk Pernah	1-3 Kali	≥ 4 Kali
Bolaang Mongondow	6,7	24,5	68,7
Minahasa	10,3	32,8	56,9
Kep. Sangihe Talaud	2,0	23,5	74,5
Kepulauan Talaud	2,2	19,6	78,3
Minahasa Selatan	9,2	33,3	57,5
Minahasa Utara	14,3	46,4	39,3
Kota Manado	9,3	38,3	52,3
Kota Bitung	7,1	44,4	48,5
Kota Tomohon	11,6	34,9	53,5
Sulawesi Utara	8,5	34,0	57,5

Pada bagian ini, analisis dilakukan untuk balita umur 0-59 bulan. Frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir dikelompokkan menjadi tidak pernah, 1-3 kali, dan 4-6 kali.

Secara keseluruhan 8,5 % balita tidak pernah ditimbang, terendah di Kabupaten Sangihe dan Kabupaten Talaud yang keduanya hanya 2%, dan tertinggi di Minahasa Utara (14,0%). Sebaliknya balita yang ditimbang lebih dari empat kali dalam enam bulan terakhir, sebesar 57,5%, terendah di Minahasa Utara (39,3%) dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud (78,3%).

Tabel 3.3.2.2
Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Frekuensi Penimbangan (kali)		
	Tdk Pernah	1-3 Kali	≥ 4 Kali
Kelompok umur (bulan)			
0 – 5	8,8	63,2	27,9
6 – 11	1,0	19,2	79,8
12 – 23	5,4	42,6	52,0
24 – 35	5,4	34,9	59,7
36 – 47	12,1	27,2	60,7
48 – 59	13,2	32,3	54,5
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	7,4	35,1	57,4
Perempuan	9,1	33,1	57,8
Pendidikan			
Tidak Sekolah	0	25,0	75,0
Tidak tamat SD	10,3	23,8	65,9
Tamat SD	8,7	30,4	60,9
Tamat SLTP	8,0	35,5	56,5
Tamat SLTA	6,2	36,1	57,7
Tamat PT	11,1	40,0	48,9
Pekerjaan			
Tidak Bekerja	0	0,0	100,0
Ibu Rumahtangga	7,1	7,1	85,7
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	5,9	45,8	48,3
Wiraswasta/ Pegawai Swasta	8,0	31,9	60,1
Petani/ Buruh/ Nelayan	9,1	30,2	60,7
Lainnya	7,3	41,5	51,2
Tipe daerah			
Perkotaan	7,5	38,0	54,5
Perdesaan	8,9	31,4	59,7
Pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	11,4	28,6	60,0
Kuintil-2	6,1	36,2	57,7
Kuintil-3	5,7	35,4	58,9
Kuintil-4	8,8	41,9	49,3
Kuintil-5	7,8	33,0	59,1

Menurut kelompok umur: Ada kecenderungan penurunan cakupan penimbangan rutin sejak umur 6-11 bulan. Cakupan cukup tinggi pada umur 6-11 bulan (79,8%) dan menurun tajam pada umur 12-23 bulan (52,0%), selanjutnya berfluktuasi di sekitar 50-60%.

Menurut jenis kelamin: tidak ada perbedaan persentase penimbangan rutin menurut jenis kelamin.

Menurut pendidikan: Semakin tinggi tingkat pendidikan KK, semakin rendah cakupan penimbangan rutin.

Menurut pekerjaan: Cakupan penimbangan rutin tertinggi pada rumahtangga yang KK nya tidak bekerja atau sebagai ibu rumahtangga.

Menurut tipe daerah: persentase balita yang ditimbang rutin (4-6 kali) lebih tinggi di daerah perdesaan (59,7%) daripada di perkotaan (54,5%),

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: semakin tinggi pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, semakin rendah cakupan penimbangan rutin.

Tabel 3.3.2.3
Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Penimbangan Anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Bolaang Mongondow	3,2	2,1	0	93,7	1,1
Minahasa	2,4	11,9	0	73,8	11,9
Kep. Sangihe Talaud	2,1	10,6	2,1	85,1	0
Kepulauan Talaud	0	0	0	97,7	2,3
Minahasa Selatan	2,0	5,9	2,0	90,2	0
Minahasa Utara	6,3	7,8	4,7	79,7	1,6
Kota Manado	7,1	16,1	0	60,6	16,1
Kota Bitung	5,0	10,0	1,3	77,5	6,3
Kota Tomohon	6,7	6,7	0	80,0	6,7
Sulawesi Utara	4,2	9,4	0,9	78,9	6,6

Posyandu masih merupakan tempat yang paling tinggi sebagai tempat penimbangan balita (78,9%), terendah di perkotaan Manado (60,6%) dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud (97,7%).

Tabel 3.3.2.4
Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan
Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Penimbangan Anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Kelompok umur (bulan)					
0 – 5	14,0	8,8	3,5	70,2	3,5
6 – 11	3,2	11,6	0	83,2	2,1
12 – 23	1,6	7,3	0	84,6	6,5
24 – 35	2,2	10,1	2,2	74,1	11,5
36 – 47	2,6	7,8	0	84,5	5,2
48 – 59	6,0	10,3	0,9	72,4	10,3
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	4,3	12,3	0,6	78,5	4,3
Perempuan	4,0	6,2	0,9	79,1	9,7
Pendidikan					
Tidak Sekolah	0	0	0	100,0	0
Tidak Tamat SD	2,3	9,2	1,1	87,4	0
Tamat SD	2,4	9,6	0,6	85,0	2,4
Tamat SLTP	1,2	10,8	0	83,1	4,8
Tamat SLTA	10,3	7,3	0,6	69,1	12,7
Tamat PT	2,5	5,0	5,0	57,5	30,0
Pekerjaan					
Tidak Bekerja	0,0	0	0	100,0	0
Ibu Rumahtangga	7,7	15,4	0	61,5	15,4
PNS/Polri/TNI/BUMN/ Wiraswasta/ Pegi Swasta	8,2	6,2	0	62,9	22,7
Petani/ Buruh/ Nelayan	7,4	14,0	1,7	70,2	6,6
Lainnya	2,1	8,5	0,7	86,3	2,5
	10,7	0	0	82,1	7,1
Tipe daerah					
Perkotaan	7,6	11,3	0	68,7	12,4
Perdesaan	1,6	7,5	1,6	86,3	3,0
Pengeluaran per kapita					
Kuintil-1	1,6	10,5	1,0	83,8	3,1
Kuintil-2	4,6	9,8	0,7	80,4	4,6
Kuintil-3	3,0	8,9	1,0	84,2	3,0
Kuintil-4	5,9	8,8	0	75,5	9,8
Kuintil-5	8,1	6,1	2,0	64,6	19,2

Posyandu sebagai pilihan penimbangan balita lebih rendah di perkotaan di perdesaan, dan terjadi kecenderungan penurunan fungsi posyandu sebagai tempat penimbangan balita dengan meningkatnya tingkat pendidikan dan pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan.

Tabel 3.3.2.5
Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Bolaang Mongondow	22,3	27,5	50,2
Minahasa	11,5	48,2	40,3
Kepulauan Sangihe Talaud	18,0	21,3	60,7
Kepulauan Talaud	25,5	31,9	42,6
Minahasa Selatan	22,7	50,5	26,8
Minahasa Utara	30,8	57,1	12,1
Kota Manado	26,5	47,7	25,8
Kota Bitung	19,1	62,6	18,3
Kota Tomohon	34,9	58,1	7,0
Sulawesi Utara	22,8	45,0	32,2

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

Kartu Menuju Sehat (KMS) merupakan sarana yang cukup baik untuk mengetahui tumbuh kembang balita Tetapi hanya 22,8% balita yang mempunyai dan dapat menunjukkan KMS, terendah di Kabupaten Minahasa (11,5%) dan tertinggi di perkotaan Tomohon (34,9%). Hampir 50% balita menurut pengakuan mempunyai KMS, tetapi tidak dapat menunjukkan.

Tabel 3.3.2.6
Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden di
Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Kelompok umur (bulan)			
0 – 5	53,6	17,4	29,0
6 – 11	40,4	23,7	36,0
12 – 23	33,5	32,9	33,5
24 – 35	18,2	49,2	32,6
36 – 47	14,9	50,6	34,4
48 – 59	10,5	59,4	30,1
Jenis kelamin			
Laki-Laki	22,7	43,3	34,1
Perempuan	22,9	45,9	31,2
Pendidikan			
Tidak Sekolah	45,5	18,2	36,4
Tidak Tamat SD	19,7	36,6	43,7
Tamat SD	23,7	45,3	31,0
Tamat SLTP	20,4	42,1	37,5
Tamat SLTA	27,1	46,2	26,7
Tamat PT	25,4	53,7	20,9
Pekerjaan			
Tidak bekerja	38,5	23,1	38,5
Ibu rumahtangga	28,6	50,0	21,4
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	23,3	54,8	21,9
Wiraswasta/ pegawai swasta	23,6	49,2	27,1
Petani/ buruh/ nelayan	23,8	37,9	38,3
Lainnya	26,0	52,0	22,0
Tipe daerah			
Perkotaan	26,0	50,1	23,8
Perdesaan	20,3	40,6	39,1
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	23,3	46,2	30,5
Kuintil-2	19,6	43,6	36,8
Kuintil-3	22,7	41,2	36,1
Kuintil-4	22,5	43,1	34,4
Kuintil-5	27,7	48,9	23,4

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

Kepemilikan KMS lebih sedikit tinggi di daerah perkotaan. Ada tren kepemilikan KMS yang lebih tinggi pada umur 0-5 bulan (53,6%) dan menurun tajam pada umur selanjutnya dan mencapai cakupan terendah pada umur 48-59 bulan(10,5%).

Tabel 3. 3.2.7
Persentase Balita menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Bolaang Mongondow	23,7	51,7	24,6
Minahasa	14,3	50,0	35,7
Kepulauan Sangihe Talaud	37,1	38,7	24,2
Kepulauan Talaud	42,2	42,2	15,6
Minahasa Selatan	23,2	55,8	21,1
Minahasa Utara	23,3	55,6	21,1
Kota Manado	19,8	38,1	42,1
Kota Bitung	18,8	25,0	56,3
Kota Tomohon	31,0	42,9	26,2
Sulawesi Utara	22,9	44,6	32,5

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

Kepemilikan buku KIA tidak berbeda jauh dengan dibandingkan dengan KMS yaitu rata-rata di Provinsi Sulawesi Utara sebesar 22,9%, dengan cakupan yang bervariasi, terendah di Kabupaten Minahasa (14,3%) dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud (42,2%).

Tabel 3.3.2.8
Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di
Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Kelompok umur (bulan)			
0 – 5	49,2	18,0	32,8
6 – 11	45,0	25,2	29,7
12 – 23	35,0	37,4	27,6
24 – 35	20,9	44,8	34,3
36 – 47	12,3	58,3	29,4
48 – 59	9,2	53,1	37,7
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	27,0	43,0	30,1
Perempuan	18,5	46,9	34,5
Pendidikan			
Tidak Sekolah	63,6	18,2	18,2
Tidak Tamat SD	26,4	40,3	33,3
Tamat SD	20,8	44,7	34,5
Tamat SLTP	25,5	49,0	25,5
Tamat SLTA	20,0	47,6	32,4
Tamat PT	19,4	37,1	43,5
Pekerjaan			
Tidak bekerja	53,3	26,7	20,0
Ibu rumahtangga	26,7	20,0	53,3
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	20,4	43,8	35,8
Wiraswasta/ pegawai swasta	19,4	50,0	30,6
Petani/ buruh/ nelayan	23,4	45,2	31,4
Lainnya	34,1	31,8	34,1
Tipe daerah			
Perkotaan	20,5	39,6	39,9
Perdesaan	24,6	48,7	26,8
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	23,9	49,7	26,5
Kuintil-2	25,5	37,4	37,0
Kuintil-3	18,2	49,7	32,1
Kuintil-4	17,6	46,4	35,9
Kuintil-5	27,8	39,1	33,1
Sulawesi Utara	22,9	44,8	32,3

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

Kepemilikan buku KIA antara balita di perkotaan tidak banyak berbeda dengan di perdesaan. balita laki-laki cenderung lebih banyak yang memiliki buku KIA daripada anak perempuan. Semakin bertambah umur semakin kecil persentase kepemilikan buku KIA. Kepemilikan buku KIA tertinggi pada balita dari rumahtangga dengan KK tidak sekolah (63,6%), tidak bekerja (53,3%).

Kepemilikan buku KIA tertinggi di umur 6-11 bulan (24,2%) dan menurun tajam pada umur selanjutnya. Tetapi tidak banyak variasi kepemilikan buku KIA menurut klasifikasi desa, jenis kelamin, pekerjaan Kepala Keluarga, dan kuintil pengeluaran rumahtangga

3.3.3 Distribusi Kapsul Vitamin A

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

Tabel 3.3.3.1
Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Menerima Kapsul Vitamin A	Tidak Menerima Kapsul Vitamin A
Bolaang Mongondow	63,3	36,7
Minahasa	83,5	16,5
Kepulauan Sangihe Talaud	82,4	17,6
Kepulauan Talaud	86,7	13,3
Minahasa Selatan	78,4	21,6
Minahasa Utara	78,4	21,6
Kota Manado	83,6	16,4
Kota Bitung	78,9	21,1
Kota Tomohon	73,0	27,0
Sulawesi Utara	78,4	21,6

Dari tabel 3.3.3.1 terlihat bahwa cakupan kapsul vitamin A sebesar 78,4%, dengan variasi cakupan yang tidak terlalu banyak, terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow (63,3%) dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud (86,7%).

Tabel 3.3.3.2
Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Menerima Kapsul Vitamin A	Tidak Menerima Kapsul Vitamin A
Kelompok umur (bulan)		
6 – 11	64,0	36,0
12 – 23	86,0	14,0
24 – 35	86,4	13,6
36 – 47	75,1	24,9
48 – 59	72,5	27,5
Jenis kelamin		
Laki-Laki	75,8	24,2
Perempuan	79,8	20,2
Pendidikan		
Tidak Sekolah	72,7	27,3
Tidak Tamat SD	71,2	28,8
Tamat SD	80,3	19,7
Tamat SLTP	68,1	31,9
Tamat SLTA	79,2	20,8
Tamat PT	89,7	10,3
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	91,7	8,3
Ibu Rumahtangga	76,9	23,1
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	87,2	12,8
Wiraswasta/ Pegawai Swasta	75,8	24,2
Petani/ Buruh/ Nelayan	73,4	26,6
Lainnya	83,0	17,0
Tipe daerah		
Perkotaan	79,7	20,3
Perdesaan	76,5	23,5
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan		
Kuintil-1	76,9	23,1
Kuintil-2	79,2	20,8
Kuintil-3	72,1	27,9
Kuintil-4	80,3	19,7
Kuintil-5	82,9	17,1

Variasi cakupan kapsul vitamin A tidak banyak berbeda antara tempat tinggal (desa dan kota), jenis kelamin, umur balita, pekerjaan Kepala Keluarga, dan kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan.

3.3.4 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

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

Di Sulawesi Utara hanya ada 144 bayi yang tercakup dalam sampel karena itu distribusinya menurut kabupaten tidak layak dianalisis karena jumlah sampel terlalu kecil. Tabel 3.3.4.1 memperlihatkan persepsi ibu tentang ukuran bayi saat dilahirkan, walaupun berat badan bayi lahir tidak diketahui. Secara keseluruhan terdapat 11,1% ibu yang mempunyai persepsi bahwa bayi yang dilahirkan berukuran kecil, 69,4% mempunyai persepsi ukuran bayi normal dan 19,4% mempunyai persepsi ukuran bayinya besar. Persentase ukuran bayi kecil bervariasi antar kabupaten, tertinggi di Kepulauan Talaud 25,0%.

Tabel 0.3.4.1
Persentase Ibu menurut Persepsi Ukuran Bayi Saat Lahir dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Bolaang Mongondow	2,8	86,1	11,1
Minahasa	0,0	20,0	80,0
Kepulauan Sangihe	22,2	66,7	11,1
Talaud	25,0	25,0	50,0
Kepulauan Talaud	25,0	25,0	50,0
Minahasa Selatan	20,0	50,0	30,0
Minahasa Utara	13,6	72,7	13,6
Kota Manado	12,9	74,2	12,9
Kota Bitung	14,3	78,6	7,1
Kota Tomohon	12,5	62,5	25,0
Sulawesi Utara	11,1	69,4	19,4

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

Persentase ibu menurut persepsi terhadap ukuran bayi lahir dan karakteristik responden hanya disajikan berdasarkan wilayah/daerah dan jenis kelamin.

Tabel 0.3.4.2
Persentase Ibu menurut Persepsi Ukuran Bayi Lahir dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Wilayah/daerah			
Kota	13,0	69,6	17,4
Desa	9,1	70,1	20,8
Jenis kelamin			
Laki-laki	7,8	72,7	19,5
Perempuan	14,5	66,7	18,8
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	0,0	0,0	100,0
Tidak tamat SD	7,7	57,7	34,6
Tamat SD	14,0	79,1	7,0
Tamat SMP	11,1	77,8	11,1
Tamat SLTA	9,4	65,6	25,0
Tamat PT	0,0	75,0	25,0
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	0,0	100,0	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	50,0	50,0
PNS/POLRI/TNI	6,3	75,0	18,8
Wiraswas/swasta	15,2	69,7	15,2
Petani/buruh/nelayan	10,4	71,6	17,9
Lainnya	0,0	80,0	20,0
Tingkat pengeluaran			
Kuintil-1	10,6	63,8	25,5
Kuintil-2	12,9	67,7	19,4
Kuintil-3	4,5	90,9	4,5
Kuintil-4	7,4	66,7	25,9
Kuintil-5	22,2	66,7	11,1

Persentase persepsi bayi lebih kecil saat dilahirkan, sedikit lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan. Persepsi bayi yang kecil saat dilahirkan juga lebih banyak pada bayi perempuan daripada bayi laki-laki. Ada kecenderungan makin rendah tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita persentase bayi ukuran kecil semakin besar.

3.3.5 Pemeriksaan kehamilan

Pemeriksaan kehamilan (ANC) sangat penting dilakukan untuk menjaga kesehatan ibu selama hamil dan saat melahirkan serta kesehatan bayinya. Pada tingkat provinsi 90,5% ibu melakukan pemeriksaan kehamilan.

Tabel 0.3.5.11
Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan menurut Kabupaten, di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten	Periksa hamil	Tidak periksa hamil
Bolaang Mongondow	75,0	25,0
Minahasa	100,0	0,0
Kepulauan Sangihe Talaud	100,0	0,0
Kepulauan Talaud	80,0	20,0
Minahasa Selatan	80,0	20,0
Minahasa Utara	95,8	4,2
Kota Manado	100,0	0,0
Kota Bitung	100,0	0,0
Kota Tomohon	88,9	11,1
Sulawesi Utara	90,5	9,5

Persentase ibu hamil yang melaksanakan pemeriksaan kehamilan di daerah kota lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan. Persentase ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilan tertinggi di Kabupaten Bolaang Mongondow.

Tabel 0.3.5.2
Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan menurut Wilayah Tempat Tinggal Responden, di provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Periksa hamil	
	Periksa hamil	Tidak periksa hamil
Wilayah/daerah		
Kota	97,1	2,9
Desa	85,9	14,1
Pendidikan KK		
Tidak sekolah	100,0	0,0
Tidak tamat SD	70,4	29,6
Tamat SD	95,3	4,7
Tamat SMP	94,1	5,9
Tamat SLTA	97,1	2,9
Tamat PT	100,0	0,0
Pekerjaan KK		
Tidak bekerja	100,0	0,0
Ibu rumah tangga	100,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	94,4	5,6
Wiraswas/swasta	93,9	6,1
Petani/buruh/nelayan	86,8	13,2
Lainnya	100,0	0,0
Tingkat pengeluaran		
Kuintil-1	91,7	8,3
Kuintil-2	84,8	15,2
Kuintil-3	95,7	4,3
Kuintil-4	100,0	0,0
Kuintil-5	82,4	17,6

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

Pada tingkat provinsi jenis pelayanan yang paling banyak diterima ibu hamil adalah tekanan darah dan penimbangan berat badan. Sedangkan pemeriksaan yang paling jarang diterima adalah pemeriksaan hemoglobin (Hb) dan urine.

Tabel 0.3.5.3
Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan menurut Kabupaten di
Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jenis pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Bolaang Mongondow	91,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	63,6	21,7
Minahasa	60,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	40,0	40,0
Kepulauan Sangihe Talaud	33,3	100,0	100,0	75,0	77,8	88,9	0,0	11,1
Kepulauan Talaud	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	25,0	25,0
Minahasa Selatan	71,4	100,0	100,0	100,0	100,0	87,5	12,5	50,0
Minahasa Utara	87,0	100,0	100,0	95,8	91,7	100,0	4,3	26,1
Kota Manado	85,2	100,0	100,0	93,1	92,6	93,1	60,7	53,6
Kota Bitung	93,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	60,0	46,7
Kota Tomohon	75,0	100,0	75,0	100,0	100,0	100,0	50,0	62,5
Sulawesi Utara	79,5	100,0	98,4	96,1	95,3	99,2	41,3	38,6

*Mamasa sampel hanya sedikit tidak bisa dianalisis

Jenis pelayanan kesehatan:

a = pengukuran tinggi badan

b = pemeriksaan tekanan darah

c = pemeriksaa tinggi fundus (perut)

d = pemberian tablet Fe

e = pemberian imunisasi TT

f = penimbangan berat badan

g = pemeriksaan hemoglobin

h = pemeriksaan urine

Perbedaan jenis pemeriksaan kehamilan yang diterima ibu hamil di kota dan desa adalah pengukuran tinggi badan, pemeriksaan Hb dan pemeriksaan urine (tabel 3.3.5.4).

Tabel 0.3.5.4
Persentase Jenis Pelayanan pada Pemeriksaan Kehamilan menurut Wilayah/Daerah
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis pemeriksaan*							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Wilayah/Daerah								
Kota	77,4	100,0	100,0	95,3	95,1	96,8	45,0	44,3
Desa	81,5	100,0	98,5	96,9	95,6	98,5	34,8	30,3
Pendidikan KK								
Tidak sekolah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Tidak tamat SD	64,7	100,0	100,0	88,9	88,9	100,0	23,5	17,6
Tamat SD	78,9	100,0	100,0	97,4	94,7	100,0	51,3	42,1
Tamat SMP	82,4	100,0	93,8	100,0	88,2	87,5	29,4	12,5
Tamat SLTA	75,8	100,0	100,0	93,9	100,0	97,0	45,5	42,4
Tamat PT	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	88,9	42,9	33,3
Pekerjaan KK								
Tidak bekerja	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Ibu rumah tangga	80,0	100,0	100,0	80,0	80,0	100,0	25,0	20,0
PNS/POLRI/TNI	93,3	100,0	100,0	100,0	100,0	94,1	57,1	64,3
Wiraswas/swasta	81,3	100,0	96,9	93,5	93,5	93,5	51,6	45,2
Petani/buruh/nelayan	74,1	100,0	98,3	96,6	94,9	98,3	32,2	22,4
Lainnya	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Tingkat pengeluaran								
Kuintil-1	75,0	100,0	97,7	95,5	90,9	100,0	32,6	36,4
Kuintil-2	83,3	100,0	96,2	92,0	100,0	100,0	60,9	56,5
Kuintil-3	81,8	100,0	100,0	100,0	100,0	95,5	38,1	27,3
Kuintil-4	83,3	100,0	100,0	96,0	96,0	96,2	34,6	34,6
Kuintil-5	76,9	100,0	100,0	92,3	100,0	84,6	33,3	25,0

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 tingkat provinsi pelayanan neonatal KN-1 pada usia 0-7 hari diterima 55,2% bayi dan KN-2 pada usia 8-28 hari hanya 41,1%. Namun KN-2 yang di sajikan tidak berarti yang bersangkutan sudah menerima KN-1, karena data tersebut termasuk yang hanya mendapat pelayanan pada saat bayi berusia 8-28 hari.

Tabel 0.3.5.5
Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal menurut Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten	Pemeriksaan neonatus (KN)	
	KN-1 (0-7 hari)	KN-2 (8-28 hari)
Bolaang Mongondow	56,0	29,2
Minahasa	60,0	20,0
Kepulauan Sangihe Talaud	62,5	44,4
Kepulauan Talaud	66,7	50,0
Minahasa Selatan	100,0	62,5
Minahasa Utara	66,7	43,5
Kota Manado	43,3	60,7
Kota Bitung	53,3	33,3
Kota Tomohon	62,5	75,0
Sulawesi Utara	55,2	41,1

Berdasarkan wilayah tempat tinggal bayi yang mendapat pelayanan KN-2 di daerah perkotaan cakupan pemeriksaan neonatus lebih tinggi daripada di perdesaan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita cakupan pemeriksaan neonatus 0 – 7 hari semakin tinggi.

Tabel 0.3.5.6
Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas, 2007

Karakteristik	Pemeriksaan neonatus (KN)	
	KN-1 (0-7 hari)	KN-2 (8-28 hari)
Wilayah/daerah		
Kota	58,7	49,2
Desa	58,8	41,2
Pendidikan KK		
Tidak sekolah	100,0	100,0
Tidak tamat SD	55,6	33,3
Tamat SD	63,2	56,4
Tamat SMP	43,8	37,5
Tamat SLTA	79,4	51,6
Tamat PT	12,5	33,3
Pekerjaan KK		
Tidak bekarja	100,0	100,0
Ibu rumah tangga	60,0	60,0
PNS/POLRI/TNI	50,0	62,5
Wiraswas/swasta	65,6	41,4
Petani/buruh/nelayan	62,1	46,6
Lainnya	66,7	66,7
Tingkat pengeluaran		
Kuintil-1	45,5	47,6
Kuintil-2	53,8	40,0
Kuintil-3	66,7	36,4
Kuintil-4	76,0	57,7
Kuintil-5	64,3	35,7

3.4 PENYAKIT MENULAR

Penyakit menular yang diteliti pada Riskesdas 2007 terbatas pada beberapa penyakit yang ditularkan oleh vektor, penyakit yang ditularkan melalui udara atau percikan air liur, dan penyakit yang ditularkan melalui makanan atau air. Penyakit menular yang ditularkan oleh vektor adalah filariasis, demam berdarah dengue (DBD), dan malaria. Penyakit yang ditularkan melalui udara atau percikan air liur adalah penyakit infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), pneumonia dan campak, sedangkan penyakit yang ditularkan melalui makanan atau air adalah penyakit tifoid, hepatitis, dan diare.

Data yang diperoleh hanya merupakan prevalensi penyakit secara klinis dengan teknik wawancara dan menggunakan kuesioner baku (RKD07.IND), tanpa konfirmasi pemeriksaan laboratorium. Kepada responden ditanyakan apakah pernah didiagnosis menderita penyakit tertentu oleh tenaga kesehatan (D: diagnosis). Responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis, ditanyakan lagi apakah pernah/sedang menderita gejala klinis spesifik penyakit tersebut (G). Jadi prevalensi penyakit merupakan data yang didapat dari D maupun G (DG). Prevalensi penyakit akut dan penyakit yang sering dijumpai ditanyakan dalam kurun waktu satu bulan terakhir, sedangkan prevalensi penyakit kronis dan musiman ditanyakan dalam kurun waktu 12 bulan terakhir (lihat kuesioner RKD07.IND: Blok X no B01-22).

Khusus malaria, selain prevalensi penyakit juga dinilai Persentase kasus malaria yang mendapat pengobatan dengan obat antimalaria program dalam 24 jam menderita sakit (O). Demikian pula diare, dinilai Persentase kasus diare yang mendapat pengobatan oralit (O).

3.4.1 Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue Dan Malaria

Filariasis (penyakit kaki gajah) adalah penyakit kronis yang ditularkan melalui gigitan nyamuk, dan dapat menyebabkan kecacatan dan stigma. Umumnya penyakit ini diketahui setelah timbul gejala klinis kronis dan kecacatan. Kepada responden yang menyatakan “tidak pernah didiagnosis filariasis oleh tenaga kesehatan” dalam 12 bulan terakhir ditanyakan gejala-gejala sebagai berikut: adanya radang pada kelenjar di pangkal paha, pembengkakan alat kelamin, pembengkakan payudara dan pembengkakan tungkai bawah atau atas.

Demam Berdarah Dengue merupakan penyakit infeksi tular vektor yang sering menyebabkan Kejadian Luar Biasa (KLB), dan tidak sedikit menyebabkan kematian. Penyakit ini bersifat musiman yaitu biasanya pada musim hujan yang memungkinkan vektor penular (*Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*) hidup di genangan air bersih. Kepada responden yang menyatakan “tidak pernah didiagnosis DBD oleh tenaga kesehatan” dalam 12 bulan terakhir ditanyakan apakah pernah menderita demam/panas, sakit kepala/pusing disertai nyeri di ulu hati/perut kiri atas, mual dan muntah, lemas, kadang-kadang disertai bintik-bintik merah di bawah kulit dan atau mimisan, kaki/tangan dingin.

Malaria merupakan penyakit menular yang menjadi perhatian global. Penyakit ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat karena sering menimbulkan KLB, berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta dapat mengakibatkan kematian. Penyakit ini dapat bersifat akut, laten atau kronis. Kepada responden yang menyatakan “tidak pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan” dalam satu bulan terakhir ditanyakan apakah pernah menderita panas tinggi disertai menggigil (perasaan dingin), panas naik turun secara berkala, berkeringat, sakit kepala atau tanpa gejala malaria tetapi sudah minum obat antimalaria. Untuk responden yang menyatakan “pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan” ditanyakan apakah mendapat pengobatan dengan obat program dalam 24 jam pertama menderita panas.

Tabel 3.4.1.1
Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat
Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara,
Riskesmas 2007

Kabupaten/Kota	Filariasis (%)		DBD (%)		Malaria (%)		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Bolaang Mongondow	0,00	0,05	0,0	0,2	0,4	1,5	37,50
Minahasa	0,09	0,09	0,2	0,7	1,4	2,2	73,08
Kepulauan Sangihe	0,00	0,37	0,2	0,3	0,5	5,4	52,08
Kepulauan Talaud	0,06	0,11	0,2	0,3	0,3	11,2	20,63
Minahasa Selatan	0,00	0,00	0,1	0,1	0,1	2,0	38,46
Minahasa Utara	0,00	0,00	0,1	0,2	0,3	2,4	62,07
Kota Manado	0,06	0,06	0,2	0,6	0,2	0,9	20,69
Kota Bitung	0,00	0,00	0,1	0,1	0,3	0,7	25,00
Kota Tomohon	0,00	0,00	0,3	0,3	0,0	0,3	0,00
Sulawesi Utara	0,02	0,08	0,1	0,4	0,4	2,1	42,91

Di Sulawesi Utara dalam sebulan terakhir dijumpai prevalensi malaria 2,1%, dengan sebaran antar kabupaten/kota sangat bervariasi antara 0,3%-11,2%. Rerata prevalensi tingkat provinsi ini dua kali lebih tinggi daripada angka nasional (1,13%). Terdapat empat kabupaten/kota yang prevalensinya di atas angka rerata provinsi. Prevalensi penyakit malaria tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud 11,2% dan terendah di Kota Tomohon. Dalam Riskesmas 2007 juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria klinis dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Secara rerata yang meminum obat masih rendah (38%), dengan kisaran 0-73%. Tampak bahwa di kabupaten/kota dengan prevalensi malaria tinggi, persentase orang yang minum obat program bervariasi dari sekitar 20-73%. Di Kabupaten Kepulauan Talaud dengan prevalensi penyakit malaria tertinggi, justru persentase orang yang minum obat masih rendah (20,6%), keadaan ini perlu mendapat perhatian karena dapat menimbulkan resistensi obat.

Dalam 12 bulan terakhir penyakit DBD dapat dideteksi di seluruh Kabupaten/Kota di Sulawesi Utara dengan rerata prevalensi sebesar 0,4%. Prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Minahasa (0,7%), dan terendah di Kota Bitung (0,1%). Sebaran prevalensi penyakit DBD, semakin jelas bahwa penyakit DBD tidak hanya menyerang daerah perkotaan saja, tetapi sudah menyebar sampai daerah perdesaan. Kejadian penyakit DBD sangat dipengaruhi oleh musim. Kejadian DBD umumnya meningkat pada awal musim penghujan. Penyakit DBD dapat bersifat fatal bila tidak segera ditangani dengan benar. Program promosi kesehatan yang selama ini dilakukan dengan menekankan pentingnya upaya masyarakat melakukan 3M masih perlu ditingkatkan secara intensif sehingga memungkinkan kewaspadaan dan deteksi dini terhadap penyakit ini menjadi lebih baik

Prevalensi Filariasis secara rerata di Sulawesi Utara cukup rendah sekitar satu permil (hampir sama dengan rerata nasional). Kabupaten Kepulauan Talaud dan Kepulauan Sangihe merupakan dua kabupaten dengan prevalensi masing-masing empat dan dua kali angka provinsi masing-masing dua dan 4 permil.

Tabel 3.4.1.2
Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat
Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara,
Risikesdas 2007

Karakteristik	Filariasis (%)		DBD (%)		Malaria (%)		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok Umur (tahun)							
<1	0,00	0,00	0,0	0,0	0,5	0,5	0,00
1-4	0,11	0,11	0,0	0,0	0,5	1,5	30,77
5-14	0,04	0,14	0,5	0,7	0,5	1,9	50,00
15-24	0,00	0,10	0,2	0,2	0,6	1,8	57,58
25-34	0,00	0,04	0,1	0,3	0,3	2,2	51,11
35-44	0,00	0,00	0,0	0,5	0,4	2,3	38,00
45-54	0,05	0,22	0,1	0,5	0,8	3,1	37,04
55-64	0,00	0,00	0,0	0,2	0,1	2,6	28,00
65-74	0,00	0,00	0,2	0,2	0,5	1,6	36,36
>75	0,00	0,00	0,0	0,0	0,3	1,7	40,00
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	0,00	0,11	0,1	0,3	0,6	2,3	41,33
Perempuan	0,04	0,06	0,2	0,4	0,3	2,0	45,00
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	1,3	100,00
Tidak Tamat SD	0,04	0,17	0,1	0,5	0,7	2,8	56,67
Tamat SD	0,03	0,18	0,2	0,5	0,5	2,8	36,67
Tamat SMP	0,00	0,00	0,0	0,1	0,3	2,6	37,93
Tamat SMA	0,00	0,00	0,1	0,3	0,4	1,2	52,94
Tamat PT	0,00	0,18	0,0	0,3	0,0	1,1	14,29
Pekerjaan							
Tidak Kerja	0,00	0,24	0,1	0,2	0,7	1,7	63,16
Sekolah	0,05	0,15	0,4	0,7	0,4	1,6	50,00
Ibu RT	0,00	0,00	0,1	0,3	0,3	2,7	44,00
Pegawai	0	0,10	0,0	0,2	0,1	0,7	12,50
Wiraswasta	0,09	0,09	0,1	0,8	0,3	1,5	63,16
Petani/Nelayan/Buruh	0	0,10	0,0	0,3	0,6	3,5	33,72
Lainnya	0	0	0,0	0,0	0,5	1,8	50,00
Tipe daerah							
Perkotaan	0,02	0,11	0,2	0,5	0,5	1,3	50,65
Perdesaan	0,02	0,06	0,1	0,3	0,4	2,8	40,19
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan							
Kuintil_1	0,07	0,07	0,1	0,2	0,5	2,2	53,23
Kuintil_2	0,00	0,03	0,0	0,3	0,5	2,3	46,77
Kuintil_3	0,00	0,07	0,2	0,3	0,6	1,9	49,02
Kuintil_4	0,03	0,17	0,2	0,5	0,4	2,1	40,74
Kuintil_5	0,00	0,07	0,3	0,6	0,2	2,2	25,81

Menurut kelompok umur: penyakit malaria tersebar di semua kelompok umur termasuk bayi, prevalensinya cenderung meningkat dengan bertambahnya umur. Fenomena ini berkaitan dengan mobilitas yang semakin tinggi baik pada kelompok umur anak maupun dewasa. Sementara itu penyakit DBD baru ditemukan pada kelompok umur di atas lima tahun dan prevalensinya tertinggi di antara kelompok umur lainnya. Filariasis hanya ditemukan pada kelompok umur 5-24 tahun.

Menurut jenis kelamin: Prevalensi penyakit malaria dan filariasis laki-laki sedikit lebih tinggi dibandingkan perempuan, sementara prevalensi DBD sebaliknya pada perempuan lebih tinggi.

Menurut pendidikan: tidak terdapat pola yang jelas prevalensi penyakit malaria, DBD, dan filariasis dengan tingkat pendidikan. Prevalensi malaria lebih banyak pada kelompok yang berpendidikan tidak tamat SD sampai dengan tamat SMP, sementara penyakit DBD lebih banyak ditemukan pada kelompok yang berpendidikan tidak tamat sampai dengan tamat SD. Filariasis lebih banyak diketemukan pada kelompok berpendidikan tidak tamat dan tamat SD dan Perguruan Tinggi.

Menurut pekerjaan: Prevalensi malaria berdasarkan pekerjaan tidak menunjukkan pola, tetapi tampak prevalensi tertinggi adalah petani/nelayan/buruh, sementara untuk penyakit DBD dan filariasis prevalensi tertinggi adalah wiraswasta.

Menurut tipe daerah: prevalensi penyakit malaria dan filariasis lebih banyak ditemukan perdesaan daripada di perkotaan, sebaliknya penyakit DBD lebih banyak ditemukan di perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: prevalensi malaria dan filariasis berdasarkan pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan tidak menunjukkan pola tertentu, sementara untuk DBD meningkat pada kuintil 5.

3.4.2 Karakteristik Responden Dengan ISPA, Pneumonia, TB Dan Campak

Prevalensi ISPA tertinggi pada balita (>35%), sedangkan terendah pada kelompok umur 15 - 24 tahun. Prevalensi cenderung meningkat lagi sesuai dengan meningkatnya umur. Prevalensi antara laki-laki dan perempuan relatif sama, dan sedikit lebih tinggi di perdesaan. Prevalensi ISPA cenderung lebih tinggi pada kelompok dengan pendidikan dan tingkat pengeluaran RT per kapita lebih rendah.

Karakteristik responden pneumonia serupa dengan karakteristik responden ISPA, kecuali pada kelompok umur ≥ 55 tahun (>3%) pneumonia lebih tinggi. Pneumonia klinis terdeteksi relatif lebih tinggi pada laki-laki dan satu setengah kali lebih banyak di perdesaan dibandingkan di perkotaan. Pneumonia cenderung lebih tinggi pada kelompok yang memiliki pendidikan dan tingkat pengeluaran RT per kapita lebih rendah.

Prevalensi TB paru cenderung meningkat sesuai bertambahnya umur dan prevalensi tertinggi pada usia lebih dari 65 tahun. Prevalensi TB paru 20% lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, tiga kali lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan dan empat kali lebih tinggi pada pendidikan rendah dibandingkan pendidikan tinggi.

Prevalensi campak tertinggi pada anak balita (3,4%) dan masih cukup tinggi ditemukan pada usia di bawah 15 tahun. Prevalensi relatif sama pada laki-laki dan perempuan demikian pula di perdesaan dibandingkan dengan di perkotaan. Prevalensi campak lebih tinggi pada kelompok pendidikan rendah dibandingkan dengan pendidikan tinggi, dan relatif sama menurut tingkat pengeluaran RT per kapita.

Tabel 3.4.2.1
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak menurut Kota/Kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Bolaang Mongondow	1,5	19,0	0,1	0,9	0,0	0,2	0,6	0,6
Minahasa	6,5	25,7	0,1	0,8	0,1	0,5	0,3	0,5
Kepulauan Sangihe	1,6	25,3	0,1	1,1	0,4	1,1	0,5	0,6
Kepulauan Talaud	6,1	34,6	0,3	2,7	0,3	1,0	1,2	1,9
Minahasa Selatan	1,3	29,9	0,0	1,4	0,1	0,6	0,1	0,4
Minahasa Utara	0,9	21,3	0,1	0,8	0,4	0,9	0,5	0,7
Kota Manado	1,6	12,1	0,1	0,9	0,4	0,7	0,2	0,8
Kota Bitung	3,1	15,7	0,1	0,5	0,2	0,8	0,4	0,5
Kota Tomohon	0,8	18,1	0,0	0,5	0,0	0,2	0,2	0,2
Sulawesi Utara	2,6	20,5	0,1	1,0	0,2	0,6	0,4	0,6

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) tersebar di seluruh Provinsi Sulawesi Utara dengan bervariasi dengan rerata prevalensi tingkat provinsi dalam satu bulan terakhir sebesar 20,5%, dengan rentang (12,1 – 34,6%). Angka prevalensi ISPA dalam sebulan di atas 20% ditemukan di 5 kabupaten/kota. Seperti diketahui ISPA yang tidak ditangani dengan tuntas dapat berkembang menjadi pneumonia. Di Provinsi Sulawesi Utara, secara rerata, prevalensi penyakit pneumonia dalam satu bulan terakhir sebesar 1%, di bawah angka nasional (1,88%), dengan rentang 0,5 – 2,7%. Prevalensi terendah ditemukan di Kota Bitung dan Kota Tomohon, masing-masing 0,5% dan tertinggi didapatkan di Kabupaten Kepulauan Talaud (2,7%).

Tuberkulosis paru (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional. Di tingkat provinsi, secara rerata prevalensi TB sebesar 0,6% dengan rentang 0,2%-1,1%. Prevalensi TB di tingkat provinsi Sulawesi Utara sekitar 50% lebih rendah dari angka nasional (0,95%). Prevalensi penyakit TB yang berisiko (di atas nilai rata-rata nasional = 0,95%) dijumpai di Kabupaten Kepulauan Talaud dan Kepulauan Sangihe.

Penyakit campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi ditemukan di seluruh kabupaten/kota di provinsi Sulawesi Utara. Prevalensi di tingkat provinsi sekitar 50% lebih rendah dari prevalensi rerata nasional (0,6 berbanding 1,13%). Yang penting dari penyakit campak, adalah komplikasi yang ditimbulkan. Bila penderita campak status gizinya baik, maka risiko komplikasi lebih ringan, tetapi bila status gizinya kurang, maka risiko komplikasi menjadi lebih berat. Seperti diketahui status gizi balita di Sulawesi Utara secara rerata tidak menggembirakan, sehingga risiko komplikasi campak pada balita di Sulawesi Utara dapat serius. Prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Kepulauan Talaud, sekitar tiga kali angka provinsi.

Tabel 3.4.2.2
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak Berdasarkan Karakteristik Responden di
Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Kelompok umur (tahun)								
<1	5,7	24,0	0,0	2,1	0,0	0,0	2,6	2,6
1-4	5,7	28,9	0,1	0,7	0,2	0,4	1,8	2,6
5-14	3,0	21,7	0,2	0,8	0,3	0,5	0,8	1,2
15-24	1,0	14,9	0,1	0,5	0,0	0,3	0,1	0,3
25-34	1,9	17,2	0,0	0,6	0,1	0,4	0,2	0,3
35-44	2,4	20,2	0,0	1,0	0,4	0,7	0,0	0,3
45-54	2,8	19,7	0,3	0,9	0,1	0,5	0,1	0,4
55-64	3,3	25,1	0,2	1,1	0,2	1,4	0,3	0,3
65-74	2,1	22,7	0,0	3,2	0,5	1,9	0,0	0,0
>75	1,7	30,9	0,0	1,7	0,3	1,7	0,0	0,0
Jenis kelamin								
Laki-laki	2,5	20,2	0,1	1,2	0,3	0,8	0,4	0,6
Perempuan	2,6	20,8	0,0	0,7	0,1	0,4	0,4	0,7
Pendidikan								
Tidak sekolah	3,8	18,2	0,6	1,3	0,0	1,9	0,0	0,6
Tidak tamat SD	2,0	22,6	0,2	1,5	0,5	1,3	0,2	0,4
Tamat SD	2,4	22,3	0,1	1,2	0,1	0,5	0,4	0,8
Tamat SLTP	2,0	17,7	0,0	0,8	0,2	0,5	0,2	0,4
Tamat SLTA	2,4	16,2	0,1	0,5	0,2	0,5	0,0	0,2
Tamat PT	0,9	11,9	0,0	0,6	0,0	0,6	0,2	0,2
Pekerjaan								
Tidak kerja	1,2	18,3	0,0	1,2	0,2	0,7	0,2	0,2
Sekolah	2,4	17,7	0,1	0,8	0,3	0,5	0,6	1,0
Ibu RT	2,2	22,0	0,0	0,9	0,1	0,5	0,1	0,4
Pegawai	1,9	13,5	0,0	0,4	0,1	0,3	0,3	0,3
Wiraswasta	2,1	15,2	0,0	0,5	0,7	1,1	0,0	0,3
Petani/nelayan/buruh	2,8	22,6	0,3	1,7	0,1	0,8	0,0	0,3
Lainnya	1,1	17,3	0,0	0,5	0,0	0,9	0,0	0,0
Tipe daerah								
Perkotaan	2,6	16,1	0,1	0,9	0,3	0,6	0,2	0,6
Perdesaan	2,6	23,8	0,1	1,0	0,2	0,6	0,5	0,7
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan								
Kuintil_1	3,2	20,2	0,1	1,3	0,2	0,7	0,6	0,8
Kuintil_2	2,3	22,4	0,0	0,9	0,3	0,8	0,5	0,8
Kuintil_3	2,5	19,9	0,2	1,0	0,2	0,6	0,4	0,5
Kuintil_4	2,3	19,7	0,1	0,7	0,1	0,6	0,1	0,4
Kuintil_5	2,6	20,4	0,0	0,7	0,2	0,5	0,3	0,7

Menurut kelompok umur: dalam sebulan terakhir, penyebaran penyakit ISPA di provinsi Sulawesi Utara tidak berpola, seluruh kelompok umur dari bayi hingga usia lanjut (>75 tahun), dan prevalensi tertinggi justru pada kelompok usia >75 tahun. Hal yang hampir sama juga ditemukan pada penyebaran penyakit pneumonia yang menyerang semua kelompok umur, dengan prevalensi tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun. Sementara itu penyakit TB juga menyerang hampir semua kelompok umur kecuali bayi, dan prevalensi tertinggi ditemukan pada kelompok umur 65-74 tahun. Penyakit campak tersebar pada kelompok umur bayi sampai dengan umur 64 tahun, dengan prevalensi tertinggi pada balita.

Menurut jenis kelamin: Prevalensi Pneumonia dan TB berdasarkan jenis kelamin lebih banyak pada laki-laki dibandingkan perempuan sekitar dua berbanding satu, sementara prevalensi ISPA dan campak prevalensinya sedikit lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki.

Menurut pendidikan: Prevalensi ISPA, pneumonia, TB dan Campak cenderung lebih tinggi pada kelompok dengan pendidikan rendah

Menurut pekerjaan: Prevalensi ISPA, pneumonia, TB dan Campak tidak berpola menurut jenis pekerjaan. Seluruh jenis pekerjaan terkena empat penyakit menular tersebut.

Menurut tipe daerah: Prevalensi ISPA di perdesaan hampir 50% lebih tinggi dari prevalensi di perkotaan. sementara prevalensi Pneumonia dan Campak di perdesaan sedikit lebih tinggi daripada prevalensi di perkotaan. Prevalensi TB tidak berbeda antara daerah perdesaan dan perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: Prevalensi ISPA dan TB lebih banyak pada kelompok kuintil 2 pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan. Pneumonia lebih tinggi pada kuintil 1 dan campak pada kuintil 1 dan 2.

3.4.3 Prevalensi Tifoid, Hepatitis Dan Diare

Prevalensi demam tifoid diperoleh dengan menanyakan apakah pernah didiagnosis tifoid oleh tenaga kesehatan dalam satu bulan terakhir. Responden yang menyatakan tidak pernah, ditanya apakah satu bulan terakhir pernah menderita gejala tifoid, seperti demam sore/malam hari kurang dari satu minggu, sakit kepala, lidah kotor dan tidak bisa buang air besar.

Kasus hepatitis yang dideteksi pada survei Riskesdas adalah semua kasus hepatitis klinis tanpa mempertimbangkan penyebabnya. Prevalensi hepatitis diperoleh dengan menanyakan apakah pernah didiagnosis hepatitis oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir. Responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis hepatitis dalam 12 bulan terakhir, ditanyakan apakah dalam kurun waktu tersebut pernah menderita mual, muntah, tidak nafsu makan, nyeri perut sebelah kanan atas, kencing warna air teh, serta kulit dan mata berwarna kuning.

Prevalensi diare diukur dengan menanyakan apakah responden pernah didiagnosis diare oleh tenaga kesehatan dalam satu bulan terakhir. Responden yang menyatakan tidak pernah, ditanya apakah dalam satu bulan tersebut pernah menderita buang air besar >3 kali sehari dengan kotoran lembek/cair. Responden yang menderita diare ditanya apakah minum oralit atau cairan gula garam.

Tabel 3.4.3.1
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare dan Pemakaian Obat Diare menurut Kota/Kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Bolaang Mongondow	0,1	0,2	0,2	0,3	3,1	3,9	37,0
Minahasa	0,0	0,2	0,4	0,7	5,2	6,7	45,2
Kepulauan Sangihe	0,0	0,4	1,0	2,2	2,1	4,9	23,5
Kepulauan Talaud	0,0	1,0	0,7	3,2	1,7	9,4	23,2
Minahasa Selatan	0,0	0,1	0,3	0,4	2,7	8,8	30,0
Minahasa Utara	0,0	0,2	0,4	0,7	2,5	7,5	41,7
Kota Manado	0,4	0,8	0,3	0,4	1,4	3,1	47,1
Kota Bitung	0,1	0,1	0,4	0,4	2,5	4,3	31,8
Kota Tomohon	0,2	0,2	0,0	0,0	1,9	6,0	41,0
Sulawesi Utara	0,1	0,4	0,4	0,7	2,7	5,4	37,4

Tifoid, hepatitis dan diare adalah penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui makanan dan minuman (*food and water borne diseases*). Prevalensi penyakit tifoid di Provinsi Sulawesi Utara sepertiga dari angka nasional. Dalam 12 bulan terakhir, tifoid ditemukan di semua Kabupaten/Kota di Sulawesi Utara dengan variasi antara 0,1% yang ditemukan di Kota Bitung dan tertinggi 1% di Kabupaten Kepulauan Talaud.

Hepatitis ditemukan di hampir seluruh wilayah Provinsi Sulawesi Utara, kecuali Kota Tomohon. Secara keseluruhan Provinsi Sulawesi Utara berisiko penyakit hepatitis, karena secara rerata prevalensi hepatitis sebesar 0,7% lebih tinggi daripada nilai rerata nasional 0,5%. Terdapat di empat kabupaten/kota di provinsi Sulawesi Utara yang prevalensi lebih tinggi dari pada angka nasional.

Pada tingkat provinsi, prevalensi penyakit diare di Sulawesi Utara lebih rendah daripada angka nasional. Sebaran antar kabupaten/kota bervariasi dari 3,1% - 9,4%. Prevalensi terendah (3,1%) ditemukan di Kota Manado, dan tertinggi di kabupaten Kepulauan Talaud.

Tabel 3.4.3.2
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare dan Pemakaian Obat Diare menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tifoid		Hepatitis		Diare		O
	D	DG	D	DG	D	DG	
Kelompok umur (tahun)							
<1	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	9,3	38,9
1-4	0,2	0,4	0,0	0,0	6,0	9,5	50,5
5-14	0,4	0,4	0,3	0,4	2,5	5,2	32,0
15-24	0,1	0,3	0,3	0,5	1,5	3,6	42,1
25-34	0,0	0,3	0,4	0,8	1,8	3,7	38,4
35-44	0,0	0,4	0,5	0,9	2,6	5,5	43,3
45-54	0,1	0,4	0,6	1,2	3,5	6,0	36,0
55-64	0,0	0,6	0,5	0,9	2,6	7,0	21,1
65-74	0,0	0,0	0,6	1,0	3,8	6,2	36,6
>75	0,0	0,0	0,3	0,3	3,4	6,2	30,0
Jenis kelamin							
Laki-laki	0,1	0,4	0,4	0,8	2,9	5,8	35,4
Perempuan	0,1	0,3	0,3	0,6	2,6	5,1	39,8
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,0	0,0	0,6	0,6	1,9	3,8	25,0
Tidak tamat SD	0,3	0,5	0,5	1,0	3,4	6,1	45,7
Tamat SD	0,0	0,4	0,4	1,1	2,2	5,2	33,7
Tamat SLTA	0,1	0,3	0,6	0,8	2,9	5,4	33,1
Tamat SLTA	0,1	0,2	0,2	0,4	1,9	4,1	38,7
Tamat PT	0,0	0,6	0,6	0,8	1,4	3,7	28,0
Pekerjaan							
Tidak kerja	0,0	0,3	0,2	0,5	2,3	4,9	37,7
Sekolah	0,4	0,4	0,4	0,6	2,0	4,1	38,9
Ibu RT	0,0	0,3	0,4	0,8	2,9	5,4	45,0
Pegawai	0,2	0,3	0,3	0,3	1,3	3,4	30,0
Wiraswasta	0,0	0,2	0,5	0,9	2,5	4,5	36,8
Petani/nelayan/buruh	0,1	0,5	0,6	1,2	2,9	6,1	31,6
Lainnya	0,0	0,0	1,4	1,6	2,0	6,4	21,4
Tipe daerah							
Perkotaan	0,2	0,4	0,4	0,5	2,4	4,5	37,6
Perdesaan	0,0	0,3	0,4	0,8	3,0	6,1	37,3
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil_1	0,1	0,3	0,2	0,5	3,1	6,2	42,5
Kuintil_2	0,1	0,2	0,3	0,6	3,6	7,0	35,5
Kuintil_3	0,1	0,3	0,3	0,5	2,2	4,9	37,6
Kuintil_4	0,0	0,3	0,7	1,0	2,5	4,8	36,4
Kuintil_5	0,2	0,6	0,4	0,8	2,3	4,2	33,9

Menurut kelompok umur: Prevalensi tifoid ditemukan pada kelompok umur satu sampai 64 tahun, dengan tingkat prevalensi yang berbeda-beda antara 0,3-0,6% Prevalensi tertinggi ditemukan pada kelompok umur 55-64 tahun. Tidak didapatkan pola yang jelas pada hubungan penyakit hepatitis dengan umur. Penyakit hepatitis ditemukan pada kelompok umur 5 tahun sampai > 75 tahun, dengan prevalensi terendah pada kelompok umur 5-14 tahun dan tertinggi pada kelompok umur 45-54 tahun. Prevalensi diare berdasarkan kelompok umur tertinggi berturut-turut adalah 55 - 64 tahun, 45-54 tahun, dan 1-4 tahun.

Menurut jenis kelamin: Prevalensi tifoid, hepatitis dan diare berdasarkan jenis kelamin cenderung lebih banyak pada laki-laki dibandingkan perempuan.

Menurut tipe daerah: Penyakit tifoid, hepatitis, dan diare ditemukan pada penduduk yang bertempat tinggal di perdesaan maupun perkotaan. Prevalensi tifoid berdasarkan tempat tinggal cenderung lebih banyak di perkotaan, sebaliknya prevalensi diare cenderung lebih banyak di perdesaan.

Menurut pendidikan: Penyakit tifoid, hepatitis, dan diare ditemukan pada penduduk berpendidikan rendah maupun tinggi dengan prevalensi yang beragam. Prevalensi tifoid, hepatitis, dan diare berdasarkan pendidikan, tidak menunjukkan pola hubungan yang jelas.

Menurut pekerjaan: Distribusi prevalensi tifoid, hepatitis, dan diare berdasarkan pekerjaan tidak menunjukkan pola yang jelas. Hampir semua penduduk dengan lapangan pekerjaan yang berbeda dapat terkena ke tiga penyakit menular tersebut.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: prevalensi tifoid, hepatitis, dan diare berdasarkan pengeluaran rumahtangga terdistribusi pada semua kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan. Prevalensi tifoid dan hepatitis tertinggi justru ditemukan pada kuintil 5, sementara diare pada kuintil 1 dan kuintil 2. Ini berarti diare yang terkait erat dengan sumber air bersih dan sanitasi lingkungan berkaitan dengan kelompok miskin.

3.5. PENYAKIT TIDAK MENULAR

3.5.1 Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan

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

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

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

Data hipertensi didapat dengan metode wawancara dan pengukuran. Hipertensi berdasarkan hasil pengukuran/pemeriksaan tekanan darah/tensi, ditetapkan menggunakan alat pengukur tensimeter digital. Tensimeter digital divalidasi dengan menggunakan standar baku pengukuran tekanan darah (sfigmomanometer air raksa manual). Pengukuran tensi dilakukan pada

responden umur 15 tahun ke atas. Setiap responden diukur tensinya minimal 2 kali, jika hasil pengukuran ke dua berbeda lebih dari 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ke tiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dihitung reratanya sebagai hasil ukur tensi. Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik \geq 140 mmHg atau tekanan darah diastolik \geq 90 mmHg.

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

Tabel 3.5.1.1
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Bolaang Mongondow	24,7	32,7	12,7	12,8	22,6	6,3	6,9
Minahasa	12,4	27,2	15,5	15,7	40,5	10,3	11,5
Kepulauan Sangihe	7,2	32,2	12,6	13,0	29,8	3,9	3,9
Kepulauan Talaud	9,7	31,5	10,1	10,9	24,2	12,4	14,9
Minahasa Selatan	9,7	34,1	13,7	13,8	30,6	4,8	9,7
Minahasa Utara	8,7	25,7	9,0	9,2	28,7	8,2	8,2
Kota Manado	7,2	16,6	9,2	9,5	34,2	11,2	12,9
Kota Bitung	10,2	17,8	12,2	12,5	22,5	11,5	14,6
Kota Tomohon	4,0	20,4	13,6	13,8	41,6	2,1	10,7
Sulawesi Utara	11,4	25,5	11,2	11,4	31,2	8,5	10,4

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes ; O = Minum obat
G = Dengan gejala U = Hasil Pengukuran
D/G= Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

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

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

Di Sulawesi Utara, satu dari empat penduduk umur >15 tahun menderita penyakit sendi yang didasarkan pada diagnosis tenaga kesehatan dan gejala. Penyakit sendi yang didasarkan pada diagnosis dan gejala terdapat di seluruh Kabupaten/Kota dengan prevalensi bervariasi antara 16,6 % - 34,1 %. Penyakit sendi tertinggi di Kabupaten Minahasa Selatan 34,1% atau sekitar satu di antara tiga, dan terendah di Kota Manado (16,6%) atau satu di antara enam penduduk umur >15 tahun.

Sementara jika didasarkan pada diagnosis saja maka penyakit sendi ditemukan pada sekitar satu diantara sepuluh penduduk umur > 15 tahun (11,4%). Prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Bolaang Mongondow yakni hampir satu di antara empat penduduk umur > 15 tahun dan terendah di Kota Tomohon, empat di antara seratus penduduk > 15 tahun (4%).

Berdasarkan pengukuran tekanan darah, secara rerata di Sulawesi Utara, penyakit hipertensi diderita oleh hampir satu di antara tiga penduduk umur >18 tahun (31,2%). Penyakit hipertensi tertinggi di Kabupaten Kota Tomohon yakni empat di antara sepuluh penduduk (41,6%) dan terendah di Kota Bitung sekitar satu di antara lima penduduk (22,5%).

Stroke di Sulawesi Utara diderita oleh satu di antara 100 penduduk dewasa (10,4 ‰). Stroke tertinggi ditemukan di Kabupaten Kepulauan Talaud dan Kota Bitung, masing-masing 14,9 ‰ dan 14,6 ‰, dan terendah di Kepulauan Sangihe (3,9 ‰).

Tabel 3.5.1.2
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sendi (%)		Hipertensi (%)				Stroke (‰)	
	D	D/G	D	O	D/O	U	D	D/G
Kelompok Umur (tahun)								
15-24	1,3	3,4	0,9	0,0	0,9	10,4	1,0	1,0
25-34	5,2	13,3	4,9	0,1	4,9	18,9	1,4	1,4
35-44	10,2	25,7	10,0	0,1	10,2	30,5	5,1	5,5
45-54	16,7	37,1	16,7	0,5	17,1	39,1	14,0	18,9
55-64	22,3	47,7	22,0	0,2	22,2	48,5	18,2	21,0
65-74	25,1	50,8	29,3	0,7	29,8	58,3	24,0	33,8
75+	33,4	55,3	29,1	0,5	29,4	52,8	38,2	41,7
Jenis Kelamin								
Laki-laki	12,4	25,5	9,0	0,3	9,2	30,4	8,2	9,6
Perempuan	10,4	25,5	15,0	0,2	15,2	31,9	8,8	11,3
Pendidikan								
Tidak sekolah	19,8	1,6	11,7	1,0	12,6	36,4	16,1	16,1
Tidak tamat SD	17,2	0,9	18,1	0,2	18,3	36,5	8,6	12,9
Tamat SD	14,3	1,4	13,0	0,3	13,2	33,8	14,0	16,6
Tamat SLTP	9,4	0,6	10,9	0,2	11,2	29,0	5,9	6,3
Tamat SLTA	7,5	0,6	9,0	0,2	9,2	27,9	6,3	7,4
Tamat PT	8,3	0,6	10,2	0,0	10,2	27,1	6,3	6,3
Pekerjaan								
Tidak kerja	12,3	25,0	14,7	0,4	15,1	31,4	19,1	24,5
Sekolah	1,3	2,8	1,6	0,0	1,6	14,1	0,0	0,0
Ibu RT	10,6	28,7	15,7	0,2	15,9	31,5	9,4	11,8
Pegawai	7,7	16,6	9,8	0,2	9,9	30,9	9,4	10,2
Wiraswasta	11,0	23,3	10,7	0,3	11,0	32,7	7,5	9,2
Tani/nelayan /buruh	15,4	32,7	9,0	0,2	9,1	31,0	5,8	7,3
Lainnya	17,1	27,8	16,7	0,2	17,2	36,6	7,0	7,1
Tipe daerah								
Perkotaan	9,4	21,1	11,5	0,2	11,8	32,1	9,7	11,9
Perdesaan	12,9	28,8	12,4	0,2	12,6	30,5	7,6	9,3
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan								
Kuintil-1	9,7	21,3	9,9	0,1	10,0	27,6	3,3	3,3
Kuintil-2	11,5	24,9	12,5	0,2	12,7	30,4	11,1	12,1
Kuintil-3	11,2	26,5	11,4	0,1	11,6	31,4	8,2	10,2
Kuintil-4	10,6	26,1	13,2	0,3	13,4	33,7	9,5	13,1
Kuintil-5	13,6	27,8	12,7	0,4	13,0	32,1	10,1	12,3

Catatan : D = Diagnosa oleh tenaga kesehatan ; O = Minum obat
 G = Dengan gejala U = Hasil Pengukuran
 D/G= Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

Penyakit sendi, stroke, hipertensi meningkat dengan bertambahnya umur dan tertinggi pada umur > 65 tahun. Prevalensi hipertensi dan stroke cenderung lebih tinggi meski sedikit pada perempuan dibandingkan laki-laki, sementara prevalensi penyakit sendi tidak berbeda. Semakin tinggi tingkat

pendidikan, prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke semakin rendah. Penyakit sendi, hipertensi dan stroke ditemukan pada penduduk dengan semua jenis pekerjaan. Tidak terlihat pola hubungan antara prevalensi ketiga penyakit PTM tersebut dengan jenis pekerjaan. Penyakit sendi cenderung lebih banyak pada penduduk perdesaan, sebaliknya hipertensi dan stroke cenderung lebih tinggi di perkotaan. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, prevalensi penyakit sendi, stroke dan hipertensi juga cenderung semakin tinggi.

Tabel 3.5.1.3
Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* Dan Tumor Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Bolaang Mongondow	1,5	2,1	0,7	5,2	0,6	0,7	1,3
Minahasa	0,9	2,1	1,9	8,7	1,0	1,5	8,2
Kepulauan Sangihe	1,6	3,3	2,0	13,3	0,4	0,8	3,9
Kepulauan Talaud	1,5	8,3	1,0	15,2	0,9	1,2	6,8
Minahasa Selatan	1,1	2,4	1,3	7,9	0,8	1,0	4,9
Minahasa Utara	1,1	3,6	0,7	9,1	1,4	1,6	5,2
Kota Manado	1,3	2,8	1,3	7,9	1,3	2,7	7,0
Kota Bitung	1,0	1,4	1,1	5,8	1,0	1,8	8,1
Kota Tomohon	0,2	1,6	1,1	9,5	2,1	2,5	9,5
Sulawesi Utara	1,2	2,7	1,3	8,2	1,0	1,6	5,9

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes; G = Dengan gejala
D/G= Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

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

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

Prevalensi asma yang didasarkan pada diagnosis secara rerata di Provinsi Sulawesi Utara sekitar satu di antara sepuluh responden (1,2%), dan prevalensi berdasarkan diagnosis dan gejala dua kali dari angka berdasarkan diagnosis (2,7%). Angka-angka tersebut lebih rendah dari angka tingkat nasional. Prevalensi terendah asma berdasarkan diagnosis ditemukan di Kota Tomohon (0,2%) dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Sangihe (1,6%). Sementara prevalensi asma yang didasarkan pada diagnosis dan gejala, angka terendah didapatkan di Kota Bitung dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud.

Prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis hampir sama dengan prevalensi asma yakni 1,3%, terendah 0,7% di Kabupaten Bolaang Mongondow dan Minahasa Utara, tertinggi di Kabupaten Kepulauan Sangihe. Sementara itu prevalensi penyakit jantung yang didasarkan pada data diagnosis dan gejala jauh lebih tinggi. Pada tingkat provinsi, secara rerata didapatkan prevalensi 8,2%, tertinggi 15,2% di Kabupaten Kepulauan Talaud dan terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow (5,2%). Angka-angka prevalensi tersebut lebih tinggi dari angka tingkat nasional.

Prevalensi diabetes, baik berdasarkan diagnosis maupun diagnosis dan gejala, secara rerata di tingkat provinsi Sulawesi Utara didapatkan angka lebih tinggi daripada angka nasional. Penyakit ini tersebar di seluruh Kabupaten dan Kota di Sulawesi Utara, dengan prevalensi tertinggi di Kota Manado dan terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow.

Secara rerata, prevalensi Tumor di Provinsi Sulawesi Utara lebih tinggi daripada angka nasional. Prevalensi Tumor tertinggi di Kota Tomohon (9,5 ‰), dan terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow (1,3 ‰).

Tabel 3.5.1.4
Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor Berdasarkan**
Diagnosis Tenaga Kesehatan Atau Gejala menurut Karakteristik Responden di
Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (%)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Kelompok Umur (tahun)							
<1	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0
1-4	0,2	0,3	0,1	0,7	0,1	0,1	1,1
5-14	0,8	1,7	0,2	1,8	0,0	0,3	0,0
15-24	0,8	1,4	0,5	4,9	0,1	0,3	1,5
25-34	0,4	1,3	0,5	6,8	0,2	0,4	2,7
35-44	0,8	2,3	2,0	11,4	1,1	1,7	8,4
45-54	2,2	4,6	2,1	13,9	2,3	3,9	10,2
55-64	2,3	5,5	3,1	15,8	2,0	3,1	19,9
65-74	4,0	8,5	4,6	21,6	6,1	7,9	17,5
75+	4,4	8,2	2,4	15,2	2,4	4,1	6,8
Jenis kelamin							
Laki-laki	1,2	2,7	1,1	7,1	0,7	1,4	2,7
Perempuan	1,2	2,7	1,5	9,4	1,3	1,9	8,9
Pendidikan							
Tidak sekolah	2,5	5,0	1,3	11,8	0,0	0,7	6,3
Tidak tamat SD	2,4	4,9	1,4	12,2	1,0	1,8	7,5
Tamat SD	1,2	3,2	1,3	10,1	1,0	1,9	4,2
Tamat SLTP	0,8	2,4	1,5	8,8	1,2	1,7	6,9
Tamat SLTA	1,4	2,2	1,5	8,6	1,2	2,0	7,0
Tamat PT	0,8	1,4	2,6	8,1	2,3	2,9	20,0
Pekerjaan							
Tidak kerja	2,2	1,7	1,7	11,0	1,6	2,9	9,0
Sekolah	0,7	0,1	0,1	2,8	0,1	0,4	1,4
Ibu RT	1,4	2,0	2,0	13,6	1,8	2,5	13,7
Pegawai	0,6	2,1	2,1	8,3	1,6	2,0	8,4
Wiraswasta	0,8	2,0	2,0	10,2	1,0	2,8	2,5
Petani/nelayan/ Buruh	1,9	1,2	1,2	10,5	0,6	1,0	3,2 11,4
Lainnya	1,6	2,5	2,5	10,3	3,7	4,6	6,9
Tipe daerah							
Perkotaan	1,2	2,3	1,3	7,7	1,2	2,3	6,7
Perdesaan	1,2	3,0	1,3	8,8	0,9	1,2	5,0
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan							
Kuintil-1	1,2	2,4	0,9	7,1	0,5	0,8	2,8
Kuintil-2	1,0	2,8	1,2	8,9	0,5	1,0	4,9
Kuintil-3	1,5	2,6	1,2	7,8	1,1	1,7	6,3
Kuintil-4	1,2	3,1	1,2	8,0	1,3	2,4	7,0
Kuintil-5	1,0	2,5	1,9	9,6	1,6	2,1	7,8

Prevalensi penyakit asma, jantung, dan diabetes meningkat tajam dengan bertambahnya umur, sejak umur >45 tahun, sementara untuk penyakit tumor meningkat tajam sejak umur 35, dan menurun pada umur > 75 tahun. Penurunan prevalensi tumor pada usia >74 tahun kemungkinan karena kasus-kasusnya sudah banyak yang meninggal dunia.

Prevalensi penyakit asma pada laki-laki dan perempuan sama, sedangkan pada penyakit jantung, diabetes, dan tumor pada perempuan lebih tinggi.

Semakin tinggi tingkat pendidikan, prevalensi penyakit asma menurun. Penyakit jantung yang didasarkan pada diagnosis meningkat hampir dua kali pada kelompok berpendidikan perguruan tinggi, sebaliknya jika didasarkan pada diagnosis dan gejala, prevalensinya semakin menurun seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan.

Prevalensi penyakit diabetes, baik berdasarkan pada diagnosis maupun diagnosis dan gejala, semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi pula angka prevalensinya.

Penyakit tumor ditemukan pada semua jenjang pendidikan, dan tertinggi pada kelompok yang berpendidikan Perguruan Tinggi.

Penyakit asma tidak berbeda pada kelompok kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, sementara prevalensi penyakit jantung sama sampai dengan kuintil 4, kemudian meningkat pada kuintil 5 pengeluaran per kapita per bulan. Penyakit tumor meningkat dua kali pada kelompok kuintil 1 ke kuintil 2 dan tetap tinggi sampai kuintil ke 4.

Tabel 3.5.1.5
Prevalensi (%) Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rinitis, Talasemia, Hemofilia) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten /Kota	Jiwa	Buta warna	Glaukoma	Sumbing	Dermatitis	Rinitis	Talasemia	Hemofilia
Bolaang Mongondow	1,7	1,3	0,0	0,4	18,7	2,2	0,0	0,0
Minahasa	3,5	1,8	24,2	1,8	42,6	7,9	0,0	0,0
Kepulauan Sangihe	4,9	3,0	1,0	1,0	84,6	51,2	0,0	0,0
Kepulauan Talaud	1,7	3,5	0,0	0,0	197,6	6,9	0,0	0,0
Minahasa Selatan	3,0	5,2	5,2	0,7	106,9	101,0	0,7	0,0
Minahasa Utara	3,0	0,8	0,0	1,5	94,9	17,5	0,0	0,0
Kota Manado	1,2	1,2	0,6	0,6	71,1	10,9	0,0	0,0
Kota Bitung	0,0	0,8	0,8	3,8	99,2	72,9	0,8	0,8
Kota Tomohon	4,9	1,6	0,0	0,0	87,9	32,6	0,0	0,0
Sulawesi Utara	2,4	1,9	4,7	1,1	73,1	27,8	0,1	0,1

Catatan :

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

3.5.2. Gangguan Mental Emosional

Di dalam kuesioner Riskesdas, pertanyaan mengenai kesehatan mental terdapat di dalam kuesioner individu F01 –F20. Kesehatan mental dinilai dengan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan SRQ diberikan kepada anggota rumahtangga (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 tersebut sesuai penelitian uji validitas yang pernah dilakukan (Hartono, Badan Litbangkes, 1995).

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

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 Rumahtangga yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes tahun 1995, menunjukkan 140 dari 1000 Anggota Rumahtangga 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 patologis apabila terus berlanjut.

Tabel 3.5.2.1
Prevalensi Gangguan Mental Emosional Pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (Berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara. Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional (%)
Bolaang Mongondow	6,4
Minahasa	3,1
Kepulauan Sangihe	10,6
Kepulauan Talaud	20,0
Minahasa Selatan	11,7
Minahasa Utara	10,9
Manado	9,9
Bitung	6,7
Tomohon	17,3
Sulawesi Utara	9,0

Secara umum, prevalensi gangguan mental emosional di Provinsi Sulawesi Utara sebesar 9%. Prevalensi terendah ditemukan di Kabupaten Minahasa (3,1%) dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud yakni satu di antara lima penduduk umur ≥ 15 tahun.

Tabel 3.5.2.2
Prevalensi Gangguan Mental Emosional Pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Gangguan Mental Emosional (%)
Umur (tahun)	
15-24	5,4
25-34	5,7
35-44	7,7
45-54	9,8
55-64	11,9
65-74	18,4
75+	31,8
Jenis kelamin	
Laki-laki	6,0
Perempuan	11,8
Pendidikan	
Tidak sekolah	16,1
Tidak tamat SD	12,3
Tamat SD	11,7
Tamat LTP	7,3
Tamat SLTA	6,5
Tamat PT	5,2
Pekerjaan	
Tidak kerja	15,1
Sekolah	6,4
Ibu rt	12,3
Pegawai	5,3
Wiraswasta	6,2
Petani/nelayan/buruh	6,5
Lainnya	8,6
Tipe Daerah	
Perkotaan	9,1
Perdesaan	8,9
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil-1	9,4
Kuintil-2	9,6
Kuintil-3	8,9
Kuintil-4	7,9
Kuintil-5	9,1

Menurut kelompok umur: semakin bertambah umur semakin tinggi prevalensi gangguan mental emosional, dan tertinggi pada kelompok umur >75 tahun, dengan besaran satu di antara tiga orang.

Menurut jenis kelamin: prevalensi gangguan mental emosional pada perempuan hampir dua kali lebih tinggi pada perempuan daripada laki-laki.

Menurut pendidikan: semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin rendah prevalensi gangguan mental emosional.

Menurut pekerjaan: berdasarkan jenis pekerjaan, prevalensi gangguan emosional tertinggi ditemukan pada yang tidak bekerja, disusul ibu rumahtangga.

Menurut tipe daerah: prevalensi gangguan emosional tidak berbeda antara penduduk yang tinggal di perkotaan dibanding di perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: tidak ada perbedaan prevalensi gangguan mental emosional menurut kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan.

3.5.3. Penyakit Mata

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

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus pada responden berusia enam tahun ke atas. Prevalensi katarak dihitung berdasarkan jawaban responden berusia 30 tahun ke atas sesuai empat butir pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner individu. Notasi D pada tabel 3.5.3.1 dan 3.5.3.2 adalah Persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir, sedangkan DG adalah Persentase D ditambah Persentase responden yang mempunyai gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau), tetapi tidak pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Persentase riwayat operasi katarak didapatkan dari responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak dan pernah menjalani operasi katarak dalam 12 bulan terakhir.

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

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 Rumahtangga (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 Rumahtangga (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 3.5.3.1
Persentase Penduduk Usia 6 Tahun Keatas menurut *Low Vision* dan Kebutaan
(Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota
Di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	<i>Low vision</i> *	Kebutaan**
Bolaang Mongondow	4,11	0,15
Minahasa	3,45	0,47
Kepulauan Sangihe	2,42	1,45
Kepulauan Talaud	5,86	0,65
Minahasa Selatan	3,93	0,45
Minahasa Utara	4,52	0,85
Manado	1,70	0,33
Bitung	2,32	0,46
Tomohon	6,33	0,82
Sulawesi Utara	3,38	0,51

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

**)Kisaran visus $< 3/60$

Secara rerata Persentase *low vision* di Provinsi Sulawesi Utara 3,38% dengan kisaran antara 1,7% (Kota Manado) sampai 6,33% (Kota Tomohon). Sementara Persentase kebutaan secara rerata 0,51%, kisaran 0,15 (Kabupaten Bolaang Mongondow) sampai 0,82 (Kota Tomohon). Rendahnya Persentase *low vision* dan kebutaan di tingkat Kabupaten/Kota karena *respons rate* yang sangat rendah, sehingga Persentase tersebut tidak mewakili keadaan di tingkat wilayah kabupaten/kota. Terdapat tiga kabupaten/kota yakni Kota Bitung, Manado dan Kabupaten Kepulauan Sangihe yang Persentase penduduk yang mengalami *low vision* pada penduduk ≥ 15 tahun lebih rendah ketimbang angka tingkat provinsi. Sementara itu untuk Persentase kebutaan hanya dua kabupaten/kota yang Persentasenya lebih tinggi ketimbang tingkat provinsi yakni Kota Tomohon dan Kabupaten Minahasa Utara.

Diperlukan kajian lebih lanjut untuk mengidentifikasi penyebab *low vision* dan kebutaan sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan kebijakan di tingkat kabupaten. Mempertimbangkan *low vision* dan kebutaan akan mengakibatkan seseorang kehilangan kemandirian untuk menjalankan aktivitas sehari-hari, maka penanganan khusus untuk memberikan koreksi penglihatan maksimal bagi penderita *low vision* dan kebutaan dengan penyebab yang dapat diperbaiki, tampaknya cukup esensial guna mengembalikan kemampuan penderita dalam upaya memenuhi kebutuhan hidup pribadi dan keluarganya.

Tabel 3.5.3.2
Persentase Penduduk Umur 6 Tahun ke Atas menurut *Low Vision* dan Kebutaan
(Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di
Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	<i>Low Vision</i> *	Kebutaan**
Kelompok umur (tahun)		
5 – 14	0,48	0,16
15 – 24	0,40	0,20
25 – 34	1,18	0,20
35 – 44	4,15	0,23
45 – 54	7,77	1,00
55 – 64	23,38	2,47
65 – 74	36,51	8,73
75+	0,24	0,00
Jenis kelamin		
Laki-laki	2,56	0,39
Perempuan	0,39	0,63
Pendidikan		
Tidak sekolah	7,75	5,43
Tidak tamatSD	7,74	0,86
Tamat SD	4,00	0,64
Tamat SLTP	2,27	0,52
Tamat SLTA	1,65	0,13
Tamat PT	1,48	
Pekerjaan		
Tidak bekerja	9,48	2,16
Sekolah	0,40	
Mengurus RT	4,46	0,76
Pegawai (negeri, swasta, polri)	1,37	0,11
Wiraswasta	1,63	0,10
Petani/ nelayan/ buruh	4,69	0,60
Lainnya	6,09	
Tipe daerah		
Perkotaan	2,78	0,39
Perdesaan	3,80	0,59
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan		
Kuintil-1	2,85	0,28
Kuintil-2	4,16	0,58
Kuintil-3	2,44	0,79
Kuintil-4	3,95	0,44
Kuintil-5	3,51	0,41

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

**)Kisaran visus $< 3/60$

Menurut kelompok umur: Semakin umur semakin tinggi prevalensi *low vision* dan kebutaan. Prevalensi *low vision* meningkat tajam dari satu di antara seratus menjadi hampir empat kali (satu di antara 25) sejak mencapai umur 35 tahun, kemudian meningkat hampir dua kali lebih tinggi sejak umur 45 tahun (satu di antara 25), terus meningkat sekitar tiga kali sejak umur 55 tahun (sekitar satu di antara empat) dan mencapai puncak pada umur di atas 65 tahun (sekitar satu di

antara tiga). 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

Menurut jenis kelamin: Prevalensi *low vision* pada penduduk laki-laki hampir empat kali pada laki-laki daripada perempuan, sebaliknya prevalensi kebutaan pada perempuan hampir dua kali lebih tinggi.

Menurut jenis pendidikan: Semakin tinggi tingkat pendidikan penduduk semakin rendah prevalensi *low vision* maupun prevalensi kebutaan.

Menurut pekerjaan: prevalensi *low vision* dan kebutaan tertinggi ditemukan pada kelompok penduduk yang tidak bekerja masing-masing 9% dan 2,16%.

Menurut tipe daerah : Prevalensi *low vision* dan kebutaan penduduk di perdesaan lebih tinggi dibandingkan dengan perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: prevalensi *low vision* dan kebutaan menurut kuintil pengeluaran per kapita per bulan tidak menunjukkan pola yang jelas, prevalensi *low vision* tertinggi pada kuintil 2 sebesar (4,16%) dan prevalensi kebutaan pada kuintil 3 sebesar (7,9%).

Tabel 3.5.3.3
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas Dengan Katarak
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	D (%)	DG (%)
Bolaang Mongondow	0,93	27,33
Minahasa	2,06	12,81
Kepulauan Sangihe	0,56	29,25
Kepulauan Talaud	2,05	33,79
Minahasa Selatan	2,51	20,94
Minahasa Utara	2,39	25,53
Manado	3,05	17,40
Bitung	2,64	10,90
Tomohon	1,38	17,04
Sulawesi Utara	2,10	20,10

Secara rerata tingkat provinsi Sulawesi Utara, Persentase 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 1:10. Fakta ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan di hampir semua kabupaten di wilayah provinsi Sulawesi Utara, rasio terbaik di Kota Bitung yang mempunyai rasio sekitar 1:5, yang dapat berarti bahwa Persentase katarak di kabupaten ini memang relatif rendah. Persentase diagnosis oleh tenaga kesehatan terendah ditemukan di Kabupaten Bolaang Mongondow (0,9%) dan yang tertinggi adalah di Kota Manado (3%). Meskipun demikian, Persentase katarak yang didiagnosis di Provinsi Sulawesi Utara sedikit lebih tinggi dibandingkan Persentase tingkat nasional (1,8%).

Tabel 3.5.3.4
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas Dengan Katarak menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskedas 2007

Karakteristik	D (%)	DG (%)
Kelompok umur (tahun)		
30 – 34	0,17	6,26
35 – 44	0,71	12,36
45 – 54	1,71	21,82
55 – 64	2,56	28,15
65 – 74	7,83	42,69
75+	9,93	53,19
Jenis kelamin		
Laki-laki	1,78	17,21
Perempuan	2,42	22,89
Pendidikan		
Tidak sekolah	0,92	26,21
Tidak tamat SD	3,42	33,18
Tamat SD	1,98	22,42
Tamat SLTP	1,09	15,97
Tamat SLTA	1,70	12,03
Tamat PT	3,56	14,40
Pekerjaan		
Tidak bekerja	5,57	36,49
0	0	17,39
Sekolah	2,06	22,58
Mengurus RT	1,79	11,43
Pegawai (negeri, swasta, polri)	1,17	12,06
Wiraswasta	1,41	20,17
Petani/ nelayan/ buruh	4,68	18,84
Lainnya		
Tipe Daerah		
Perkotaan	2,59	16,38
Perdesaan	1,75	22,80
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan		
Kuintil-1	1,04	19,04
Kuintil-2	1,95	22,08
Kuintil-3	2,65	20,10
Kuintil-4	1,50	19,14
Kuintil-5	3,10	20,20

Menurut kelompok umur, jenis kelamin, dan tipe daerah: Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan meningkat sesuai penambahan usia. Persentase pada perempuan cenderung lebih besar (2,4%) dan sedikit lebih besar di daerah perkotaan (2,6%).

Menurut pendidikan dan pekerjaan: Persentase penderita katarak yang didiagnosis nakes tertinggi pada kelompok berpendidikan tamat SD dan tamat Perguruan Tinggi. Sementara menurut jenis pekerjaan, prevalensi tertinggi ditemukan pada kelompok yang tidak bekerja.

Cakupan diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan mungkin berkaitan dengan meningkatnya berbagai program penjangkaran kasus katarak yang tidak dibebankan kepada subyek, tetapi ditanggung oleh penyelenggara dan bersifat massal yang dikelola oleh organisasi profesi (dokter ahli mata) bekerja sama dengan berbagai sarana pemerintah (pemanfaatan ASKESKIN), maupun swasta (rumah sakit, organisasi/yayasan sosial). Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan yang masih sangat rendah mungkin juga berhubungan dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kesehatan matanya, meskipun mereka telah mengalami gejala gangguan penglihatan.

Besarnya Persentase penduduk yang bekerja di sektor informal juga dapat mengakibatkan persepsi negatif bahwa untuk bisa beraktivitas/bekerja sehari-hari, misalnya sebagai ibu rumah tangga, petani, atau nelayan, masyarakat tidak memerlukan tajam penglihatan yang maksimal.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan juga tersebar merata pada kuintil ke 5 pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, tetapi tampak bahwa prevalensi katarak terendah ditemukan pada kuintil 2 (22,7%). Patogenesis katarak berkaitan banyak faktor (multifaktor), maka prevalensi pada kuintil rendah dan kuintil tinggi yang tidak berbeda perlu diinvestigasi lebih lanjut, sehingga dapat diidentifikasi faktor yang berpengaruh, selanjutnya memungkinkan dapat dilakukan upaya yang lebih tepat.

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

Tabel 3.5.3.5
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Operasi Katarak (%)	Pakai Kacamata Pasca Operasi (%)
Bolaang Mongondow	0	0
Minahasa	21,43	100,00
Kepulauan Sangihe	0	0
Kepulauan Talaud	16,67	100,00
Minahasa Selatan	42,11	100,00
Minahasa Utara	43,75	85,71
Manado	39,58	88,24
Bitung	23,53	100,00
Tomohon	40,00	50,00
Sulawesi Utara	31,33	90,91

CATATAN: *)Responden yang pernah didiagnosis Katarak oleh nakes

Secara rerata untuk tingkat Provinsi Sulawesi Utara, Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir mencapai hampir satu di antara tiga orang (31,3%). dengan kisaran 16,67 – 43%, terendah di Kabupaten Kepulauan Talaud 16,67% dan tertinggi di Kabupaten Minahasa Utara (43,75%), tidak ada operasi katarak di Kabupaten Bolaang Mongondow dan Kepulauan Sangihe (diagnosis katarak oleh nakes masing-masing hanya 0,93% dan 0,56%). Cakupan operasi ini masih rendah, sehingga dapat mengakibatkan penumpukan kasus katarak pada tahun terkait (2007) dan tahun berikutnya. Perlu kajian lebih lanjut untuk mengidentifikasi faktor-faktor penyebab rendahnya cakupan operasi katarak di tingkat provinsi dan kabupaten sebagai pertimbangan dalam penyusunan kebijakan di bidang kesehatan mata, khususnya untuk mengatasi masalah *low vision* dan kebutaan akibat katarak

Pada tingkat Provinsi, pemakai kacamata pasca operasi katarak sebesar 90,9% dengan kisaran terendah di Kota Tomohon (50%) dan tertinggi adalah Kabupaten Minahasa, Minahasa Selatan dan Kepulauan Talaud (100%). Pemberian kacamata operasi bertujuan mengoptimalkan tajam penglihatan jarak jauh maupun jarak dekat pasca operasi katarak, sehingga tidak semua penderita pasca operasi merasa memerlukan kacamata untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Tabel 3.5.3.6
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas Dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Operasi Katarak (%)	Pakai Kacamata Pasca Operasi (%)
Kelompok umur (tahun)		
30 – 34	0,00	0,00
35 – 44	25,00	100,00
45 – 54	22,22	85,71
55 – 64	14,81	100,00
65 – 74	32,65	75,00
75+	62,96	100,00
Jenis kelamin		
Laki-laki	33,33	88,24
Perempuan	30,23	92,31
Pendidikan		
Tidak sekolah	100,00	100,00
Tidak tamat SD	39,53	100,00
Tamat SD	30,00	80,00
Tamat SLTP	13,33	66,67
Tamat SLTA	25,00	87,50
Tamat PT	37,50	100,00
Pekerjaan		
Tidak bekerja	46,43	100,00
Sekolah		
Mengurus RT	32,61	86,67
Pegawai (negeri, swasta, polri)	31,25	100,00
Wiraswasta		
Petani/ nelayan/ buruh	35,48	80,00
Lainnya	12,50	
Tipe daerah		
Perkotaan	35,44	92,31
Perdesaan	26,76	88,89
Tingkat Pengeluaran per kapita per bulan		
Kuintil-1	23,08	100,00
Kuintil-2	18,52	80,00
Kuintil-3	35,14	84,62
Kuintil-4	26,09	75,00
Kuintil-5	41,18	100,00

CATATAN: *) Responden yang pernah didiagnosis katarak oleh nakes

Menurut kelompok umur, jenis kelamin, dan pendidikan: operasi katarak lebih tinggi pada kelompok umur yang lebih tua dan tertinggi pada kelompok umur >75 tahun. Menurut jenis

kelamin, laki-laki lebih banyak yang menjalani operasi katarak ketimbang perempuan, meski yang didiagnosis oleh nakes lebih banyak perempuan, tetapi yang memakai kaca mata pasca operasi katarak cenderung lebih banyak perempuan. Fakta ini dapat diartikan laki-laki mempunyai kesempatan lebih tinggi untuk mendapatkan layanan operasi katarak daripada perempuan. Fenomena ini dapat berakibat menumpuknya kasus katarak yang belum atau tidak ditangani pada perempuan. Menurut tingkat pendidikan, Persentase yang melakukan operasi katarak tertinggi pada penduduk yang tidak sekolah (100%), berikutnya penduduk yang tamat SD (39%).

Menurut pekerjaan, tipe daerah, dan tingkat pengeluaran per kapita per bulan: Persentase penduduk yang melakukan operasi katarak tertinggi ditemukan pada penduduk yang tidak bekerja (46%). Menurut tempat tinggal, penduduk yang tinggal di perkotaan cenderung lebih banyak yang melakukan operasi katarak daripada yang tinggal di desa. Ini mungkin berkaitan dengan akses dan biaya, karena berdasarkan pada kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, Persentase penduduk yang melakukan operasi katarak semakin meningkat seiring meningkatnya kuintil.

3.5.4 Kesehatan Gigi

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

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

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

- *Performed Treatment Index (PTI)* merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang ditumpat terhadap angka DMF-T. PTI menggambarkan motivasi dari seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap
- *Required Treatment Index (RTI)* merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang karies terhadap angka DMF-T. RTI menggambarkan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan.

Dalam Riskesdas 2007 ini dikumpulkan berbagai indikator kesehatan gigi-mulut masyarakat, baik melalui wawancara maupun pemeriksaan gigi-mulut. Wawancara dilakukan terhadap semua kelompok umur, meliputi data masyarakat yang bermasalah gigi-mulut, perawatan yang diterima dari tenaga medis gigi, hilang seluruh gigi asli, jenis perawatan yang diterima dari tenaga medis gigi, dan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi. Pemeriksaan gigi-mulut dilakukan pada

kelompok umur 12 tahun ke atas dengan menggunakan instrumen genggam (kaca mulut dan senter).

Tabel 3.5.4.1 menggambarkan prevalensi penduduk dengan masalah gigi-mulut dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi dalam 12 bulan terakhir menurut kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara..

Tabel 3.5.4.1
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Bermasalah Gimul	Menerima Perawatan dari Tenaga Medis Gigi*	Hilang Seluruh Gigi Asli
Bolaang Mongondow	41,66	19,00	1,02
Minahasa	29,65	33,09	0,77
Kepulauan Sangihe	30,90	35,22	1,65
Kepulauan Talaud	30,61	20,00	1,02
Minahasa Selatan	44,76	25,20	1,33
Minahasa Utara	30,52	24,15	1,04
Kota Manado	21,43	32,62	0,51
Kota Bitung	14,23	32,63	0,88
Kota Tomohon	25,35	22,50	0,47
Sulawesi Utara	29,79	26,92	0,90

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

Dari tabel 3.5.4.1 terlihat sebanyak 29,79% penduduk Sulawesi Utara mengalami masalah gigi dan mulut dengan 26,92% nya menerima perawatan dari tenaga medis gigi. Dilihat dari kabupaten/kota, Minahasa Selatan mempunyai prevalensi tertinggi masalah gigi dan mulut (44,76%), sedangkan terendah di Kota Bitung (14,23%). Penduduk yang bermasalah gigi dan mulut, yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi berkisar antara 19,00 – 35,22%, dengan Persentase tertinggi di Kepulauan Sangihe dan terendah di Bolaang Mongondow. Penduduk yang paling banyak kehilangan gigi asli terdapat di Kepulauan Sangihe dan terendah di Kota Tomohon.

Tabel 3.5.4.2
Presentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut dalam 12 Bulan Terakhir,
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Bermasalah Gimul	Menerima Perawatan dari tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi asli
Kelompok Umur (tahun)			
< 1	0	0	0
1 - 4	9,28	16,09	0
5 - 9	29,99	28,24	0,08
10 - 14	27,36	25,69	0
15 - 24	26,57	22,20	0
25 - 34	28,46	29,62	0
35 - 44	34,81	30,39	0,04
45 - 54	39,62	27,51	0,37
55 - 64	38,73	26,35	2,27
65+	27,33	20,80	10,52
Jenis kelamin			
Laki-laki	28,55	24,15	0,73
Perempuan	31,01	29,43	1,06
Tipe Daerah			
Perkotaan	23,33	33,19	0,80
Perdesaan	34,55	23,78	0,97
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	28,52	21,46	1,00
Kuintil-2	29,75	25,47	0,66
Kuintil-3	28,66	26,62	1,01
Kuintil-4	30,74	29,63	1,07
Kuintil-5	31,30	30,93	0,74

Menurut kelompok umur : presentase tertinggi yang mengalami masalah gigi dan mulut ada di kelompok umur 45 – 54 tahun (39,62%) dan yang terendah pada kelompok 1 – 4 tahun (9,28%). Namun, yang paling banyak menerima perawatan gigi ialah kelompok umur 35 – 44 tahun (30,39%). Penduduk yang kehilangan gigi asli mulai ada pada kelompok umur 35 – 44 tahun dan terus meningkat seiring dengan bertambahnya umur.

Menurut jenis kelamin: presentase penduduk yang mengalami masalah gigi dan mulut dan mendapat perawatan dari tenaga medis gigi lebih banyak pada kelompok perempuan dibandingkan laki-laki. Sedangkan tidak ada perbedaan berarti hilangnya seluruh gigi asli antara laki-laki dan perempuan.

Menurut tipe daerah: penduduk di desa (34,55%) lebih banyak yang mengalami masalah gigi dan mulut dibandingkan di kota (23,33%), namun penduduk yang mendapatkan perawatan dari tenaga medis gigi lebih banyak di kota (33,19%) dibandingkan dengan di desa (23,78%). Tidak ada perbedaan berarti hilangnya seluruh gigi asli antara penduduk yang tinggal di kota dengan di desa.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: Persentase masalah gigi mulut di Sulawesi Utara relatif tidak jauh berbeda antar nilai kuintil, yaitu pada kisaran 28,52 – 31,30%, namun

presentase tertinggi ada di kelompok kuintil 5. Sedangkan untuk yang menerima perawatan dari tenaga medis, Persentasenya meningkat sesuai dengan meningkatnya pengeluaran. Tidak ada perbedaan berarti hilangnya semua gigi asli antar kuintil.

Tabel 3.5.4.3
Persentase Jenis Perawatan yang Diterima Penduduk Untuk Masalah
Gigi-Mulut menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah gigi	Pemasangan Protesa/ Bridge	Konseling Perawatan/ Kebersihan Gigi	Lainnya
Bolaang	89,19	30,43	10,87	3,80	0,00
Mongondow					
Minahasa	94,17	25,89	7,14	21,08	0,00
Kepulauan Sangihe	85,71	26,13	3,57	1,79	0,00
Kepulauan Talaud	97,14	27,78	2,78	20,00	0,00
Minahasa Selatan	95,60	40,88	7,55	4,40	0,00
Minahasa Utara	92,86	22,92	4,12	3,13	0,00
Manado	56,19	53,98	9,29	15,49	0,00
Bitung	85,96	35,09	5,17	14,04	0,00
Tomohon	85,71	34,29		11,11	0,00
Sulawesi Utara	84,42	34,93	7,16	10,64	0,00

Tabel 3.5.4.3 menggambarkan jenis perawatan gigi yang diterima oleh penduduk Sulawesi Utara. Jenis perawatan gigi terbanyak yang diterima penduduk Sulawesi Utara ialah pengobatan gigi (84,42%) dan yang paling sedikit ialah pemasangan protesa/bridge (7,16%). Dilihat dari kabupaten/kota, penduduk Kepulauan Talaud paling banyak mendapatkan pelayanan pengobatan gigi (97,14%). Untuk penambalan/pencabutan/bedah gigi, persentase terbesar di Kota Manado. Sedangkan untuk persentase terbanyak penduduk yang menerima pemasangan protesa dan konseling perawatan/kebersihan gigi berturut-turut ada di Bolaang Mongondow (10,87%) dan Minahasa (21,08%).

Tabel 3.5.4.4
Persentase Jenis Perawatan yang Diterima Penduduk Untuk
Masalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik Responden di Provinsi
Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengo- batan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah gigi	Pemasangan Gigi palsu Lepasan atau Gigi palsu cekat	Konseling Perawatan/ Kebersihan gigi	Lain Nya
Kelompok umur (tahun)					
< 1	0	0	0	0	0,00
1 - 4	100,00	13,33	0	6,67	0,00
5 - 9	89,09	23,64	0	10,00	0,00
12 – 14	92,78	19,59	0	3,09	0,00
15 – 24	80,34	38,46	6,78	6,78	0,00
25 – 34	80,00	41,62	6,49	6,52	0,00
35 – 44	88,00	39,76	2,01	12,85	0,00
45 – 54	82,59	35,32	14,43	14,93	0,00
55 – 64	79,61	35,92	15,53	15,53	0,00
65 +	78,85	38,46	17,31	16,98	0,00
Jenis kelamin					
Laki-laki	86,01	35,56	4,60	12,34	0,00
Perempuan	83,13	34,56	8,76	9,38	0,00
Tipe daerah					
Perkotaan	73,32	45,00	7,83	11,52	0,00
Perdesaan	92,09	28,10	6,43	10,03	0,00
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan					
Kuintil-1	85,38	23,4	8,82	4,68	0,00
Kuintil-2	91,12	23,4	3,27	4,67	0,00
Kuintil-3	87,10	37,8	6,45	11,06	0,00
Kuintil-4	78,21	40,8	7,06	13,33	0,00
Kuintil-5	82,42	43,6	9,19	16,48	0,00

Menurut kelompok umur: persentase tertinggi penduduk yang mendapatkan pengobatan gigi ialah kelompok umur 1 – 4 tahun (100%). Persentase terbesar penduduk yang mendapat pelayanan penambalan/pencabutan/bedah gigi ada pada kelompok umur 25 – 34 tahun (41,62%). Pemasangan gigi palsu mulai ada pada kelompok umur 15 – 24 tahun dan terus meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Sedangkan persentase terbesar yang mendapatkan konseling perawatan/kebersihan gigi ada pada kelompok umur 65 tahun ke atas (16,98%).

Menurut jenis kelamin: persentase penduduk yang mendapatkan pelayanan pengobatan, penambalan/pencabutan/bedah gigi, dan konseling perawatan/kebersihan gigi lebih besar pada laki-laki daripada perempuan. Namun untuk pemasangan gigi palsu lebih banyak pada perempuan (8,76%) dibandingkan pada laki-laki (4,60%).

Menurut tipe daerah: persentase penduduk yang mendapat pelayanan pengobatan lebih banyak di desa (92,09%) dibandingkan di kota (73,32%). Sedangkan penduduk yang mendapatkan

pelayanan penambalan/pencabutan/bedah gigi, pemasangan gigi palsu, dan konseling perawatan/kebersihan gigi lebih banyak di kota dibanding di desa.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: tidak ada pola yang jelas pengobatan dan pemasangan gigi palsu dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan. Penduduk yang mendapatkan pelayanan penambalan/pencabutan/bedah gigi dan konseling perawatan/kebersihan gigi, Persentasenya semakin meningkat seiring dengan meningkatnya pengeluaran.

Tabel 3.5.4.5
Persentase Penduduk ≥10 Tahun yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perilaku Menggosok Gigi			
	Menggosok Gigi Setiap Hari		Berperilaku Benar Menyikat Gigi	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Bolaang Mongondow	95,16	4,84	5,78	94,22
Minahasa	94,60	5,40	4,45	95,55
Kepulauan Sangihe	86,94	13,06	5,94	94,06
Kepulauan Talaud	90,02	9,98	6,37	93,63
Minahasa Selatan	94,23	5,77	4,58	95,42
Minahasa Utara	95,06	4,94	0,97	99,03
Manado	98,13	1,87	11,01	88,99
Bitung	95,20	4,80	10,37	89,63
Tomohon	93,97	6,03	5,22	94,78
Sulawesi Utara	94,77	5,23	6,61	93,39

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

Tabel 3.5.4.5 menggambarkan kebiasaan penduduk dalam menggosok gigi dan perilaku benar menyikat gigi (menggosok gigi setiap hari sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam) berdasarkan kabupaten pada penduduk di Provinsi Sulawesi Utara. Sebesar 94,77% penduduk di Sulawesi Utara menggosok gigi setiap hari, namun hanya 6,61% dari penduduk yang menyikat gigi setiap hari berperilaku benar menyikat gigi. Variasi persentase penduduk yang menyikat gigi setiap hari, tidak jauh berbeda antar kabupaten, yaitu berkisar antara: 86,94% – 98,13%. Kota Manado memiliki persentase terbesar penduduk yang menggosok gigi setiap hari (98,13%) dan berperilaku benar menyikat gigi (11,01%), sedangkan yang terendah ada di Kepulauan Sangihe (86,94%) dan persentase terendah penduduk yang berperilaku menyikat gigi benar ada di Minahasa Utara (0,97%).

Tabel 3.5.4.6
Persentase Penduduk ≥10 Tahun yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku
Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik di Provinsi Sulawesi Utara,
Risikesdas 2007

Karakteristik	Perilaku Menggosok Gigi			
	Menggosok Gigi Setiap Hari		Berperilaku Benar Menggosok Gigi	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Kelompok umur (tahun)				
10 – 14	96,48	3,52	6,04	93,96
15 – 24	98,52	1,48	7,58	92,42
25 – 34	97,72	2,28	7,24	92,76
35 – 44	97,71	2,29	7,02	92,98
45 – 54	95,60	4,40	6,46	93,54
55 – 64	89,85	10,15	6,33	93,67
65+	73,33	26,67	3,47	96,53
Jenis kelamin				
Laki-laki	93,88	6,12	5,71	94,29
Perempuan	95,63	4,37	7,48	92,52
Tipe Daerah				
Perkotaan	97,00	3,00	9,14	90,86
Perdesaan	93,13	6,87	4,72	95,28
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil-1	93,46	6,54	4,80	95,20
Kuintil-2	94,47	5,53	5,95	94,05
Kuintil-3	94,35	5,65	6,58	93,42
Kuintil-4	95,13	4,87	7,36	92,64
Kuintil-5	96,22	3,78	8,09	91,91

Menurut kelompok umur: persentase terbesar penduduk yang menggosok gigi setiap hari dan berperilaku benar menggosok gigi ada pada kelompok umur 15 – 24 tahun.

Menurut jenis kelamin: persentase penduduk yang menggosok gigi setiap hari dan berperilaku benar menggosok gigi lebih banyak pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki.

Menurut tipe daerah : persentase penduduk yang menggosok gigi setiap hari dan berperilaku menggosok gigi lebih banyak di kota dibandingkan di desa.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: terdapat kecenderungan, semakin besar tingkat pengeluaran, semakin besar persentase penduduk yang menggosok gigi setiap hari dan berperilaku benar dalam menggosok giginya.

Tabel 3.5.4.7
Persentase Waktu Menyikat Gigi Pada Penduduk ≥10 Tahun yang Menggosok Gigi
Setiap Hari menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Menggosok Gigi Setiap Hari				
	Saat Mandi Pagi dan atau Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lainnya
Bolaang Mongondow	97,48	13,77	19,08	17,36	0,20
Minahasa	86,62	9,57	31,39	25,47	1,30
Kepulauan Sangihe	93,37	11,83	21,72	24,16	1,83
Kepulauan Talaud	89,15	13,21	18,60	21,24	3,20
Minahasa Selatan	76,40	11,65	47,95	13,45	1,16
Minahasa Utara	85,05	1,99	15,61	14,27	1,42
Manado	96,18	18,63	29,28	38,79	3,66
Bitung	80,50	15,42	27,98	44,56	1,72
Tomohon	85,31	8,65	26,16	24,90	2,85
Sulawesi Utara	89,32	12,62	27,42	26,50	1,92

Sebagian besar penduduk di Sulawesi Utara yang berumur 10 tahun keatas dan memiliki kebiasaan menggosok gigi setiap hari pada pagi dan atau sore hari sebesar 89,32% dan hanya sekitar 12,62% yang memiliki kebiasaan menggosok gigi sesudah makan pagi. Kabupaten/kota dengan persentase penduduk yang menggosok gigi saat mandi pagi dan atau sore terbesar adalah Bolaang Mongondow (97,48%) dan terendah di Minahasa Selatan (76,40%).

Tabel 3.5.4.8
Persentase Waktu Menyikat Gigi Pada Penduduk ≥10 Tahun yang Menggosok Gigi
Setiap Hari menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Menggosok gigi setiap hari				
	Saat Mandi Pagi dan atau Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lainnya
Kelompok umur (tahun)					
10 – 14	90,30	12,74	25,09	21,98	,83
15 – 24	92,63	14,35	27,48	32,21	1,54
25 – 34	90,41	11,63	25,85	27,74	2,55
35 – 44	87,80	13,14	28,62	27,36	2,67
45 – 54	88,86	12,18	28,51	25,47	1,71
55 – 64	88,42	12,86	30,01	22,94	1,52
65+	81,68	9,47	26,47	20,18	1,44
Jenis kelamin					
Laki-laki	88,17	11,92	26,65	22,87	1,64
Perempuan	90,39	13,31	28,16	29,98	2,16
Tipe Daerah					
Perkotaan	91,02	15,42	29,21	35,70	2,42
Perdesaan	88,00	10,50	26,05	19,50	1,51
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan					
Kuintil-1	87,94	11,67	28,26	19,42	1,60
Kuintil-2	86,78	11,05	28,62	24,91	1,80
Kuintil-3	89,77	12,87	27,18	25,50	2,37
Kuintil-4	89,77	13,31	26,30	26,68	1,79
Kuintil-5	91,90	13,99	26,91	34,65	1,99

Menurut kelompok umur: persentase penduduk terbesar menggosok gigi saat mandi pagi dan atau sore, sesudah makan pagi, dan sebelum tidur malam terdapat pada kelompok umur 15 – 24 tahun.

Menurut jenis kelamin: tidak terdapat perbedaan nyata antara laki-laki dan perempuan pada semua waktu menggosok gigi, namun, Persentase menggosok gigi sebelum tidur malam lebih besar pada perempuan dibandingkan pada laki-laki.

Menurut tipe daerah: persentase kebiasaan menggosok gigi pada semua waktu cenderung lebih besar di kota dibandingkan di desa.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: tidak terlihat perbedaan nyata antar kuintil dalam waktu menggosok gigi saat mandi pagi dan atau sore hari, sesudah makan pagi, dan sesudah bangun pagi. Sedangkan untuk waktu menggosok gigi sebelum tidur malam, Persentasenya cenderung semakin meningkat seiring meningkatnya tingkat pengeluaran.

Tabel 3.5.4.9
Komponen D, M, F Dan Index DMF-T menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	INDEX DMF-T (X)
Bolaang Mongondow	2,58	4,43	0,01	7,02
Minahasa	2,30	4,31	0,07	6,68
Kepulauan Sangihe	2,37	4,32	0,01	6,70
Kepulauan Talaud	3,04	3,00	0,01	6,05
Minahasa Selatan	2,25	5,64	0,03	7,92
Minahasa Utara	1,18	5,52	0,04	6,74
Manado	0,70	3,76	0,11	4,57
Bitung	1,19	3,30	0,06	4,55
Tomohon	1,68	5,10	0,07	6,85
Sulawesi Utara	1,77	4,34	0,06	6,17

- 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 gigi berlubang per orang di Sulawesi Utara sebesar 1,77. Rerata terbesar di Kepulauan Talaud (3,04), diikuti Bolaang Mongondow (2,58), dan Kepulauan Sangihe (2,37). Rerata jumlah gigi yang dicabut/indikasi pencabutan di Provinsi Sulawesi Utara sebesar 4,34 dalam kisaran 3,00 – 5,64, dan yang tertinggi ialah di Minahasa Selatan. Sedangkan untuk rerata jumlah gigi ditumpat, jumlahnya sangat kecil sekali, yaitu 0,06. Rerata jumlah kerusakan gigi per orang di Sulawesi Utara sebesar 6,17. Rerata jumlah kerusakan gigi per orang terbesar di Minahasa Selatan (7,92).

Tabel 3.5.4.10
Komponen D, M, F Dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	INDEX DMF-T
Umur (tahun)				
12 – 14	0,99	0,25	0,01	1,25
15 – 17	1,36	0,43	0,01	1,80
18 - 34	1,42	0,81	0,02	2,25
35 – 44	1,87	3,21	0,10	5,18
65 +	1,97	15,99	0,04	18,00
Jenis kelamin				
Laki-laki	1,78	3,69	0,03	5,50
Perempuan	1,76	4,98	0,08	6,82
Tipe Daerah				
Perkotaan	1,19	3,96	0,08	5,23
Perdesaan	2,20	4,63	0,04	6,87
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil-1	1,76	3,95	0,02	5,73
Kuintil-2	1,94	3,91	0,04	5,89
Kuintil-3	1,82	4,54	0,06	6,42
Kuintil-4	1,69	4,69	0,05	6,43
Kuintil-5	1,65	4,53	0,10	6,28

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

Menurut umur: di Provinsi Sulawesi Utara, rerata jumlah gigi berlubang per orang, rerata jumlah gigi dicabut/indikasi pencabutan, dan rerata jumlah kerusakan gigi per orang cenderung bertambah seiring dengan bertambahnya umur. Rerata jumlah gigi ditumpat juga cenderung bertambah seiring dengan bertambahnya umur, namun menurun pada kelompok umur 65 tahun ke atas.

Menurut jenis kelamin: tidak ada perbedaan berarti rerata jumlah gigi berlubang per orang antara laki-laki dan perempuan. Sedangkan untuk rerata jumlah gigi dicabut/indikasi pencabutan, rerata jumlah gigi ditumpat, dan rerata jumlah kerusakan gigi per orang cenderung lebih besar pada perempuan dibandingkan pada laki-laki.

Menurut tipe daerah: rerata jumlah gigi berlubang per orang, rerata jumlah gigi dicabut/indikasi pencabutan, dan rerata jumlah kerusakan gigi per orang cenderung lebih besar di desa dibandingkan di kota. Sedangkan untuk rerata jumlah gigi di tumpat lebih besar di kota dibandingkan di desa.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: tidak ada perbedaan berarti antar kuintil.

Tabel 3.5.4.11
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut
Kabupaten/Kota Di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tanpa Lubang	Karies Aktif	Tanpa Pengalaman Karies	Pengalaman Karies
Bolaang Mongondow	49.03	50.97	33.58	66.42
Minahasa	36.83	63.17	25.61	74.39
Kepulauan Sangihe	39.49	60.51	24.98	75.02
Kepulauan Talaud	53.13	46.88	43.75	56.25
Minahasa Selatan	45.06	54.94	27.38	72.62
Minahasa Utara	56.34	43.66	32.63	67.37
Manado	71.26	28.74	37.38	62.62
Bitung	60.48	39.52	41.91	58.09
Tomohon	50.16	49.84	29.75	70.25
Sulawesi Utara	53.17	46.83	32.89	67.11

Catatan :

TANPA KARIES : orang yang memiliki memiliki D=0

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

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

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

Prevalensi karies aktif di Provinsi Sulawesi Utara sebesar 46,83%, dengan prevalensi terbesar di Kota Minahasa (63,17%) dan prevalensi terendah di Manado (28,74%). Sebanyak 67,11% penduduk di Sulawesi Utara memiliki pengalaman karies, dengan prevalensi terbesar di Kepulauan Sangihe (75,02%) dan terendah di Kepulauan Talaud (56,25%).

Tabel 3.5.1.12
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut
Karakteristik, Di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tanpa Lubang	Karies Aktif	Tanpa Pengalaman Karies	Pengalaman Karies
Umur (tahun)				
12 – 14	58.16	41.84	52.7%	47.3%
15 – 17	46.84	53.16	40.9%	59.1%
18 - 34	45.41	54.59	30.9%	69.1%
35 – 44	37.30	62.70	10.1%	89.9%
65 +	53.36	46.64	4.3%	95.7%
Jenis kelamin				
Laki-laki	53.50	46.50	34.30	65.70
Perempuan	52.87	47.13	31.50	68.50
Tipe Daerah				
Perkotaan	61.85	38.15	36.22	63.78
Perdesaan	46.77	53.23	30.42	69.58
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil-1	58.24	41.76	41.02	58.98
Kuintil-2	51.29	48.71	34.32	65.68
Kuintil-3	53.46	46.54	32.77	67.23
Kuintil-4	52.01	47.99	29.67	70.33
Kuintil-5	50.88	49.12	26.56	73.44

Catatan :

TANPA KARIES : orang yang memiliki memiliki D=0

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

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

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

Menurut umur: prevalensi karies aktif terbesar ada pada kelompok umur 35-44 tahun (62,70%), sedangkan prevalensi pengalaman karies semakin memeningkat seiring dengan bertambahnya umur.

Menurut jenis kelamin: tidak ada perbedaan berarti prevalensi karies aktif antara laki-laki dan perempuan. Sedangkan prevalensi pengalaman karies lebih kecil pada laki-laki (65,70%) dibandingkan perempuan (68,50%).

Menurut tipe daerah: penduduk di desa lebih banyak yang menderita karies gigi dan memiliki pengalaman karies dibandingkan di kota.

Menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan: tidak ada pola yang jelas antara tingkat pengeluaran per kapita per bulan dengan prevalensi karies aktif. Namun, prevalensi karies aktif terbesar ada pada kelompok kuintil 5. Sedangkan prevalensi pengalaman karies cenderung meningkat seiring dengan meningkatnya kuintil/pengeluaran.

Tabel 3.5.4.13
Required Treatment Index (RTI) dan Perform Treatment Index (PTI)
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara

Kabupaten/Kota	RTI= (D/DMF- T)x100%	PTI= (F/DMF- T)x100%	MI= (M/DMF- T)x100%
Bolaang Mongondow	36,75	0,14	63,11
Minahasa	34,43	1,05	64,52
Kepulauan Sangihe	35,37	0,15	64,48
Kepulauan Talaud	50,25	0,17	49,59
Minahasa Selatan	28,41	0,38	71,21
Minahasa Utara	17,51	0,59	81,90
Manado	15,32	2,41	82,28
Bitung	26,15	1,32	72,53
Tomohon	24,53	1,02	74,45
Sulawesi Utara	28,69	0,97	70,34

Catatan :

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

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.

Besar kerusakan gigi/karies gigi yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan (RTI) di Sulawesi Utara sebesar 28,69% dengan persentase RTI tertinggi di Kepulauan Talaud (50,25%) dan terendah di Kota Manado (15,32%). Sedangkan motivasi penduduk di Sulawesi Utara untuk menumpatkan gigi yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap (PTI) sebesar 0,97%, dengan persentase terbesar di Kota Manado (2,41%) dan terendah di Bolaang Mongondow (0,14%).

Tabel 3.5.4.14
Required Treatment Index (RTI) dan Perform Treatment Index (PTI)
menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	RTI = (D/DMF-T)X100%	PTI = (F/DMF-T)X100%	(M/DMF-T)X100%
Umur			
12 – 14	79,20	0,80	20,00
15 – 17	75,56	0,56	23,89
18 – 34	63,11	0,89	36,00
35 – 44	36,10	1,93	61,97
65 +	10,94	0,22	88,83
Jenis kelamin			
Laki-laki	32,36	0,55	67,09
Perempuan	25,81	1,17	73,02
Tipe Daerah			
Perkotaan	22,75	1,53	75,72
Perdesaan	32,02	0,58	67,39
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	30,72	0,35	68,94
Kuintil-2	32,94	0,68	66,38
Kuintil-3	28,35	0,93	70,72
Kuintil-4	26,28	0,78	72,94
Kuintil-5	26,27	1,59	72,13

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.

Menurut kelompok umur: seiring dengan bertambahnya umur, besarnya kerusakan/karies gigi yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan (RTI) cenderung menurun. Kelompok umur yang mempunyai motivasi terbesar untuk menumpatkan gigi yang berlubang adalah kelompok umur 35 – 44 tahun.

Menurut jenis kelamin: persentase RTI lebih besar pada laki-laki dibandingkan pada perempuan. Sedangkan persentase PTI lebih besar pada perempuan dibandingkan pada laki-laki. Dapat dikatakan bahwa kesadaran perempuan untuk mendapatkan perawatan penumpatan gigi lebih baik dibandingkan dengan laki-laki, sehingga persentase gigi yang memerlukan penumpatan atau pencabutan juga menjadi lebih sedikit.

Menurut tipe daerah: besarnya kerusakan gigi/karies gigi yang belum ditangani lebih besar di desa dibandingkan dengan di kota. Sedangkan motivasi untuk menumpatkan gigi lebih besar di kota daripada di desa.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: tidak ada pola yang jelas besarnya karies gigi yang belum ditangani menurut tingkat pengeluaran, namun persentase terbesar ada pada kelompok kuintil 2. Sedangkan persentase terbesar PTI/motivasi untuk menumpatkan gigi ada di kelompok kuintil 5 dan terendah ada di kelompok kuintil 1.

Tabel 3.5.4.15
Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk Edentulous
menurut Karakteristik di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Fungsi Normal Gigi	Edentulous	Orang dengan Protosa
Umur			
12 – 14	100,00	0	0
15 – 17	100,00	0	6,25
18 – 34	100,00	0	6,67
35 – 44	96,32	0,04	2,01
65 +	43,82	10,52	17,31
Jenis kelamin			
Laki-laki	93,71	0,74	4,60
Perempuan	89,22	1,11	8,76
Tipe Daerah			
Perkotaan	92,88	0,84	7,83
Perdesaan	90,41	0,99	6,43
Tingkat Pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	92,99	1,01	8,82
Kuintil-2	92,78	0,69	3,27
Kuintil-3	91,15	1,05	6,45
Kuintil-4	89,70	1,12	7,06
Kuintil-5	90,63	0,76	9,19

Catatan :

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

Edentulous= orang tanpa gigi

Orang dengan protosa = orang yang memakai protesa

Menurut kelompok umur: di Sulawesi Utara, penurunan fungsi normal gigi sudah mulai terjadi pada kelompok umur 35 – 44 tahun, dan semakin menurun seiring dengan bertambahnya umur. Edentulous (orang tanpa gigi) mulai ditemukan pada kelompok umur 35 – 44 tahun, meskipun persentasenya sangat kecil. Sedangkan pemakaian protesa sudah mulai ditemukan pada kelompok umur 15 – 17 tahun dan prosentase terbesar pada kelompok umur 65 tahun ke atas.

Menurut jenis kelamin: Kualitas fungsi normal gigi lebih baik pada kelompok laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Tidak ada perbedaan berarti antara laki-laki dan perempuan di Sulawesi Utara dalam kasus kehilangan seluruh gigi. Pemakaian protesa lebih banyak pada perempuan dibandingkan pada laki-laki.

Menurut tipe daerah: kualitas fungsi normal gigi lebih baik di kota dibandingkan di desa. Tidak ada perbedaan berarti kasus kehilangan seluruh gigi antara di kota dan di desa. Namun pemakaian protesa lebih banyak ditemukan di kota dibandingkan di desa.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: tidak ada perbedaan berarti fungsi normal gigi antar kuintil. Demikian pula dengan kasus kehilangan seluruh gigi. Sedangkan persentase terbesar pemakaian protesa di kelompok kuintil 5.

3.6 Cedera dan Disabilitas/Ketidakmampuan

3.6.1 Cedera

Data cedera diperoleh berdasarkan atas wawancara kepada responden semua umur tentang riwayat cedera dalam 12 bulan terakhir. Cedera didefinisikan sebagai luka atau trauma akibat faktor internal (dari diri sendiri) dan faktor eksternal (kecelakaan dan peristiwa lain yang menimbulkan rasa nyeri/sakit), baik disengaja maupun tidak. Jumlah responden yang didata untuk cedera sebesar 14.397 orang.

Tabel 3.6.1.1
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten /Kota	Cedera	Penyebab Cedera															
		Kecelakaan Transportasi Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Benda Tajam/Tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan Senjata Api	Kontak dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan Medis	Lainnya
Bolaang	4,2	26,6	0,0	0,0	57,6	12,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,2
Mongondow																	
Minahasa	11,6	32,3	0,0	0,0	57,3	9,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	10,8
Kepulauan Sangihe	7,6	28,3	0,0	0,0	55,7	15,2	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,5
Kepulauan Talaud	9,6	22,5	0,0	0,0	67,5	11,9	0,6	0,0	1,3	0,6	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,6
Minahasa Selatan	14,6	30,1	0,4	0,0	47,3	23,6	1,5	0,4	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	1,5
Minahasa Utara	13,9	37,4	0,0	0,0	59,9	6,7	0,7	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	1,3	0,8	0,0	0,0	1,9
Kota Manado	7,5	27,3	0,0	0,9	64,3	6,8	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1
Kota Bitung	3,5	69,0	0,0	0,0	36,6	8,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Kota Tomohon	19,3	21,0	0,0	0,5	54,7	26,0	2,9	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	2,1	0,6	0,0	0,0	2,0
Sulawesi Utara	9,1	30,9	0,1	0,2	56,8	12,9	0,9	0,1	0,8	0,0	0,0	0,0	0,5	0,8	0,0	0,0	3,9

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

Prevalensi cedera di Provinsi Sulawesi Utara sebesar 9%, dengan prevalensi tertinggi di Kota Tomohon (19,3%) dan terendah di Kota Bitung (3,5%). Tiga penyebab kecelakaan terbesar, berturut-turut adalah jatuh (56,8%), kecelakaan transportasi di darat (30,9%), dan terluka benda tajam/tumpul (12,9%). Adapun Persentase penyebab kecelakaan lainnya bervariasi antara 0% dan 4,21%. Persentase jatuh terbesar terdapat di Kepulauan Talaud (67,5%). Persentase kecelakaan transportasi di darat terbesar ditemukan di Kota Bitung (69%), sedangkan persentase terbesar terluka benda tajam/tumpul terdapat di Kota Tomohon (26%).

Tabel 3.6.1.2
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penyebab Cedera																
	Cedera	Kecelakaan Transportasi Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Benda Tajam/Tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan Senjata Api	Kontak dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan Medis	Lainnya
Kelompok umur (tahun)																	
< 1	4,7	0	0	0	100,0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0
1 – 4	11,0	7,0	0	0	89,6	4,9	0	0	1,5	0	0,0	0,0	0	2,4	0,0	0,0	0
5 – 14	11,9	16,5	0	0	76,4	7,6	0,5	0	0,9	0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	4,4
15 – 24	12,6	58,8	0,3	0	35,4	10,3	0,5	0	0	0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	3,5
25 – 34	7,5	42,5	0	1,3	36,3	17,6	2,7	0,5	2,8	0,2	0,0	0,0	1,2	1,4	0,0	0,0	3,4
35 – 44	6,6	33,0	0	0	44,2	23,5	0,8	0	0,8	0	0,0	0,0	1,4	0,9	0,0	0,0	4,4
45 – 54	7,3	24,7	0	0	55,7	19,6	0,4	0	0,4	0	0,0	0,0	0	2,0	0,0	0,0	7,9
55 – 64	7,0	27,2	0	0,8	52,5	17,9	2,7	0	0,3	0	0,0	0,0	0,8	0	0,0	0,0	3,9
65 – 74	6,7	23,1	0	0	66,7	8,9	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	7,2
75+	9,2	17,1	0	0	78,1	2,7	2,1	0	0	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	7,2
Jenis kelamin																	
Laki-laki	11,0	35,9	0,1	0	50,0	14,1	1,3	0,1	0,7	0,0	0,0	0,0	0,6	1,1	0,0	0,0	4,9
Perempuan	7,2	23,2	0	0,5	67,2	10,9	0,4	0	1,1	0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	3,1
Pendidikan																	
Tidak sekolah	6,9	11,4	0	0	54,6	34,1	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	4,8
Tidak tamat SD	10,6	17,3	0	0	63,9	14,4	1,3	0	0,9	0	0,00	0,00	0	0,3	0,0	0,0	8,0

Tabel 3.6.1.2 (lanjutan)

Tamat SD	7,8	32,3		0,2	53,1	16,6	0,4	0	0,5	0	0,00	0,00	0,6	1,4	0,0	0,0	3,2
Tamat SMP	9,6	43,8	0,3		38,1	18,5	1,0	0	1,3	0	0,00	0,00	0,5	0	0,0	0,0	5,5
Tamat SMA	8,3	51,2	0	0	41,6	11,4	1,8	0,3	0,5	0	0,00	0,00	1,1	1,2	0,0	0,0	1,6
Tamat PT	3,5	44,0	0	9,2	23,1	5,6	2,5	0	1,6	1,5	0,00	0,00	0	0	0,0	0,0	18,3
Pekerjaan																	
Tidak bekerja	8,7	51,1	0,7	0	42,6	6,8	0,7	0	0	0	0,00	0,00	0,5	0	0,0	0,0	1,8
Sekolah	12,0	32,7	0	0	58,8	10,5	0,8	0	0,6	0	0,00	0,00	0,5	0	0,0	0,0	5,1
Mengurus RT	5,7	19,3	0	0,3	64,6	14,4	0,5	0	2,0	0	0,00	0,00	0,5	1,1	0,0	0,0	4,5
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	6,8	49,8	0	2,6	37,9	7,0	0,7	0	1,2	0	0,00	0,00	0	0,7	0,0	0,0	8,1
Wiraswasta	9,2	48,0	0	0	38,7	18,7	0	0	0	0	0,00	0,00	0,5	0,6	0,0	0,0	6,4
Petani/Nelayan /Buruh	9,6	30,5	0	0	43,8	24,9	2,5	0,3	0,8	0	0,00	0,00	0,4	1,6	0,0	0,0	4,1
Lainnya	9,3	62,8	0	0	30,0	13,7	1,9	0	0	0,8	0,00	0,00	2,0	0	0,0	0,0	5,2
Tipe daerah																	
Perkotaan	7,8	32,2	0	0,4	57,1	11,4	0,8	0	0,6	0	0,00	0,00	0,1	0,7	0,0	0,0	5,4
Perdesaan	10,0	30,1	0,1	0,1	56,6	13,7	1,0	0,1	1,0	0	0,00	0,00	0,7	0,8	0,0	0,0	3,5
Tingkat pengeluaran per kapita																	
Kuintil 1	8,9	20,8	0	0	66,6	13,6	1,0	0	1,0	0	0,00	0,00	0	1,2	0,0	0,0	0,7
Kuintil 2	10,6	29,3	0,3	0	60,5	14,2	0,6	0	1,4	0	0,00	0,00	0,3	0,9	0,0	0,0	3,4
Kuintil 3	8,4	34,2	0	1,1	51,6	11,9	1,1	0	0,7	0	0,00	0,00	0,4	0,4	0,0	0,0	6,4
Kuintil 4	8,2	38,2	0	0	49,0	11,6	0,3	0,3	0,3	0,1	0,00	0,00	0,9	1,2	0,0	0,0	5,4
Kuintil 5	9,2	33,0	0	0	54,7	12,7	1,6	0	0,7	0	0,00	0,00	0,7	0,3	0,0	0,0	5,6

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

Menurut kelompok umur: prevalensi cedera tertinggi ada pada kelompok umur 15—24 tahun (12,6%). Pada kelompok umur tersebut, penyebab cedera terbesar ialah kecelakaan transportasi darat (58,8%).

Menurut jenis kelamin: prevalensi cedera pada laki-laki (11) lebih besar dibandingkan pada perempuan (7,1%). Penyebab cedera jatuh paling banyak terjadi pada kelompok perempuan sedangkan kecelakaan transportasi darat paling banyak terjadi pada kelompok laki-laki.

Menurut pendidikan: tidak ada pola jelas pendidikan dengan prevalensi cedera. Namun, prevalensi cedera terbesar ada pada kelompok tidak tamat SD (10,6%). Pada kelompok umur tersebut, jatuh merupakan penyebab cedera terbesar (63,9%).

Menurut pekerjaan: tidak ada pola jelas antar pekerjaan dengan prevalensi cedera. Kelompok sekolah (12%) memiliki prevalensi cedera terbesar dibandingkan kelompok pekerjaan lain.

Menurut tipe daerah: prevalensi cedera lebih besar di desa (10%) dibandingkan di kota (7,8%). Tidak ada perbedaan berarti penyebab cedera menurut tempat tinggal.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita: tidak ada pola jelas antar tingkat pengeluaran dengan prevalensi cedera. Namun, prevalensi cedera terbesar ada pada kelompok kuintil 2

Jenis Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera

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

Tabel 3.6.1.3
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten /Kota	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Tumit dan kaki
Bolaang Mongondow	18,8	1,3	2,6	11,2	7,6	22,7	14,8	6,3	31,9	15,3
Minahasa	13,4	2,9	6,1	7,4	8,4	15,2	24,4	7,3	40,6	28,8
Kepulauan Sangihe	11,6	2,9	7,3	10,9	14,5	13,8	18,1	9,4	29,0	14,5
Kepulauan Talaud	11,3	1,9	5,0	12,0	12,6	16,4	8,8	7,6	43,4	19,5
Minahasa Selatan	21,0	0	3,0	6,6	5,8	13,4	20,9	5,9	42,2	25,0
Minahasa Utara	17,4	0,5	5,4	9,8	11,0	20,9	17,3	8,5	32,8	25,7
Manado	13,7	0,9	1,8	3,5	7,9	10,4	20,9	11,4	34,1	24,5
Bitung	34,5	0	7,9	8,6	17,2	16,5	24,4	7,2	28,0	23,0
Tomohon	12,8	0,6	3,4	6,3	7,5	11,7	29,8	4,8	38,6	23,4
Sulawesi Utara	16,1	1,2	4,3	7,5	9,0	15,1	21,0	7,8	36,6	24,0

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

Diketahui bahwa bagian tubuh yang terkena cedera jumlahnya dapat lebih dari satu dalam 1 orang yang mengalami cedera. Persentase paling tinggi bagian tubuh yang terkena cedera pada penduduk Provinsi Sulawesi Utara adalah lutut dan tungkai bawah (36,6%), selanjutnya diikuti dengan bagian tubuh pergelangan tangan dan tangan (21%) dan kepala (16,1%). Cedera di bagian lutut dan tungkai bawah paling banyak terjadi pada penduduk di Kepulauan Talaud (43,4%), cedera pada bagian pergelangan tangan dan tangan tertinggi terjadi di Kota Tomohon (29,8%) dan cedera kepala lebih banyak terjadi pada penduduk di Kota Bitung (34,5%).

Pola Persentase cedera menurut bagian tubuh terkena cedera berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tipe daerah, dan tingkat pengeluaran per kapita per bulan dapat dilihat pada tabel 3.6.1.4.

Tabel 3.6.1.4
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Kelompok umur (tahun)										
< 1	44,9	0	13,9	4,7	9,1	0	0	0	27,3	0
1 – 4	29,8	0	6,5	5,7	7,4	9,3	10,3	4,2	41,1	15,0
5 – 14	14,4	1,0	4,0	4,7	3,6	17,0	19,2	3,5	43,0	24,2
15 – 24	12,6	0,9	3,6	5,1	12,7	24,1	24,7	6,4	42,1	27,4
25 – 34	12,6	0,2	2,6	7,3	14,4	15,3	24,8	11,8	30,7	22,9
35 – 44	16,7	3,4	5,0	11,5	9,9	10,7	22,6	9,2	29,2	33,3
45 – 54	14,9	1,8	6,6	12,5	7,6	7,8	24,0	5,2	31,1	22,3
55 – 64	21,1	0,5	3,7	11,1	12,4	12,7	21,6	15,3	20,6	21,5
65 – 74	14,0	0	3,6	11,0	5,7	5,9	17,0	29,1	52,1	12,0
75+	24,5	7,2	0	11,8	9,3	15,6	9,2	18,4	20,7	17,0
Jenis kelamin										
Laki-laki	15,8	1,2	4,0	7,7	9,8	17,9	23,9	5,6	33,5	25,2
Perempuan	16,6	1,3	4,7	7,2	7,7	10,8	16,4	11,3	41,4	22,2
Pendidikan										
Tidak sekolah	4,8	0	0	19,2	4,8	7,7	33,0	4,6	32,6	9,5
Tidak tamat SD	15,4	,0	3,8	10,2	6,0	14,9	18,5	7,5	36,0	20,6
Tamat SD	13,0	0,9	4,0	7,0	9,8	14,3	19,4	9,8	30,5	31,0
Tamat SMP	13,4	0,8	4,5	9,5	10,6	19,3	29,3	8,8	36,2	30,5
Tamat SMA	14,1	2,0	3,5	6,5	14,5	13,8	26,1	8,0	33,6	21,9
Tamat PT	21,4	0	3,6	0	15,2	15,8	12,7	31,0	45,1	12,6
Pekerjaan										
Tidak bekerja	12,0	3,6	2,9	8,3	12,8	16,4	16,8	13,3	41,5	28,4
Sekolah	8,7	0,7	3,7	5,4	7,2	20,7	23,0	3,2	41,9	27,8
Mengurus RT	15,1	0	4,5	10,5	9,0	8,9	19,2	13,5	28,1	21,2

Tabel 3.6.1.4 (lanjutan)

Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	24,5	3,4	6,0	7,5	20,2	19,7	23,8	15,7	30,8	21,1
Wiraswasta	15,5	1,7	5,2	3,1	7,2	11,8	25,6	7,4	36,4	29,5
Petani/Nelayan/ Buruh	13,2	2,2	3,9	11,5	11,1	13,9	27,7	7,8	30,5	25,7
Lainnya	25,5	0	2,1	7,3	7,5	19,9	18,8	9,9	28,7	14,7
Tipe daerah										
Perkotaan	16,3	0,6	3,6	5,8	10,7	12,9	20,9	8,9	36,9	23,8
Perdesaan	16,0	1,6	4,6	8,5	8,0	16,3	21,0	7,2	36,5	24,1
Tingkat pengeluaran per kapita										
Kuintil 1	17,8	0,7	3,8	8,4	7,0	14,4	13,0	6,4	39,4	23,3
Kuintil 2	12,9	1,3	4,6	6,8	8,5	15,7	20,4	10,0	34,2	28,4
Kuintil 3	14,2	1,1	3,2	7,0	8,4	16,3	22,2	8,8	29,5	23,9
Kuintil 4	20,0	1,1	3,7	9,1	11,7	9,3	24,2	5,7	42,7	20,9
Kuintil 5	16,5	1,9	5,9	6,6	9,5	19,0	25,5	7,7	37,9	22,4

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

Persentase jenis Cedera

Klasifikasi jenis cedera 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. Persentase jenis cedera merupakan angka Persentase dari responden yang mengalami cedera. Jenis cedera yang dialami oleh responden bisa lebih dari satu jenis cedera (*multiple injury*). Tabel 3.73 menunjukkan Persentase jenis cedera menurut kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara.

Tabel 3.6.1.5.
Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Bolaang Mongondow	45,6	44,9	19,3	0	9,3	13,0	0	6,0	0
Minahasa	41,0	39,6	16,3	0,7	38,3	6,9	0,7	3,8	1,4
Kepulauan Sangihe	19,6	34,1	23,9	2,9	29,0	18,1	0	8,0	0
Kepulauan Talaud	36,7	42,4	13,9	0,6	19,0	12,0	0	10,8	1,3
Minahasa Selatan	44,9	50,3	20,7	3,2	26,1	1,2	1,3	0,8	2,3
Minahasa Utara	42,0	62,5	10,3	1,7	24,6	2,2	0	0,9	0,8
Manado	43,2	53,4	6,2	0	14,7	2,7	0,9	1,8	5,2
Bitung	47,5	55,4	20,9	0	18,0	10,8	0	2,9	5,7
Tomohon	53,1	57,8	18,3	2,0	16,5	3,0	0	0,9	2,3
Sulawesi Utara	45,5	49,6	15,2	1,3	23,1	5,6	0,5	3,0	0,3

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

Dari tabel di atas terlihat bahwa jenis cedera pada penduduk di Provinsi Sulawesi Utara terbesar adalah luka lecet (49,6%) diikuti dengan benturan (42,5%) dan terkilir (23,7%). Sedangkan jenis cedera terkecil adalah anggota gerak terputus (0,5%) kemudian luka bakar (1,3%) dan jenis cedera lainnya (2,2%).

Luka lecet paling banyak terjadi di Minahasa Utara (67,3%), benturan paling banyak terjadi pada penduduk di Kota Tomohon (53,1%), dan terkilir paling banyak terjadi pada penduduk di Minahasa (38,3%).

Pola Persentase cedera menurut jenis cedera berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tipe daerah, dan tingkat pengeluaran per kapita per bulan dapat dilihat pada tabel 3.6.1.6

Menurut kelompok umur: Persentase cedera bervariasi antar kelompok umur dengan kisaran dari 0 sampai 79%. Penyebab cedera terbanyak adalah benturan, luka lecet, terkilir/teregang, dan luka terbuka.

Menurut jenis kelamin: Persentase cedera pada laki-laki tidak berbeda dibandingkan pada perempuan. Penyebab cedera jatuh paling banyak terjadi pada kelompok perempuan sedangkan kecelakaan transportasi darat paling banyak terjadi pada kelompok laki-laki.

Menurut pendidikan: tidak ada pola jelas hubungan pendidikan dengan Persentase cedera. Pada kelompok berpendidikan tamat PT Persentase cedera umumnya cenderung lebih rendah, kecuali untuk cedera benturan, lecet, terkilir/teregang, dan cedera lainnya..

Menurut pekerjaan: tidak ada pola jelas hubungan antara pekerjaan dengan Persentase cedera.

Menurut tipe daerah: Persentase cedera penduduk di daerah perdesaan tidak berbeda dibandingkan dengan perkotaan. Tidak ada perbedaan berarti penyebab cedera menurut tempat tinggal.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: tidak ada pola hubungan yang jelas antara tingkat pengeluaran dengan Persentase cedera.

Tabel 3.6.1.6.
Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota dan Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskedas 2007

Karakteristik	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	keracunan	Lainnya
Kelompok umur (tahun)									
< 1	79,4	19,4	0	0	9,1	0	0	0	0
1—4	53,8	51,9	4,6	2,4	16,7	1,8	0	1,3	0
5 – 14	41,1	59,3	12,7	0,8	19,2	7,4	1,2	3,6	1,4
15 – 24	45,8	60,1	13,5	,5	21,7	5,1	0	2,5	1,0
25 – 34	34,3	45,7	20,2	1,8	30,2	3,6	0	2,5	2,9
35 – 44	33,6	44,5	24,3	1,9	23,3	5,5	0	3,3	6,2
45 – 54	49,4	36,3	20,7	2,4	29,8	8,5	0	3,9	0,7
55 – 64	40,3	32,6	13,8	0	30,9	7,1	3,4	3,0	6,3
65 – 74	47,7	33,2	11,9	1,8	33,5	2,8	0	2,2	0
75+	40,2	25,0	2,0	0	25,4	8,0	0	4,0	4,9
Jenis Kelamin									
Laki-laki	42,6	51,6	18,5	1,4	21,6	7,0	0,3	3,9	2,3
Perempuan	42,3	46,6	10,1	1,1	26,9	3,6	0,9	1,4	2,1
Pendidikan									
Tidak sekolah	35,7	23,1	37,0	4,8	14,3	14,1	0	4,8	0
Tidak tamat SD	41,7	40,2	18,2	,2	26,6	5,4	0	2,3	2,3
Tamat SD	36,5	45,3	16,3	1,9	23,9	8,3	0,8	4,9	1,8
Tamat SMP	44,6	52,0	18,6	1,1	23,8	6,8	0	3,1	3,4
Tamat SMA	39,3	51,2	15,6	1,4	28,3	3,1	1,1	1,9	2,7
Tamat PT	51,1	47,3	6,4	0	28,5	0	0	0	10,6
Pekerjaan									
Tidak bekerja	44,2	49,1	10,0	0,8	24,2	4,6	0	2,8	2,2
Sekolah	40,5	55,2	14,9	0,7	23,1	7,1	0,8	3,5	2,0
Mengurus RT	45,9	29,1	10,5	1,9	38,4	4,5	0	1,3	1,5
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	42,2	53,5	11,5	0,7	27,4	1,7	3,1	1,0	7,7
Wiraswasta	35,0	54,6	15,8	,6	22,1	3,0		2,0	1,9
Petani/Nelayan/ Buruh	36,7	43,7	27,8	1,8	21,1	8,6	0	5,1	3,3
Lainnya	44,9	54,6	22,1	0	25,9	3,3	0	0	0
Tipe daerah									
Perkotaan	45,3	54,3	11,0	0,8	18,8	4,7	1,0	2,6	3,1
Perdesaan	40,9	46,9	17,5	1,5	26,5	6,2	0,2	3,1	1,7
Tingkat pengeluaran per kapita									
Kuintil 1	39,5	54,7	15,3	1,7	18,5	4,4	0	2,1	1,2
Kuintil 2	47,7	45,9	15,3	1,3	24,7	4,1	0,6	3,2	2,5
Kuintil 3	35,7	49,0	18,9	,9	23,5	5,2	0,9	4,0	4,0
Kuintil 4	44,6	44,7	16,6	1,7	27,2	5,8	1,1	2,3	,2
Kuintil 5	43,5	53,8	10,1	0,7	24,7	9,1	0	3,1	3,1

3.6.2 Status Disabilitas/Ketidakmampuan

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

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

Dalam analisis, penilaian pada masing-masing jenis gangguan kemudian diklasifikasikan menjadi 2 kriteria, yaitu "Tidak bermasalah" atau "Bermasalah". Disebut "Tidak bermasalah" bila responden menjawab 1 atau 2 pada 20 pertanyaan inti. Disebut "Bermasalah" bila responden menjawab 3,4 a

Pertanyaan yang dipakai disini merupakan pertanyaan International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Tujuan pertanyaan ini adalah untuk mendapatkan informasi mengenai kesulitan/ketidakmampuan yang dihadapi oleh responden dalam melakukan aktivitas yang disebabkan oleh kondisi kesehatannya yaitu penyakit atau kesakitan, permasalahan kesehatan lain baik yang berlangsung dalam jangka waktu singkat atau lama, cedera, kesehatan mental atau masalah emosi, dan penyalahgunaan obat atau minuman beralkohol.

Pertanyaan bagian ini mencakup kesehatan fisik dan mental dan merujuk pada pengalaman ART dalam 1 bulan terakhir. Dalam analisis ke 5 kriteria status disabilitas dikelompokkan menjadi 2 bagian besar yaitu status disabilitas dengan kriteria "Tidak bermasalah" dan kriteria "Bermasalah". Kriteria "Tidak bermasalah" apabila responden menjawab 20 buah pertanyaan disabilitas dengan kriteria 1 (Tidak ada), atau 2 (Ringan), dan kriteria "Bermasalah" apabila salah satu dari 20 buah pertanyaan dijawab dengan kriteria 3 (Sedang), 4 (berat/ sulit) atau 5 (sangat berat/ sangat sulit). Untuk kriteria "Sangat bermasalah" apabila responden menjawab status disabilitas dalam kriteria "Bermasalah dan membutuhkan bantuan orang lain", sedangkan yang "Bermasalah" apabila tidak membutuhkan bantuan orang lain.

Tabel 3.6.2.1
Persentase Penduduk Umur ≥15 tahun menurut Status Disabilitas dalam 1 Bulan
Terakhir Di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Fungsi Tubuh/Individu/Sosial	Bermasalah* (%)
Melihat jarak jauh (20 m)	11.6
Melihat jarak dekat (30 cm)	11.7
Mendengar suara normal dalam ruangan	4.2
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	3.3
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	8.8
Nafas pendek setelah latihan ringan	9.0
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	3.8
Mengalami gangguan tidur	8.1
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	4.4
Kesulitan berdiri selama 30 menit	6.1
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	8.1
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	7.6
Membersihkan seluruh tubuh	2.7
Mengenakan pakaian	2.4
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	4.1
Paham pembicaraan orang lain	2.9
Bergaul dengan orang asing	3.2
Memelihara persahabatan	2.2
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	3.8
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	4.5

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

Dari tabel 3.6.2.1. tampak bahwa penduduk umur 15 tahun ke atas yang bermasalah dalam hal penglihatan jarak jauh, penglihatan jarak dekat, berjalan jauh, merasa nyeri/merasa tidak nyaman, dan napas pendek setelah latihan ringan merupakan disabilitas yang menonjol. Sedangkan yang bermasalah dalam hal membersihkan seluruh tubuh, dan mengenakan pakaian hanya sekitar kurang dari 3%.

Tabel 3.6.2.2
Persentase Penduduk Umur ≥15 tahun menurut Masalah Disabilitas dalam 1 Bulan
Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sangat Masalah	Masalah
Bolaang Mongondow	1,2	19,9
Minahasa	2,4	25,9
Kepulauan Sangihe	1,7	31,2
Kepulauan Talaud	2,5	44,1
Minahasa Selatan	4,5	27,8
Minahasa Utara	2,1	32,4
Manado	2,3	20,0
Bitung	0,8	25,9
Tomohon	5,2	29,7
Sulawesi Utara	2,3	25,7

Tabel 3.6.2.2 menggambarkan status disabilitas di 9 kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara dengan kriteria sangat masalah, masalah dan tidak ada masalah. Secara umum sebagian besar

penduduk Sulawesi Utara memiliki status disabilitas tidak masalah (72%), sedangkan persentase status disabilitas masalah dan sangat masalah sebesar 28%.

Kabupaten/kota dengan persentase tertinggi penduduk dengan status disabilitas sangat masalah dan masalah ialah Kepulauan Talaud (46,5%). Sedangkan kabupaten/kota dengan persentase tertinggi status disabilitas tidak masalah ialah Bolaang Mongondow (78,8%).

Tabel 3.6.2.3
Persentase Penduduk Umur ≥15 tahun menurut Masalah Disabilitas Dalam 1 Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden Di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sangat Masalah	Masalah
Kelompok umur (tahun)		
15-24	0,4	9,2
25-34	0,6	14,2
35-44	1,1	21,0
45-54	1,4	34,8
55-64	4,0	46,1
65-74	9,5	59,8
>75	23,6	57,0
Jenis kelamin:		
Laki-laki	1,8	22,2
Perempuan	2,9	29,1
Pendidikan:		
Tidak sekolah	11,8	38,6
Tidak tamat SD	4,9	36,1
Tamat SD	3,2	30,3
Tamat SMP	1,1	22,0
Tamat SMA	1,2	20,2
Tamat PT	0,6	16,0
Pekerjaan:		
Tidak bekerja	8,5	29,1
Sekolah	0	9,7
Mengurus RT	2,2	31,8
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	0,7	16,9
Wiraswasta	1,2	22,2
Petani/Nelayan/Buruh	1,5	27,2
Lainnya	4,4	27,1
Tipe Daerah		
Perkotaan	2,4	23,3
Perdesaan	2,3	27,4
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan:		
Kuintil 1	2,2	23,3
Kuintil 2	2,4	24,9
Kuintil 3	1,9	26,4
Kuintil 4	2,9	26,4
Kuintil 5	2,2	26,8

Menurut umur: persentase penduduk dengan status disabilitas masalah dan membutuhkan bantuan bertambah besar seiring dengan bertambahnya umur.

Menurut jenis kelamin: persentase status disabilitas masalah lebih banyak ditemui pada perempuan (29%) dibandingkan pada laki-laki (22%). Pola serupa ditemukan pada kriteria sangat masalah sedangkan untuk kriteria tidak masalah lebih banyak ditemui pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan.

Menurut pendidikan: semakin tinggi pendidikan, semakin rendah persentase penduduk dengan status disabilitas masalah. Sebaliknya, semakin tinggi pendidikan semakin besar persentase penduduk dengan status disabilitasnya tidak masalah.

Menurut pekerjaan: persentase terbesar status disabilitas masalah pada kelompok tidak bekerja (8,5%). Sedangkan persentase status disabilitas tidak masalah paling besar di kelompok sekolah (90,3%).

Menurut tipe daerah: persentase status disabilitas masalah di desa (27%) lebih besar dibandingkan di kota (23%).

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: persentase terbesar status disabilitas masalah ada pada kelompok dengan pengeluaran terbesar/kuintil 5. Sedangkan persentase terbesar status disabilitas tidak masalah ada pada kelompok dengan pengeluaran terkecil/kuintil 1.

Tabel 3.6.2.4
Persentase Penduduk Umur ≥ 15 tahun menurut Masalah Disabilitas yang
Membutuhkan Bantuan Orang Lain menurut Karakteristik Responden Di Provinsi
Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Merawat Diri	Melakukan Aktivitas	Berkomunikasi
Kelompok Umur (Tahun)			
15-24	2,4	2,4	2,2
25-34	2,0	2,0	2,1
35-44	2,6	2,6	2,6
45-54	2,6	2,5	2,5
55-64	5,2	5,0	4,4
65-74	7,3	6,0	6,3
≥ 75	18,4	20,1	16,0
Jenis Kelamin			
Laki-laki	3,1	3,0	3,0
Perempuan	3,7	3,7	3,4
Pendidikan			
Tidak sekolah	12,8	12,8	10,5
Tidak tamat SD	4,7	5,1	5,2
Tamat SD	4,0	3,7	3,3
Tamat SMP	2,3	2,2	2,2
Tamat SMA	2,8	2,8	2,7
Tamat PT	2,2	2,2	1,9
Pekerjaan			
Tidak bekerja	9,1	8,9	7,4
Sekolah	1,6	1,5	1,5
Mengurus RT	2,4	2,4	2,6
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	2,1	2,0	1,6
Wiraswasta	2,7	2,9	2,8
Petani/Nelayan/Buruh	3,1	3,1	3,3
Lainnya	5,0	4,3	3,6
Tipe daerah			
Perkotaan	3,4	3,2	3,0
Perdesaan	3,5	3,5	3,3
Tingkat Pengeluaran per kapita per bulan:			
Kuintil 1	2,7	2,7	2,7
Kuintil 2	3,4	3,4	2,9
Kuintil 3	2,6	2,5	2,6
Kuintil 4	4,2	3,9	3,9
Kuintil 5	3,8	4,0	3,6

Menurut kelompok umur: persentase kebutuhan akan bantuan dalam merawat diri, melakukan aktivitas fisik, dan dalam berkomunikasi meningkat sejalan dengan bertambahnya umur, tetapi persentasenya turun hanya pada kelompok umur 25-34 tahun.

Menurut jenis kelamin: perempuan lebih membutuhkan bantuan dalam hal merawat diri, melakukan aktivitas fisik, dan dalam berkomunikasi dibandingkan laki-laki.

Menurut pendidikan: persentase terendah membutuhkan bantuan dalam merawat diri, melakukan aktivitas fisik, dan dalam berkomunikasi terdapat pada kelompok tamat PT, masing-masing sebesar 2%. Sedangkan persentase tertinggi pada kelompok tidak sekolah, berturut-turut sebesar 12,8%, 12,8%, dan 10,5%.

Menurut pekerjaan: kelompok tidak bekerja paling banyak membutuhkan bantuan dalam hal merawat diri, melakukan aktivitas fisik, dan dalam berkomunikasi dibandingkan kelompok pekerjaan lainnya, dengan persentase berturut-turut, 9,1%; 8,9%; dan 7,4%.

Menurut tipe daerah: tidak ada perbedaan berarti antar penduduk kota dan desa di Sulawesi Utara dalam hal kebutuhan akan bantuan untuk merawat diri, melakukan aktivitas fisik, dan dalam berkomunikasi.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan: tidak ada perbedaan berarti antar kuintil dalam hal kebutuhan akan bantuan untuk merawat diri, melakukan aktivitas fisik, dan dalam berkomunikasi.

3.7 PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU

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

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

3.7.1 Perilaku Merokok

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

Tabel 3.7.1.1. menunjukkan bahwa secara umum, hampir satu dari empat penduduk berumur ≥ 10 tahun (24,6%) di Sulawesi Utara adalah perokok setiap hari, satu dari dua puluh (5%) mantan perokok dan 5,7% perokok kadang-kadang. Hampir dua pertiga penduduk berumur ≥ 10 tahun bukan perokok. Tidak terdapat variasi yang tajam antar kabupaten/kota.

Semakin bertambah umur, persentase perokok semakin besar dan meningkat tajam sejak umur 15 tahun, dan terus bertahan sampai umur 74 tahun. Persentase laki-laki perokok lebih besar daripada perokok perempuan. Tidak terdapat perbedaan persentase penduduk yang merokok menurut tingkat pendidikan, demikian pula menurut kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan dan menurut tempat tinggalnya juga tidak terdapat perbedaan persentase perokok.

Tabel 3.7.1.1
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Bolaang Mongondow	30,0	3,3	2,9	63,8
Minahasa	24,6	6,3	7,1	62,0
Kepulauan Sangihe	20,6	7,2	3,1	69,1
Kepulauan Talaud	23,4	6,7	5,3	64,6
Minahasa Selatan	25,6	6,5	4,5	63,4
Minahasa Utara	24,0	7,3	3,9	64,8
Kota Manado	23,6	5,9	5,9	64,6
Kota Bitung	20,9	3,9	3,9	71,3
Kota Tomohon	25,0	6,2	7,7	61,2
Sulawesi Utara	24,6	5,7	5,0	64,7

Tabel 3.7.1.2
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk
Umur ≥ 10 Tahun menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok saat ini %	Rerata jumlah batang rokok yang dihisap
Bolaang Mongondow	33,3	10,2
Minahasa	30,9	10,2
Kepulauan Sangihe	27,8	8,4
Kepulauan Talaud	30,3	10,0
Minahasa Selatan	32,1	9,2
Minahasa Utara	31,3	9,7
Kota Manado	29,5	10,7
Kota Bitung	24,8	11,2
Kota Tomohon	31,1	9,2
Sulawesi Utara	30,3	10,0

Secara umum hampir sepertiga penduduk umur ≥ 10 tahun di Sulawesi Utara adalah perokok dengan rerata jumlah rokok yang dihisap 10 batang. Tidak ada perbedaan sebaran antar kabupaten/kota. Namun persentase perokok terbesar di Kabupaten Bolaang Mongondow (33%), sedangkan persentase terendah di Kota Bitung (24,8%).

Tabel 3.7.1.3
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk
Umur ≥10 Tahun menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara,
Riskedas 2007

Karakteristik	Perokok saat ini %	Rerata jumlah batang rokok yang dihisap
Kelompok Umur (tahun)		
10-14	1,8	3,1
15-24	25,7	8,0
25-34	37,5	10,2
35-44	38,6	10,3
45-54	39,8	11,3
55-64	33,3	10,4
65-74	27,0	8,7
75+	19,1	6,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	56,0	10,3
Perempuan	5,2	6,7
Pendidikan		
Tidak sekolah	28,5	9,8
Tidak tamat SD	27,5	10,2
Tamat SD	30,5	10,0
Tamat SMP	31,5	9,6
Tamat SMA	34,2	10,1
Tamat PT	23,9	11,4
Tipe daerah		
Perkotaan	29,2	10,6
Perdesaan	31,1	9,6
Pengeluaran per kapita per bulan		
Kuintil-1	31,2	9,3
Kuintil -2	30,6	9,5
Kuintil -3	29,4	9,8
Kuintil -4	31,8	10,4
Kuintil -5	28,6	11,0

Semakin bertambah umur, persentase perokok saat ini semakin besar dan meningkat tajam sejak umur 15 tahun, dan terus bertahan sampai umur 74 tahun. Persentase laki-laki perokok saat ini lebih besar ketimbang perokok perempuan.

Tabel 3.7.1.4
Persentase Penduduk Umur ≥10 Tahun Perokok menurut Rerata Jumlah Batang
Rokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rerata batang rokok perhari					
	≥49 btg	37-48 btg	25-36 btg	13-24 btg	1-12 btg	Tidak tahu
Bolaang Mongondow	0	0,2	0,8	25,0	73,5	0,5
Minahasa	0,3	0	1,1	25,7	71,8	1,0
Kepulauan Sangihe		0	0,8	7,3	91,8	0
Kepulauan Talaud	0	0,8	1,6	12,4	85,3	0
Minahasa Selatan	0	0,5	0,5	17,5	80,9	0,5
Minahasa Utara	0	0,3	2,6	21,7	74,9	0,6
Kota Manado	0	0,5	4,2	25,5	67,9	2,0
Kota Bitung	0	0,4	3,7	32,0	64,0	
Kota Tomohon	0	0	1,8	23,2	74,4	0,6
Sulawesi Utara	0,1	0,3	2,0	22,9	73,9	0,8

Tidak terdapat perbedaan persentase penduduk perokok saat ini menurut tingkat pendidikan, demikian pula menurut kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan dan menurut tipe daerah juga tidak terdapat perbedaan Persentase perokok.

Rerata jumlah batang rokok yang dihisap meningkat hampir tiga kali sejak mencapai umur 15 tahun, kemudian meningkat sekitar seperempat kali dan bertahan sampai umur 64 tahun dan kembali menurun ke posisi seperti diusia 15 tahun.

Secara umum, sebagian besar (74%) perokok saat ini menghisap rokok 1-12 batang per hari, berikutnya 23% menghisap 13-24 batang rokok per hari. Persentase perokok dengan jumlah rokok 1-12 batang per hari, terbesar di Kabupaten Kepulauan Sangihe, terendah di Kota Bitung (64%). Sementara persentase perokok saat ini dengan jumlah batang rokok yang dihisap antara 13-24 batang per hari tertinggi di Kota Bitung (32%) dan terendah di Kabupaten Kepulauan Sangihe (7%).

Tabel 3.7.1.5
Persentase Penduduk Umur ≥10 Tahun Perokok menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rata-rata batang rokok perhari					
	≥ 49 btg	37-48 btg	25-36 btg	13-24 btg	1-12 btg	Tidak tahu
Kelompok umur (tahun)						
10-14	0	0	0	0	92,3	7,7
15-24	0	0	0,2	14,8	84,6	0,4
25-34	0	0,2	2,3	25,1	72,0	0,4
35-44	0,2	0,9	1,3	24,3	71,9	1,3
45-54	0,0	0,1	3,6	27,4	68,4	0,6
55-64	0	0,0	2,9	22,0	74,6	0,6
65-74	0	0	0,6	16,7	81,5	1,2
75+	0	0	0	12,7	83,6	3,6
Pendidikan						
Tidak sekolah	0	0	0	24,4	75,6	0
Tidak tamat SD	0	0,2	1,8	23,1	74,5	0,5
Tamat SD	0,2	0,4	1,3	21,9	75,3	0,8
Tamat SMP	0,0	0,0	1,4	21,2	76,4	0,9
Tamat SMA	0	0,3	2,8	24,0	71,9	1,0
Tamat PT	0	1,3	5,3	28,9	64,5	0
Tipe daerah						
Perkotaan	0	0,6	3,5	25,9	68,8	1,2
Perdesaan	0,1	0,1	1,0	20,8	77,4	0,5
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan						
Kuintil-1	0,3	0,0	0,9	17,1	81,4	0,3
Kuintil-2	0	0	1,4	22,5	75,2	0,9
Kuintil-3	0	0,3	2,0	22,3	75,0	0,4
Kuintil-4	0,0	0,5	1,8	25,7	70,7	1,3
Kuintil-5	0	0,7	3,7	26,4	68,2	1,0

Secara rerata, persentase perokok saat ini menurut rerata jumlah batang rokok yang dihisap dan kelompok umur, umumnya mereka menghisap 1-24 batang rokok per hari. Pada umur muda rerata jumlah batang rokok yang dihisap sebagian besar <12 batang, kemudian pada kategori 13-24 batang rokok persentase yang besar mulai pada kelompok umur yang lebih tua (>15 tahun)

Sementara itu distribusi menurut rerata jumlah batang rokok yang dihisap dan jenis kelamin, pendidikan, tempat tinggal, dan kuintil pengeluaran per kapita per bulan, kesemuanya tidak menunjukkan pola yang teratur.

Tabel 3.7.1.6
Persentase Penduduk Umur ≥ 10 Tahun yang Merokok menurut
Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Usia mulai merokok tiap hari						Tidak tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	≥ 30 th	
Bolaang Mongondow	0,5	3,7	47,4	14,4	1,4	1,9	30,6
Minahasa	0	10,9	56,2	17,8	2,8	0,8	11,5
Kepulauan Sangihe	0,5	2,2	35,1	27,0	4,9	3,2	27,0
Kepulauan Talaud	1,0	12,9	40,6	19,8	6,9	5,9	12,9
Minahasa Selatan	0	5,9	33,6	21,8	8,8	2,6	27,4
Minahasa Utara	0	3,7	42,1	24,5	6,6	3,7	19,4
Kota Manado	0,9	7,7	38,3	14,4	3,1	2,6	33,1
Kota Bitung	0	11,9	53,8	14,4	6,8	2,5	10,6
Kota tomohon	0,7	8,1	46,3	17,6	7,4	5,1	14,7
Sulawesi Utara	0,4	7,1	44,4	17,8	4,4	2,5	23,4

Persentase penduduk berumur ≥ 10 tahun yang merokok, umumnya mulai merokok setiap hari sejak umur 15 tahun, kemudian disusul sejak umur 20 tahun. Yang mulai merokok setiap hari sejak umur 15 tahun Persentasenya terbesar di Kabupaten Minahasa (56%), persentase terendah di Kabupaten Minahasa Selatan (33,6%).

Tabel 3.7.1.7
Persentase Penduduk Umur ≥10 Tahun yang Merokok menurut
Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	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	16,7	0	0	0	0	83,3
15-24	0,5	12,0	66,8	6,8	0	0	13,9
25-34	0	6,9	54,1	18,5	2,9	0,8	17,0
35-44	0,3	7,0	39,4	21,9	5,5	2,3	23,6
45-54	0,6	5,6	38,1	18,8	6,1	4,4	26,3
55-64	0,7	7,1	29,0	17,8	7,4	3,4	34,7
65-74	0,7	2,2	38,1	17,2	3,0	7,5	31,3
75+	0	0	24,2	21,2	3,0	6,1	45,5
Jenis kelamin							
Laki-laki	0,4	7,1	46,3	18,2	4,2	1,5	22,3
Perempuan	0,5	6,5	20,5	13,0	7,0	14,9	37,7
Pendidikan							
Tidak sekolah	0	5,1	28,2	12,8	0	5,1	48,7
Tidak tamat SD	0,2	8,5	39,7	15,6	2,7	3,7	29,7
Tamat SD	0,4	8,2	41,8	17,8	4,1	2,4	25,2
Tamat SMP	0,5	7,3	47,3	17,4	5,1	1,4	21,1
Tamat SMA	0,5	5,7	47,7	19,2	5,4	3,0	18,5
Tamat PT	0	0,8	50,0	23,8	5,7	0,8	18,9
Tipe daerah							
Perkotaan	0,5	8,1	45,1	15,3	4,3	2,2	24,4
Perdesaan	0,3	6,3	43,9	19,6	4,5	2,8	22,7
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan							
Kuintil-1	0,2	7,9	41,0	17,4	4,4	2,0	27,2
Kuintil-2	0,5	7,7	47,2	17,9	4,6	2,4	19,6
Kuintil-3	0,3	5,2	46,0	20,1	4,4	3,1	20,8
Kuintil-4	0,5	6,5	45,3	15,3	4,8	2,3	25,3
Kuintil-5	0,5	7,8	42,5	18,5	3,8	2,8	24,1

Sebagian besar penduduk ≥10 tahun di Sulawesi Utara mulai merokok sejak usia 15 tahun, disusul sejak usia 24 tahun. Laki-laki yang memulai merokok sejak usia 15 tahun dua kali lebih banyak daripada perempuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi persentase yang memulai merokok sejak umur 15 tahun maupun 20 tahun. Tidak ada perbedaan persentase perokok yang mulai sejak umur 15 tahun maupun 20 tahun antara yang tinggal perkotaan maupun di perdesaan maupun antar kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan.

Tabel 3.7.1.8
Persentase Penduduk Umur ≥ 10 Tahun yang Merokok menurut
Umur Pertama Kali Merokok dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Usia pertama kali merokok						Tidak tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	≥ 30 th	
Bolaang Mangondow	0,7	3,2	38,4	10,6	1,7	2,5	42,9
Minahasa	0,5	7,0	47,3	13,7	1,7	2,5	27,2
Kepulauan Sangihe	0,7	7,9	46,6	9,4	1,8	1,4	32,1
Kepualauan Talaud	2,0	14,0	39,3	14,0	4,7	4,7	21,3
Minahasa Selatan	0,5	8,9	39,5	10,0	1,1	3,9	36,1
Minahasa Utara	0,3	6,0	49,0	12,8	3,0	3,0	25,9
Kota Manado	0,6	9,1	27,6	8,5	3,2	1,7	49,3
Kota Bitung	0,9	9,6	42,3	12,0	4,9	3,7	26,5
Kota Tomohon	1,4	9,6	44,7	11,1	2,9	2,9	27,4
Sulawesi Utara	0,7	7,6	39,8	11,0	2,5	2,6	35,7

Persentase penduduk berumur ≥ 10 tahun yang mulai merokok sejak umur < 10 tahun secara rerata mencapai hampir satu persen. Sementara yang mulai merokok sejak usia 10 tahun hampir 8% dengan persentase tertinggi di Kepulauan Sangihe (14%). Persentase terbesar adalah yang mulai merokok sejak usia 15 tahun yang secara rerata mencapai hampir 40%, tertinggi di Kabupaten Minahasa Utara yang mencapai hampir 50% dan terendah di Kota Manado (27,6%).

Persentase penduduk berumur ≥ 10 tahun yang merokok umumnya merokok mulai umur 15 tahun (58%), hampir 40% mulai merokok sejak umur 10 tahun. Menurut jenis kelamin, persentase laki-laki yang mulai merokok sejak umur 15 tahun hampir dua kali daripada perempuan. Makin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi persentase yang mulai merokok sejak usia 15 tahun. Tidak terdapat perbedaan persentase perokok menurut umur mulai merokok dan tempat tinggal maupun kuintil pengeluaran ruah tangga per kapita per bulan

Tabel 3.7.1.9
Persentase Penduduk Umur ≥10 Tahun yang Merokok menurut
Umur Pertama Kali Merokok dan Karakteristik Responden, menurut Karakteristik di
Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Usia pertama kali merokok/kunyah tembakau						Tidak tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	≥30 th	
Kelompok umur (tahun)							
10-14	2,6	39,5	0	0	0	0	57,9
15-24	0,4	12,6	58,1	5,8	0	0	23,1
25-34	0,7	8,8	44,8	9,3	2,9	1,1	32,4
35-44	0,7	7,0	38,2	12,5	4,0	2,9	34,7
45-54	0,2	5,1	37,0	13,7	2,4	4,1	37,5
55-64	0,9	6,6	30,2	12,6	3,1	3,3	43,4
65-74	1,6	2,7	31,5	11,7	,8	5,4	46,3
75+	2,0	2,9	16,7	10,8	3,9	4,9	58,8
Jenis kelamin							
Laki-laki	0,7	7,8	42,3	11,3	2,3	1,1	34,4
Perempuan	0,0	5,4	16,1	8,4	5,2	16,6	48,3
Pendidikan							
Tidak sekolah		5,7	22,6	9,4	3,8	7,5	50,9
Tidak tamat SD	0,4	8,8	34,1	9,9	1,5	3,4	42,0
Tamat SD	1,0	8,0	39,5	10,8	2,8	2,2	35,7
Tamat SMP	0,9	7,8	43,2	11,0	2,0	2,1	33,0
Tamat SMA	0,3	7,0	42,6	11,5	3,5	2,9	32,0
Tamat PT	1,0	4,3	37,5	13,9	1,9	1,9	39,4
Tipe daerah							
Perkotaan	0,7	8,2	37,3	10,0	2,7	2,5	38,7
Perdesaan	0,7	7,2	41,5	11,7	2,5	2,8	33,6
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan							
Kuintil-1	0,6	8,6	39,3	11,0	1,8	2,1	36,6
Kuintil-2	1,0	7,3	40,0	11,5	2,9	2,6	34,8
Kuintil-3	0,6	6,9	39,7	12,0	3,5	2,6	34,7
Kuintil-4	0,8	7,3	42,9	9,1	3,0	2,8	34,2
Kuintil-5	0,5	7,8	36,7	11,7	1,6	3,0	38,7

Tabel 3.7.1.10
Prevalensi Perokok dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumahtangga yang lain menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok di dalam rumah
Bolaang Mangondow	95,9
Minahasa	87,3
Kepulauan Sangihe	91,7
Kepulauan Talaud	91,1
Minahasa Selatan	89,1
Minahasa Utara	80,0
Kota Manado	77,1
Kota Bitung	89,2
Kota Tomohon	91,1
Sulawesi Utara	86,9

Secara umum hampir 90% perokok di Sulawesi Utara merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumahtangga lainnya. Hal tersebut berarti perokok pasif cukup tinggi. Persentase tertinggi ditemukan di Kabupaten Bolaang Mongondow (95%) terendah di Kota Manado (77%).

Tabel 3.7.1.11
Persentase Penduduk Umur ≥10 Tahun yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskedas 2007 Kabupaten/Kota
Jenis rokok yang dihisap

	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Bolaang	83,8	6,0	9,1	16,2	0	0,6	0,7	0,2
Mangondow								
Minahasa	86,6	29,2	17,4	5,3	0	0	0,7	0,3
Kepulauan Sangihe	90,9	11,6	6,2	3,3	0	0	2,9	0
Kepulauan Talaud	80,8	4,8	8,0	20,8	0	0,8	8,0	0
Minahasa Selatan	73,2	19,5	29,5	5,1	0,3	0,3	1,1	0,3
Minahasa Utara	82,0	14,3	18,8	3,6	0	0	0,6	0
Kota Manado	73,0	17,0	32,3	0	0	0	0,5	0
Kota Bitung	79,5	15,1	31,6	1,9	0,4	1,1	0,4	0
Kota Tomohon	85,3	37,9	35,2	7,5	0,6	3,1	2,5	0
Sulawesi Utara	80,8	17,1	21,4	6,2	0,1	0,4	1,2	0,1

Secara rerata persentase perokok yang menghisap rokok kretek berfilter mencapai 80%, kisaran 73-91%. Persentase tertinggi di Kabupaten Kepulauan Sangihe (91%) dan terendah di Kota Manado (73%). Persentase perokok putih mencapai 21% kisaran 6-35%, terendah di Kabupaten Kepulauan Sangihe (6%) dan tertinggi di Kota Manado (35%). Persentase perokok rokok kretek tanpa filter sekitar 17% kisaran 5-38%, terendah di Kabupaten Kepulauan Talaud dan tertinggi di Kota Tomohon.

Persentase perokok menurut umur dan jenis rokok yang dihisap, menunjukkan untuk semua kelompok umur persentase perokok kretek dengan filter adalah yang terbesar (70-84%), disusul rokok kretek tanpa filter (9-25%) dan urutan ketiga rokok putih (9-46%).

Tabel 3.7.1.12
Persentase Penduduk umur ≥10 tahun yang Merokok Berdasarkan Jenis Rokok yang Dihisap, menurut Karakteristik Di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok liting	Cang-klong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Kelompok umur (tahun)								
10-14	78,6	0	46,2	0	0	0	0	0
15-24	82,2	8,8	33,7	1,2	0,2	0,4	0,6	0
25-34	82,2	10,7	24,6	4,4	0,1	0,4	0,8	0
35-44	84,7	18,0	17,2	5,0	0,1	0,3	1,1	0,4
45-54	78,5	24,6	17,6	7,2	0,1	0,3	1,1	0
55-64	72,5	23,5	15,2	13,8	0,0	0,6	1,8	0,3
65-74	80,5	23,9	22,7	12,3	0	1,2	3,1	0
75+	69,1	18,5	9,4	18,5	0	0	3,8	0
Jenis Kelamin								
Laki-laki	81,0	17,5	21,3	6,6	0,1	0,4	1,0	0,1
Perempuan	78,1	13,1	22,5	1,5	0	0	2,2	0,4
Pendidikan								
Tidak sekolah	75,0	17,8	11,1	20,0	0	0	4,4	0
Tidak tamat SD	79,5	22,1	14,1	12,2	0,3	0,5	2,0	0
Tamat SD	81,4	16,5	17,9	9,1		0,3	1,5	0,1
Tamat SMP	83,8	15,1	21,4	3,0	0,1	0,7	1,0	
Tamat SMA	80,9	15,3	27,4	2,1	0,1	0,1	0,4	0,3
Tamat PT	67,1	20,9	38,3	,7	0,7	0,7	0,7	0
Tipe daerah								
Perkotaan	76,6	18,3	29,0	2,4	0,1	0,2	0,5	0,2
Perdesaan	83,7	16,4	16,2	8,7	0,1	0,5	1,6	0,1
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan								
Kuintil-1	80,1	19,2	21,5	8,3	0	0,6	1,6	0,3
Kuintil-2	81,6	16,5	21,7	6,6	0,1	0,4	1,9	0
Kuintil-3	81,5	16,9	19,7	6,5	0	0,3	1,1	0,3
Kuintil-4	81,6	16,8	21,2	5,7	0,0	0,4	0,4	0
Kuintil-5	79,1	16,3	22,8	4,0	0,3	0,3	1,0	0

Berdasarkan jenis kelamin dan jenis rokok, persentase perokok laki-laki lebih besar daripada perempuan. Meski demikian persentase perokok perempuan yang menghisap rokok kretek filter sudah mencapai 78% dan rokok putih 22,5%. Berdasarkan tingkat pendidikan, persentase perokok menurut jenis rokok yang menurut tempat tinggal perokok yang menghisap rokok kretek berfilter, kretek tanpa filter dan rokok putih, lebih banyak di perkotaan daripada di perdesaan, sementara persentase perokok yang menghisap rokok liting di perdesaan tiga kali lebih tinggi daripada di perdesaan. Tidak terdapat perbedaan persentase berdasarkan pada kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan dan jenis rokok yang dihisap.

3.7.2 Perilaku Konsumsi Buah Dan Sayur

Data frekuensi dan porsi asupan sayur dan buah dikumpulkan dengan menghitung jumlah hari konsumsi dalam seminggu dan jumlah porsi rata-rata dalam sehari. Penduduk dikategorikan 'cukup' konsumsi sayur dan buah apabila makan sayur dan/atau buah minimal 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu. Dikategorikan 'kurang' apabila konsumsi sayur dan buah kurang dari ketentuan di atas. Perilaku Konsumsi buah dan sayur menurut kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Sebanyak 91,4% penduduk di Sulawesi Utara kurang mengonsumsi buah dan sayur. Prevalensi tertinggi kurang makan buah dan sayur terdapat di Kabupaten Minahasa Selatan (97%).

Tabel 3.7.2.1
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang makan buah dan sayur
Bolaang Mangondow	89,1
Minahasa	96,3
Kepulauan Sangihe	94,6
Kepulauan Talaud	91,5
Minahasa Selatan	97,1
Minahasa Utara	88,0
Kota Manado	87,6
Kota Bitung	89,5
Kota Tomohon	93,9
Sulawesi Utara	91,4

Selanjutnya pada tabel berikut menunjukkan prevalensi penduduk dalam mengonsumsi buah dan sayur menurut kabupaten/kota dan karakteristik penduduk di Provinsi Sulawesi Utara.

Tabel 3.7.2.2
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10
tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di
Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang makan buah dan sayur
Kelompok umur (tahun)	
10-14	91,1
15-24	92,8
25-34	92,2
35-44	91,3
45-54	90,3
55-64	90,3
65-74	89,4
75+	93,7
Jenis Kelamin	
Laki-laki	91,2
Perempuan	91,6
Pendidikan	
Tidak sekolah	91,2
Tidak tamat SD	92,9
Tamat SD	92,0
Tamat SMP	92,8
Tamat SMA	90,2
Tamat PT	84,6
Tipe daerah	
Perkotaan	90,5
Perdesaan	92,1
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan	
Kuintil-1	94,0
Kuintil-2	92,0
Kuintil-3	91,1
Kuintil-4	90,7
Kuintil-5	89,6

Prevalensi penduduk ≥ 10 tahun yang kurang mengonsumsi sayur dan buah menurut kelompok umur, maupun menurut jenis kelamin tidak terdapat perbedaan nyata. Sementara itu menurut tingkat pendidikan, prevalensi terendah kurang makan sayur ada pada penduduk yang berpendidikan Perguruan Tinggi. Penduduk yang tinggal di perkotaan cenderung lebih banyak yang mengonsumsi sayur dan buah. Berdasarkan kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, tampak semakin tinggi kuintil semakin rendah prevalensi kurang makan sayur.

3.7.3 Perilaku Minum Minuman Beralkohol

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

Dilakukan kalibrasi terhadap berbagai persepsi ukuran yang digunakan responden, sehingga didapatkan ukuran standar, yaitu satu minuman standar setara dengan bir volume 285 mililiter.

Tabel 3.7.31 memperlihatkan prevalensi peminum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir secara rerata pada tingkat provinsi sebesar 17,4%, dengan prevalensi terendah 5,5% di Kabupaten Bolaang Mongondow dan tertinggi di Kota Tomohon (36%). Sementara prevalensi peminum minuman beralkohol dalam satu bulan terakhir, secara rerata sedikit lebih rendah, yaitu sebesar 14,9%, dengan prevalensi tertinggi di Kota Tomohon (31%) dan terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow (5,2%).

Tabel 3.7.3.1
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Konsumsi alkohol 12 Bulan terakhir	Konsumsi alkohol 1 Bulan terakhir
Bolaang Mangondow	5,5	5,2
Minahasa	18,8	15,6
Kepulauan Sangihe	14,3	10,2
Kepulauan Talaud	20,6	17,8
Minahasa Selatan	21,4	18,9
Minahasa Utara	23,8	19,3
Kota Manado	17,4	15,2
Kota Bitung	16,9	15,6
Kota Tomohon	36,0	31,0
Sulawesi Utara	17,4	14,9

Pada tabel 3.7.3.2 dapat dilihat bahwa prevalensi peminum alkohol 12 bulan dan satu bulan terakhir mulai meningkat tajam sejak menginjak usia 15 tahun, dan menurun tajam setelah usia >75 tahun. Prevalensi peminum laki-laki sekitar 11 kali lebih tinggi ketimbang perempuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi prevalensi peminum minuman beralkohol, namun kemudian sedikit menurun setelah tamat Perguruan Tinggi. Prevalensi peminum minuman beralkohol sedikit lebih tinggi pada penduduk yang tinggal di daerah perdesaan ketimbang perdesaan. Tidak terdapat perbedaan prevalensi peminum minuman beralkohol antar kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan.

Tabel 3. 7.3.2
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Konsumsi Alkohol 12 Bulan terakhir	Konsumsi Alkohol 1 Bulan terakhir
Kelompok umur (tahun)		
10-14	0,4	0,2
15-24	15,2	13,3
25-34	24,0	20,3
35-44	24,0	20,7
45-54	20,9	18,2
55-64	18,4	15,0
65-74	10,9	8,6
75+	3,1	1,7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	32,5	27,8
Perempuan	2,7	2,3
Pendidikan		
Tidak sekolah	9,5	8,2
Tidak tamat SD	13,4	11,2
Tamat SD	17,4	14,8
Tamat SMP	17,8	15,6
Tamat SMA	21,9	18,3
Tamat PT	15,8	13,9
Tipe daerah		
Perkotaan	16,8	14,7
Perdesaan	18,0	15,0
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan		
Kuintil-1	17,7	15,8
Kuintil-2	18,2	15,4
Kuintil-3	17,8	15,0
Kuintil-4	17,5	14,4
Kuintil-5	16,1	14,0

Tabel 3. 7.3.3
Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan
Frekuensi Minum dan Jenis Minuman, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Sulawesi Utara

Kabupaten/Kota	Frekuensi				Jenis Minuman			
	≥5 hr/mg	1-4 hr/mg	1-3 hr/bln	<1x/bln	bir	whiskey/ vodka	anggur/wine	minuman tradisional
Bolaang Mangondow	8,3	20,8	51,0	19,8	15,3	4,1	13,3	67,3
Minahasa	9,2	42,0	30,8	18,0	6,6	2,6	17,8	73,0
Kepulauan Sangihe	5,6	31,5	42,7	20,2	7,9	1,1	4,5	86,5
Kepulauan Talaud	12,2	31,1	47,3	9,5	13,3	2,7	58,7	25,3
Minahasa Selatan	10,5	36,1	48,4	5,0	5,0	1,4	25,7	68,0
Minahasa Utara	9,0	41,0	40,0	10,0	11,8	,5	25,6	62,1
Kota Manado	10,4	34,6	36,6	18,3	31,8	2,0	40,4	25,8
Kota Bitung	12,7	41,8	34,5	10,9	13,6	3,6	11,2	71,6
Kota Tomohon	13,3	29,7	36,1	20,9	10,9	1,2	12,7	75,2
Sulawesi Utara	10,2	36,0	38,9	14,9	14,8	2,0	24,7	58,5

Di Sulawesi Utara, sebanyak 38,9% peminum minuman beralkohol 1 bulan terakhir mengonsumsi alkohol 1 – 3 hari/bulan, sedangkan yang mengonsumsi ≥ 5hr/minggu sebanyak 10,2%. Jenis minuman yang paling banyak diminum ialah minuman tradisional (58,5%), sedangkan yang paling sedikit ialah whiskey/vodka (2%).

Tabel 3. 7.3.4
Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman, Menurut Karakteristik Di Provinsi Sulawesi Utara

Karakteristik	Frekuensi				Jenis Minuman			
	≥ 5 hr/mg	1-4 hr/mg	1-3 hr/bln	$<$ 1x/bln	bir	whiskey/ vodka	anggur/ wine	minuman tradisional
Kelompok umur (tahun)								
10-14	0	0,0	33,3	66,7	25,0	0	25,0	50,0
15-24	9,0	39,6	39,6	11,8	15,1	2,3	26,7	55,8
25-34	8,0	41,6	34,8	15,6	14,9	,9	27,2	57,0
35-44	9,0	34,4	39,8	16,8	15,7	3,7	23,8	56,7
45-54	10,7	35,2	41,3	12,8	14,1	1,5	23,1	61,4
55-64	14,8	25,8	42,6	16,8	17,2	0,6	24,8	57,3
65-74	30,6	26,5	32,7	10,2	3,9	0	9,8	86,3
75+	20,0	20,0	60,0	0,0	0	0,0	40,0	60,0
Jenis Kelamin								
Laki-laki	10,5	37,4	38,3	13,8	13,9	2,1	24,7	59,4
Perempuan	7,8	20,2	45,0	27,1	26,9	1,5	23,8	47,7
Pendidikan								
Tidak sekolah	15,4	38,5	23,1	23,1	14,3	14,3	14,3	57,1
Tidak tamat SD	11,4	39,8	33,7	15,0	5,6	,4	17,2	76,8
Tamat SD	11,2	37,8	39,7	11,4	8,0	,8	23,3	67,8
Tamat SMP	8,2	39,1	41,5	11,2	9,9	4,8	28,3	57,0
Tamat SMA	9,2	32,7	38,1	20,0	22,0	1,8	27,8	48,4
Tamat PT	11,8	23,5	43,5	21,2	59,8	1,2	18,3	20,7
Tipe daerah								
Perkotaan	11,4	37,0	36,2	15,4	21,7	2,8	27,8	47,8
Perdesaan	9,4	35,4	40,6	14,5	9,9	1,5	22,3	66,3
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan								
Kuintil-1	12,0	40,5	30,6	16,8	4,7	,9	17,9	76,5
Kuintil-2	9,0	37,0	41,9	12,1	12,2	2,3	23,5	62,0
Kuintil-3	9,4	40,3	34,4	15,9	12,9	4,0	30,3	52,9
Kuintil-4	7,7	33,9	42,8	15,6	15,2	1,5	26,3	57,0
Kuintil-5	13,2	28,4	44,6	13,8	29,1	1,7	25,0	44,2

Persentase peminum minuman beralkohol dengan frekuensi minum hampir tiap I (≥ 5 hari/minggu) mulai ditemukan sekitar satu di antara sepuluh (9%) pada penduduk kelompok umur 15-24 tahun, dan angka tersebut meningkat tiga kali lebih tinggi pada penduduk kelompok umur 65-74 tahun dan kembali menurun menjadi satu di antara lima penduduk usia >75 tahun. Persentase peminum minuman beralkohol dengan frekuensi 1-4 kali per minggu juga mulai ditemukan pada penduduk kelompok usia 15-24 tahun, tetapi dengan persentase hampir empat kali lebih besar (39,6%), bertahan tinggi dan turun 50% pada kelompok umur >75 tahun. Sementara persentase peminum minuman beralkohol dengan frekuensi minum satu hari per bulan, sudah mulai ditemukan pada satu di antara tiga (33%) penduduk kelompok umur lebih muda (10-14 tahun). Persentase tersebut bertahan dan meningkat hampir dua kali (60%) pada penduduk kelompok umur >75 tahun. Dua pertiga penduduk umur 10-14 sudah mulai meminum minuman beralkohol dengan frekuensi minum sekali per bulan. Informasi ini menjelaskan bahwa secara umum penduduk di Sulawesi Utara sudah mulai meminum minuman beralkohol sejak usia muda (10-14 tahun), dimulai dengan frekuensi satu kali per bulan, kemudian frekuensinya meningkat sejalan dengan bertambahnya umur.

Bir diminum oleh satu di antara empat anak umur 10-14 tahun, dan sekitar satu di antara tujuh penduduk kelompok-kelompok umur lainnya. Anggur dan wine diminum oleh satu di antara sepuluh penduduk berumur 65-74 tahun, dan untuk kelompok-kelompok umur lainnya hampir sama besar yakni sekitar satu di antara empat orang. Minuman tradisional diminum oleh semua kelompok umur dengan variasi satu di antara dua (50%) sampai hampir 9 di antara sepuluh orang (86%).

Persentase peminum minuman beralkohol dengan frekuensi minimum sekali per minggu lebih banyak ditemukan pada penduduk laki-laki, sebaliknya peminum minuman beralkohol dengan frekuensi jarang (maksimal tiga kali per bulan) lebih banyak ditemukan pada perempuan.

Persentase peminum minuman beralkohol menurut tingkat pendidikan dan frekuensi minum tidak menunjukkan pola yang jelas. Peminum bir tertinggi (60%) pada penduduk yang tamat Perguruan Tinggi, whisky pada kelompok yang tidak sekolah, peminum anggur dan wine lebih banyak pada kelompok yang berpendidikan Tamat SD sampai tamat SMA, sementara peminum minuman tradisional paling sedikit pada penduduk berpendidikan Perguruan Tinggi.

Tabel 3. 7.3.5
Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman, menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Risesdas 2007

Kabupaten/Kota	Satuan standar minuman dalam sehari					
	1-2 sat/hari	3-4 sat/hari	5-6 sat/hari	7-8 sat/hari	9-87 sat/hari	Tidak tahu
Bolaang Mangondow	30,9	7,4	4,3	0	14,9	42,6
Minahasa	54,4	8,8	0	0	20,3	16,5
Kepulauan Sangihe	51,2	12,2	1,2	2,4	3,7	29,3
Kepulauan Talaud	59,7	25,0	9,7	0,0	4,2	1,4
Minahasa Selatan	65,9	3,8	0,9	0	,9	28,4
Minahasa Utara	67,9	9,6	4,3	2,4	3,3	12,4
Kota Manado	56,6	7,9	2,0	1,0	12,7	19,9
Kota Bitung	72,0	4,9	3,0	0	0,6	19,5
Kota Tomohon	77,0	8,7	2,5	0,6	1,9	9,3
Sulawesi Utara	60,8	8,4	2,4	0,7	8,3	19,4

Dari tabel 5.3.5 nampak sebanyak 60,8% peminum minuman beralkohol 1 bulan terakhir, minum minuman beralkohol 1 – 2 satuan/hari, dengan persentase terbesar di Kota Tomohon (77%).

Tabel 3. 7.3.6
Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan
Satuan Standard Minuman, Menurut Karakteristik Responden di Provinsi
Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Satuan standar minuman dalam sehari*					Tidak tahu
	1-2 sat/hari	3-4 sat/hari	5-6 sat/hari	7-8 sat/hari	9-87 sat/hari	
Kelompok umur (tahun)						
10-14	18,2	0,0	0	0	72,7	9,1
15-24	56,6	9,6	4,4	1,2	6,4	21,9
25-34	59,0	8,5	1,9	1,2	7,0	22,3
35-44	62,7	7,2	2,3	0,6	8,3	18,9
45-54	59,2	9,6	2,9	0,3	12,5	15,4
55-64	66,9	11,0	1,4	0	2,8	17,9
65-74	78,0	2,0	0	0	4,0	16,0
75+	100,0	0,0	0	0	0	0
Jenis Kelamin						
Laki-laki	59,9	9,0	2,6	0,7	7,3	20,5
Perempuan	71,2	2,2	0,7	0	18,7	7,2
Pendidikan						
Tidak sekolah	64,3	7,1	0	0	21,4	64,3
Tidak tamat SD	59,6	9,6	1,3	0,9	9,1	59,6
Tamat SD	57,5	6,8	3,7	0,2	7,6	57,5
Tamat SMP	56,2	10,1	2,0	0,6	7,6	56,2
Tamat SMA	66,4	8,7	2,4	1,2	7,7	66,4
Tamat PT	71,1	4,8	1,2	0	12,0	71,1
Tipe daerah						
Perkotaan	61,7	8,0	1,9	0,9	10,8	16,8
Perdesaan	60,1	8,8	2,9	0,6	6,4	21,2
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan						
Kuintil-1	62,3	8,6	1,8	0,9	7,4	19,0
Kuintil-2	59,5	8,6	2,7	0,9	6,5	21,7
Kuintil-3	59,5	8,1	2,0	1,2	10,4	18,8
Kuintil-4	59,7	11,4	1,6	0,3	8,8	18,2
Kuintil-5	63,3	5,9	3,8	0,0	8,3	18,6

*1 satuan minuman standard yang mengandung 8 – 13 g etanol, misalnya terdapat dalam:
1 gelas/ botol kecil/ kaleng (285 – 330 ml) bir
1 gelas kerucut (60 ml) aperitif
1 sloki (30 ml) whiskey
1 gelas kerucut (120 ml) anggur

3.7.4 Perilaku Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik secara teratur bermanfaat untuk mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Dikumpulkan data frekuensi beraktivitas fisik dalam seminggu terakhir untuk penduduk 10 tahun ke atas. Kegiatan aktivitas fisik dikategorikan 'cukup' apabila kegiatan dilakukan terus-menerus sekurangnya 10 menit dalam satu kegiatan tanpa henti dan secara kumulatif 150 menit selama lima hari dalam satu minggu. Selain frekuensi, dilakukan pula pengumpulan data intensitas, yaitu jumlah hari melakukan aktivitas 'berat', 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit aktivitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktivitas yang dilakukan, di mana aktivitas diberi pembobotan, masing-masing untuk aktivitas 'berat' empat kali, aktivitas 'sedang' dua kali terhadap aktivitas 'ringan' atau jalan santai. Pembobotan ini yang dikenal dengan metabolik ekuivalen (MET). MET adalah perbandingan antara metabolik rate orang bekerja dibandingkan dengan metabolik rate orang dalam keadaan istirahat. MET biasa digunakan untuk menggambarkan intensitas aktifitas fisik, dan juga digunakan untuk analisis data GPAC (Global Physical activity Questionnaire). Sebagai batasan aktivitas fisik "cukup" apabila hasil perkalian frekuensi dan intensitas yang dilakuakn dalam satu minggu secara kumulatif sebesar 600 MET.

Tabel 3.7.4.1
Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 tahun ke Atas menurut
Kabupaten/Kota Kabupaten/Kota di Provins Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang
Bolaang Mangondow	34,2
Minahasa	57,7
Kepulauan Sangihe	46,7
Kepulauan Talaud	27,0
Minahasa Selatan	44,3
Minahasa Utara	43,0
Kota Manado	50,0
Kota Bitung	70,6
Kota Tomohon	26,7
Sulawesi Utara	47,3

Secara rerata di tingkat provinsi, hampir setengah penduduk di Sulawesi Utara (47%) kurang aktivitas fisik. Prevalensi penduduk yang melakukan kurang aktivitas fisik paling tinggi di Kota Bitung (70%).

Tabel 3.7.4.2
Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 tahun ke Atas menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang
Kelompok umur (tahun)	
10-14	66,2
15-24	48,5
25-34	44,3
35-44	36,5
45-54	38,8
55-64	46,8
65-74	59,3
75+	84,6
Jenis Kelamin	
Laki	38,5
Perempuan	55,9
Pendidikan	
Tidak sekolah	48,8
Tidak tamat SD	46,1
Tamat SD	45,0
Tamat SMP	45,4
Tamat SMA	49,1
Tamat PT	56,1
Tipe daerah	
Perkotaan	55,2
Perdesaan	41,4
Pengeluaran per kapita per bulan	
Kuintil-1	44,6
Kuintil-2	44,8
Kuintil-3	46,4
Kuintil-4	48,1
Kuintil-5	52,0

Menurut kelompok umur, prevalensi tertinggi pada kelompok umur >75 tahun (84,6%). Pada kelompok umur 10-14 tahun sekitar dua dari tiga anak kurang melakukan aktivitas fisik, dan pada kelompok umur lain prevalensinya berkisar antara 40-50%. Prevalensi aktivitas kurang lebih tinggi perempuan ketimbang laki-laki. Menurut tingkat pendidikan, tidak terdapat perbedaan yang berarti sampai dengan yang Tamat SLTA, dan baru meningkat tajam pada kelompok penduduk yang berpendidikan Perguruan Tinggi (56%). Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi beraktivitas fisik kategori kurang lebih tinggi di daerah perkotaan daripada perdesaan. Semakin tinggi kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan semakin tinggi prevalensi yang melakukan aktivitas fisik kategori kurang.

3.7.5. FLU BURUNG

a. Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung

Data mengenai pengetahuan dan sikap penduduk tentang flu burung dikumpulkan dengan didahului pertanyaan saringan : apakah pernah mendengar tentang flu burung. Untuk penduduk yang pernah mendengar, ditanyakan lebih lanjut pengetahuan tentang penularan dan sikapnya apabila ada unggas yang sakit atau mati mendadak.

Penduduk dianggap memiliki pengetahuan tentang penularan flu burung yang benar apabila menjawab cara penularan melalui kontak dengan unggas sakit atau kontak dengan kotoran unggas/pupuk kandang. Penduduk dianggap bersikap benar bila menjawab salah satu : melaporkan kepada aparat terkait, atau membersihkan kandang unggas, atau mengubur/membakar unggas sakit, apabila ada unggas yang sakit dan mati mendadak.

Tabel 3.7.5.1 menunjukkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung di Provinsi Sulawesi Utara. Sebesar 70% penduduk berumur 10 tahun ke atas di Sulawesi Utara pernah mendengar tentang flu burung, 80% mengetahui dengan benar tentang flu burung, dan sebagian terbesar (93%) bersikap benar tentang flu burung.

Tabel 3.7.5.1
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar	Bersikap benar
Bolaang Mangondow	31,1	80,9	93,2
Minahasa	83,0	84,0	91,4
Kepulauan Sangihe	58,9	74,0	84,5
Kepulauan Talaud	54,7	86,0	94,5
Minahasa Selatan	84,0	88,7	96,1
Minahasa Utara	82,2	81,1	93,3
Kota Manado	82,5	75,6	93,5
Kota Bitung	74,8	83,1	92,0
Kota Tomohon	85,6	75,0	93,6
Sulawesi Utara	71,1	80,7	92,7

*) 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.

Tabel 3.7.5.2
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar	Bersikap benar
Kelompok umur (tahun)			
10-14	59,9	79,3	89,3
15-24	79,8	84,8	93,5
25-34	77,3	82,7	93,6
35-44	77,0	81,4	93,1
45-54	71,1	77,0	92,4
55-64	65,0	78,3	93,8
65-74	52,7	71,6	89,4
75+	36,2	78,1	92,4
Jenis Kelamin			
Laki-laki	72,7	81,4	93,4
Perempuan	69,6	80,0	91,9
Pendidikan			
Tidak sekolah	31,8	64,0	90,0
Tidak tamat SD	48,0	71,0	88,5
Tamat SD	63,6	78,4	90,7
Tamat SMP	76,8	81,8	93,0
Tamat SMA	90,3	84,7	94,9
Tamat PT	95,1	86,7	97,2
Tipe daerah			
Perkotaan	81,3	81,1	93,2
Perdesaan	63,6	80,3	92,2
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	62,9	77,5	90,3
Kuintil-2	67,3	80,4	92,2
Kuintil-3	72,1	79,3	93,1
Kuintil-4	73,6	81,4	92,5
Kuintil-5	78,5	83,8	94,5

Tidak terdapat perbedaan sebaran penduduk yang pernah mendengar tentang flu burung, mengetahui dengan benar dan bersikap benar tentang flu burung menurut kelompok umur maupun jenis kelamin. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi Persentase penduduk yang mendapatkan informasi, mengetahui dengan benar dan bersikap benar tentang flu burung. Berdasarkan tempat tinggal, penduduk yang bertempat tinggal di perkotaan lebih banyak yang pernah mendengar tentang flu burung ketimbang yang tinggal di perdesaan, tetapi Persentase penduduk yang berpengetahuan benar dan bersikap benar tentang flu burung tidak berbeda antara yang tinggal di perdesaan dan perkotaan. Semakin tinggi kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan semakin tinggi Persentase penduduk yang pernah mendengar tentang flu burung, tetapi Persentase yang mengetahui dengan benar dan berperilaku benar tidak berbeda.

3.7.6 HIV/AIDS

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

Tabel 3.7.6.1
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah Mendengar	Berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS	Berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS
Bolaang Mangondow	20,2	5,3	30,8
Minahasa	72,5	15,4	32,2
Kepulauan Sangihe	30,8	5,1	25,6
Kepulauan Talaud	38,8	6,0	28,1
Minahasa Selatan	63,3	11,3	63,7
Minahasa Utara	65,8	2,2	43,8
Kota Manado	77,3	20,9	72,5
Kota Bitung	68,1	5,7	57,7
Kota Tomohon	69,0	7,3	45,9
Sulawesi Utara	58,6	12,5	51,8

Secara rerata di tingkat provinsi, 58% penduduk yang berumur ≥ 10 tahun di Provinsi Sulawesi Utara pernah mendengar tentang HIV/AIDS. Persentase tertinggi di Kota Manado (77%) dan terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow (20%). Secara rerata yang mempunyai pengetahuan benar tentang HIV/AIDS hanya 12,5% atau satu di antara delapan penduduk yang berumur ≥ 10 tahun. Sementara yang berpengetahuan benar tentang cara penularan HIV/AIDS sebesar 50% dari yang pernah mengetahui.

Tabel 3.7.6.2
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Mendengar	Berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS	Berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS
Kelompok umur (tahun)			
10-14	33,3	13,3	33,9
15-24	72,7	12,4	55,6
25-34	68,4	13,1	53,4
35-44	66,7	11,4	54,4
45-54	57,9	14,3	53,8
55-64	50,4	12,5	51,4
65-74	40,2	10,3	40,5
75+	26,2	2,6	25,0
Jenis Kelamin			
Laki-laki	60,7	11,3	51,6
Perempuan	56,7	13,8	52,1
Pendidikan			
Tidak sekolah	19,0	0	51,7
Tidak tamat SD	27,6	5,2	39,6
Tamat SD	45,4	10,2	38,8
Tamat SMP	66,4	11,6	49,4
Tamat SMA	87,0	13,9	59,7
Tamat PT	94,3	23,7	74,4
Tipe daerah			
Perkotaan	73,1	16,2	60,2
Perdesaan	48,1	8,3	42,5
Pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	45,6	11,4	49,3
Kuintil-2	53,8	11,6	48,6
Kuintil-3	60,5	9,5	50,5
Kuintil-4	62,6	12,4	52,8
Kuintil-5	68,8	16,3	55,9

Berdasarkan kelompok umur, hampir semuanya merahasiakan apabila ada anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS, kecuali kelompok umur > 75 tahun. Jika ada anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS, hampir sebagian besar membicarakan dengan anggota keluarga lain dan melakukan konseling dan pengobatan. Sekitar 30-57% mencari pengobatan alternatif, dan kurang dari 10% yang mengucilkan anggota keluarganya seandainya menderita HIV/AIDS. Pengetahuan dan sikap penduduk terhadap HIV/AIDS tidak berbeda menurut jenis kelamin.

Menurut tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi Persentase yang merahasiakan, membicarakan dengan anggota keluarga, melakukan konseling dan pengobatan, dan pengobatan alternatif, jika ada anggota keluarganya yang menderita HIV/AIDS. Sebaliknya persentase yang mengucilkan semakin kecil.

Menurut tipe daerah, persentase penduduk yang merahasiakan, membicarakan dengan anggota keluarga, melakukan konseling dan pengobatan, dan pengobatan alternative, jika ada anggota keluarganya yang menderita HIV/AIDS lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan. Tidak terdapat perbedaan persentase penduduk yang merahasiakan, membicarakan dengan anggota keluarga, melakukan konseling dan pengobatan, dan pengobatan alternatif menurut kuintil

pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan dalam jika ada anggota keluarganya yang menderita HIV/AIDS.

Tabel 3.7.6.3
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap, Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Merahasiakan	Membicarakan dengan anggota keluarga lain	Konseling dan pengobatan	Mencari pengobatan alternatif	Meng uci lkan
Bolaang	10,6	55,4	78,7	38,0	3,2
Mongondow					
Minahasa	7,9	43,9	81,2	48,0	1,9
Kepulauan Sangihe	14,3	64,3	86,8	52,8	8,5
Kepulauan Talaud	6,6	75,3	72,3	62,0	5,4
Minahasa Selatan	29,3	89,8	95,9	62,3	6,0
Minahasa Utara	6,4	69,9	85,6	32,1	6,7
Kota Manado	13,2	86,4	91,9	61,1	2,3
Kota Bitung	32,8	68,1	86,2	55,9	21,8
Kota Tomohon	18,3	83,1	95,6	27,2	8,7
Sulawesi Utara	15,3	71,2	87,6	51,4	5,9

Tabel 3.7.6.4
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada Anggota
Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi
Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Merahasiakan	Membicarakan dengan anggota keluarga lain	Konseling dan pengobatan	Mencari pengobatan alternatif	Mengucilkan
Kelompok umur (tahun)					
10-14	16,6	53,1	77,5	38,3	7,2
15-24	16,1	72,8	88,3	48,6	5,4
25-34	15,9	74,5	90,5	53,4	5,9
35-44	15,9	73,4	89,5	52,7	6,1
45-54	13,5	72,9	88,0	57,9	5,6
55-64	15,7	72,8	87,6	56,7	8,6
65-74	10,0	61,3	79,6	41,5	3,2
75+	6,8	38,7	65,3	30,7	1,4
Jenis Kelamin					
Laki	16,0	70,4	88,0	51,7	5,6
Perempuan	14,5	71,9	87,3	51,2	6,2
Pendidikan					
Tidak sekolah	6,7	60,0	73,3	36,7	0
Tidak tamat SD	13,0	61,5	77,7	43,3	7,5
Tamat SD	16,4	61,9	82,4	46,6	6,6
Tamat SMP	15,7	69,9	86,2	50,7	6,5
Tamat SMA	14,2	77,6	92,4	55,1	5,3
Tamat PT	18,2	83,9	96,7	62,2	3,7
Tipe daerah					
Perkotaan	17,1	77,0	91,0	57,0	7,0
Perdesaan	13,3	64,7	83,9	45,3	4,7
Pengeluaran per kapita per bulan					
Kuintil-1	16,6	70,0	86,1	48,6	7,0
Kuintil-2	13,0	68,8	85,2	50,9	5,9
Kuintil-3	14,4	72,3	87,8	51,1	5,4
Kuintil-4	14,9	70,8	87,4	52,6	6,4
Kuintil-5	17,3	72,9	90,4	52,8	5,4

3.7.7. Pola Konsumsi Makanan Berisiko

jeroan, makanan dibakar/panggang, makanan yang diawetkan, minuman berkafein, dan bumbu penyedap dianggap sebagai berperilaku konsumsi makanan berisiko. Perilaku konsumsi makanan berisiko dikelompokkan “sering” apabila penduduk mengonsumsi makanan tersebut satu kali atau lebih setiap hari.

Tabel 3.7.7.1
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi
Makanan Berisiko menurut, Riskesdas 2007

Provinsi	Manis	Asin	Berle mak	Jeroan	Dipang gang	Diawet kan	Berka fein	Penye dap
Bolaang Mongondow	83,6	17,1	12,3	0,6	9,7	4,2	72,4	97,2
Minahasa	42,6	9,2	1,3	0,4	2,8	2,2	62,4	86,3
Kepulauan SangiheTalaud	81,7	1,6	1,1	0,5	4,6	1,8	58,8	95,9
Kepulauan Talaud	81,6	1,9	3,4	0,5	2,9	0,5	48,6	93,7
Minahasa Selatan	66,5	3,3	2,8	0,3	0,9	0,9	63,2	96,9
Minahasa Utara	69,4	0,5	1,8	0,4	8,2	0,7	42,4	96,9
Kota Manado	71,5	9,5	14,0	4,8	7,4	5,1	35,3	81,3
Kota Bitung	72,2	3,8	5,8	3,3	8,5	3,6	27,8	89,8
Kota Tomohon	72,1	5,0	17,2	1,1	2,3	0,4	63,7	66,3
Sulawesi Utara	69,1	7,6	7,4	1,8	5,9	2,9	52,0	89,4

Tabel 3.7.7.1 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut kabupaten kota. Prevalensi sering mengonsumsi bumbu penyedap di Provinsi Sulawesi Utara mencapai 89,4%, tertinggi di Bolaang Mongondow (97,2%) dan terendah di Kota Tomohon (66,3%). Sering mengonsumsi makanan manis dilakukan oleh 69,1% penduduk yang berusia ≥ 10 tahun, tertinggi ditemukan di Bolaang Mongondow (83,6%) dan terendah di Minahasa (42,6%). Sedangkan minuman berkafein sering dikonsumsi oleh 52,0% penduduk, tertinggi di Bolaang Mongondow (72,4%) dan terendah di Kota Bitung (27,8%).

Secara keseluruhan, 5,9% penduduk di Sulawesi Utara sering mengonsumsi makanan yang dibakar/dipanggang, tertinggi Bolaang Mongondow (9,7%) dan terendah di Minahasa Selatan (0,9%). Sedangkan prevalensi sering mengonsumsi makanan asin secara keseluruhan ditemukan 7,6%, tertinggi di Bolaang Mongondow (17,1%) dan terendah di Minahasa Utara (0,5%). Secara umum, 7,4% penduduk Provinsi Sulawesi Utara sering mengonsumsi makanan berlemak, tertinggi di Kota Tomohon (17,2%) dan terendah di Kepulauan Sangihe (1,1%). Makanan diawetkan sering dikonsumsi oleh 2,9% penduduk Sulawesi Utara, tertinggi di Kota Manado (5,1%) dan terendah di Kota Tomohon (0,4%). Penduduk yang sering makan jeroan, terlihat hanya sedikit dikonsumsi oleh penduduk di Provinsi Sulawesi Utara, yaitu sebesar 1,8% dengan persentase tertinggi di Kota Manado (4,8%) disusul oleh Kota Bitung (3,3 %) dan terendah di Minahasa Selatan (0,3%).

Tabel 3.7.7.2
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko
menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007

Karakteristik	Manis	Asin	Berle mak	Jeroan	Dipang gang	Diawet kan	Berka fein	Penyedap
Kelompok umur								
10-14	71,3	9,0	7,7	2,2	5,6	3,0	35,4	90,1
15-24	72,1	7,9	8,0	2,4	6,9	4,5	45,7	89,9
25-34	71,5	6,3	7,5	1,9	5,4	2,8	54,5	90,2
35-44	69,5	6,8	6,3	1,2	7,2	2,6	56,6	91,1
45-54	69,5	8,2	8,4	1,7	5,9	2,8	59,3	89,8
55-64	61,8	6,8	5,8	1,7	4,5	2,3	57,1	86,2
65-74	60,5	11,1	8,3	1,0	3,5	1,0	57,0	82,9
75+	59,8	5,3	6,1	0,0	5,3	0,8	45,9	85,0
Jenis kelamin								
Laki-Laki	69,7	7,2	7,0	1,7	5,8	2,7	59,0	89,4
Perempuan	68,6	7,9	7,7	1,8	6,1	3,0	45,3	89,4
Pendidikan								
Tidak Sekolah	72,7	15,8	16,9	2,6	7,8	6,5	64,9	93,5
Tidak Tamat SD	71,9	9,3	6,1	1,1	5,2	3,1	55,9	92,2
Tamat SD	69,8	7,9	6,5	1,4	6,2	2,5	56,0	89,5
Tamat SMP	69,7	6,8	6,6	1,8	5,9	2,9	52,0	88,6
Tamat SMA	66,6	6,2	9,0	2,3	5,9	3,1	48,7	89,5
Tamat PT	65,2	7,7	9,7	2,3	8,1	2,9	37,1	81,4
Tipe daerah								
Perkotaan	68,3	8,1	8,8	3,4	7,0	4,3	40,9	84,9
Perdesaan	69,8	7,2	6,3	0,5	5,1	1,8	60,3	92,8
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita								
Kuintil-1	70,8	6,9	8,3	2,4	6,6	3,2	54,5	87,2
Kuintil-2	75,8	9,9	9,1	2,8	5,6	4,1	53,8	88,9
Kuintil-3	71,2	7,6	8,1	1,7	5,3	2,8	50,2	90,7
Kuintil-4	70,9	7,4	6,6	1,7	6,3	2,5	53,6	89,7
Kuintil-5	62,8	6,9	6,4	1,0	5,9	2,5	50,3	89,5

Tabel 3.7.7.2 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut karakteristik responden. Menurut umur, perilaku sering mengonsumsi makanan asin, berlemak, dipanggang, diawetkan, berkafein, dan konsumsi penyedap tidak menunjukkan pola yang jelas. Terdapat kecenderungan penurunan persentase penduduk yang sering mengonsumsi makanan manis, seiring dengan penambahan umur, namun sedikit meningkat pada usia 15 – 24 tahun.

Menurut jenis kelamin, laki-laki cenderung lebih sering mengonsumsi makanan yang manis-manis dan minum minuman berkafein dibandingkan perempuan. Untuk konsumsi makanan berisiko lainnya, pola prevalensi antara laki-laki dan perempuan hampir sama.

Menurut tingkat pendidikan, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis dan asin cenderung menurun seiring dengan meningkatnya pendidikan. Sementara untuk makanan berisiko lainnya, pola prevalensi menurut tingkat pendidikan nampak tidak beraturan.

Menurut tipe daerah, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan asin, makanan berlemak, jeroan, makanan yang diawetkan, dan dipanggang, ditemukan lebih tinggi di perkotaan dibanding perdesaan. Sedangkan pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis, minum minuman berkafein dan penyedap cenderung lebih tinggi di perdesaan dibanding perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan berisiko tidak menunjukkan pola yang jelas

3.7.8 Perilaku Higienis

Perilaku higienis yang dikumpulkan meliputi kebiasaan/perilaku buang air besar (BAB) dan perilaku mencuci tangan. Perilaku BAB yang dianggap benar adalah bila penduduk melakukannya di jamban. Mencuci tangan yang benar adalah bila penduduk mencuci tangan dengan sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar, setelah menceboki bayi/anak, dan setelah memegang unggas/binatang.

Tabel 3.7.8.1 memperlihatkan persentase pendudu 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara.

Tabel 3.7.8.1
Persentase Penduduk \geq 10 tahun yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan Dengan Sabun, menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar dalam hal BAB	Berperilaku benar cuci tangan dengan sabun
Bolaang Mongondow	53,8	29,8
Minahasa	90,4	31,9
Kepulauan Sangihe	73,5	24,8
Kepulauan Talaud	88,2	14,9
Minahasa Selatan	96,4	35,6
Minahasa Utara	88,0	13,0
Kota Manado	97,8	56,1
Kota Bitung	95,8	55,1
Kota Tomohon	98,7	30,8
Sulawesi Utara	86,2	36,6

Secara rerata, sebagian besar (86%) penduduk di Provinsi Sulawesi Utara berperilaku benar dalam hal buang air besar, dengan kisaran 53,8% - 98,7%. Persentase tertinggi di Kota Manado dan terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow. Sementara secara rerata persentase penduduk yang berperilaku benar dalam mencuci tangan dengan sabun baru mencapai 36%, dengan kisaran 13-55%, tertinggi di Kota Bitung dan terendah di Minahasa Utara.

Tabel 3.7.8.2 memperlihatkan persentase penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut kabupaten/kota dan karakteristik responden di Provinsi Sulawesi Utara.

Tabel 3.7.8.2
Persentase Penduduk \geq 10 tahun yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan dengan Sabun, menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Berperilaku benar dalam hal BAB	Berperilaku benar cuci tangan dengan sabun
Kelompok umur (tahun)		
10-14	83,6	26,3
15-24	85,6	38,4
25-34	83,5	37,5
35-44	87,1	41,4
45-54	87,5	38,8
55-64	88,8	35,3
65-74	90,5	35,6
75+	90,6	20,8
Jenis Kelamin		
Laki-laki	85,8	27,6
Perempuan	86,7	45,2
Pendidikan		
Tidak sekolah	78,0	26,3
Tidak tamat SD	75,5	28,1
Tamat SD	81,8	30,7
Tamat SMP	88,0	37,3
Tamat SMA	95,8	46,0
Tamat PT	99,1	57,5
Tipe daerah		
Perkotaan	96,8	48,9
Perdesaan	78,3	27,4
Pendapatan per kapita per bulan		
Kuintil-1	76,0	31,8
Kuintil-2	84,4	34,5
Kuintil-3	87,9	36,0
Kuintil-4	88,9	38,3
Kuintil-5	92,3	41,5

Menurut kelompok umur dan jenis kelamin tidak terdapat perbedaan persentase penduduk yang berperilaku benar dalam hal buang air besar. Sementara persentase penduduk yang berperilaku dengan benar dalam mencuci tangan dengan sabun, lebih tinggi pada perempuan daripada laki-laki, dan menurut kelompok umur terendah pada kelompok >75 tahun (20%) disusul kelompok 10-14 tahun, sementara pada kelompok umur lainnya berkisar antara 35-41%. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi persentase penduduk yang berperilaku benar dalam hal buang air besar maupun cuci tangan dengan sabun. Pola yang sama juga ditemukan pada kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan. Berdasarkan tempat tinggal, persentase penduduk yang berperilaku benar lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan.

3.7.9 Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat

Riskesdas 2007 mengumpulkan 10 indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)¹ yang terdiri dari enam indikator individu dan empat indikator rumahtangga. Indikator individu meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif, kepemilikan/ketersediaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, penduduk tidak merokok, penduduk cukup beraktivitas fisik, dan penduduk cukup mengonsumsi sayur dan buah. Indikator Rumahtangga meliputi rumahtangga memiliki akses terhadap air bersih, akses jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni ($\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$), dan rumahtangga dengan lantai rumah bukan tanah.

Dalam penilaian PHBS ada dua macam rumahtangga, yaitu rumahtangga dengan balita dan rumahtangga tanpa balita. Untuk rumahtangga dengan balita digunakan 10 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah 10; sedangkan untuk rumahtangga tanpa balita terdiri dari 8 indikator, sehingga nilai tertinggi delapan (8). PHBS diklasifikasikan “kurang” apabila mendapatkan nilai kurang dari enam (6) untuk

rumahtangga mempunyai balita dan nilai kurang dari lima (5) untuk rumahtangga tanpa balita.

Tabel 3.7.9.1 memperlihatkan persentase rumahtangga yang memenuhi kriteria PHBS baik menurut kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara.

Tabel 3.7.9.1
Persentase Rumahtangga yang Memenuhi Kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Baik	Buruk
Bolaang Mangondow	29,5	70,5
Minahasa	38,6	61,4
Kep. Sangihe	46,0	54,0
Kep. Talaud	58,2	41,8
Minahasa Selatan	56,2	43,8
Minahasa Utara	45,6	54,4
Kota Manado	56,0	44,0
Kota Bitung	52,8	47,2
Kota Tomohon	66,0	34,0
Sulawesi Utara	47,2	52,8

Dilihat dari tabel tersebut persentase rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara yang mempraktekkan PHBS dengan klasifikasi baik sebesar 47%, tertinggi 66% di Kota Tomohon dan terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow (29,5%).

Menurut tipe daerah, persentase penduduk mempraktekkan PHBS baik, lebih tinggi di perkotaan daripada perdesaan. Semakin tinggi kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan persentase penduduk yang mempraktekkan PHBS baik juga semakin tinggi bahkan mencapai dua kali lebih tinggi (27% berbanding 64%).

¹ Program PHBS adalah upaya untuk memberi pengalaman belajar atau menciptakan kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku hidup bersih dan sehat, melalui pendekatan pimpinan, bina suasana dan pemberdayaan masyarakat.

Tabel 3.7.9.2
Persentase Rumahtangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat
menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran per Kapita di Provinsi
Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	PHBS	
	Baik	Buruk
Tipe daerah		
Perkotaan	42,4	57,6
Perdesaan	53,8	46,2
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan		
Kuintil -1	27,7	72,3
Kuintil -2	41,7	58,3
Kuintil -3	42,8	57,2
Kuintil -4	52,1	47,9
Kuintil -5	64,1	35,9

3.8. AKSES DAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN

3.8.1 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

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

1. Sarana pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktek dan bidan praktek
2. Upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yaitu pelayanan posyandu, poskesdes, pos obat desa, warung obat desa, dan polindes/bidan di desa.

Untuk masing-masing kelompok pelayanan kesehatan tersebut dikaji akses rumahtangga ke sarana pelayanan kesehatan tersebut. Selanjutnya untuk UKBM dikaji tentang pemanfaatan dan jenis pelayanan yang diberikan/diterima oleh rumahtangga/RT (masyarakat), termasuk alasan apabila responden tidak memanfaatkan UKBM dimaksud.

Tabel 3.8.1.1
Persentase Rumahtangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh
Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Bolaang Mongondow	39,8	45,9	14,2	73,5	23,1	3,2	0,1
Minahasa	71,2	26,1	2,6	74,9	20,1	4,6	0,4
Kepulauan Sangihe	45,6	46,0	8,4	57,6	22,8	9,2	10,4
Kepulauan Talaud	58,5	26,8	14,6	49,4	34,6	14,2	1,9
Minahasa Selatan	54,1	35,8	10,1	76,7	19,5	3,6	0,2
Minahasa Utara	51,3	40,1	8,6	79,3	18,4	2,1	0,2
Kota Manado	57,9	38,2	3,9	78,2	19,0	2,8	0
Kota Bitung	69,3	29,4	1,2	91,8	8,0	0,2	0
Kota Tomohon	80,7	19,3	0	95,1	4,9	0	0
Sulawesi Utara	57,6	35,7	6,7	76,3	19,0	3,7	0,9

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

Berdasarkan jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktek, dan bidan praktek) di Provinsi Sulawesi Utara, sebanyak 93,3% rumahtangga (RT) memiliki rumah berjarak kurang dari sama dengan 5 Km ke pelayanan kesehatan terdekat. Berdasarkan waktu tempuh, sebanyak 95,3% rumahtangga dapat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dalam waktu 30 menit. Kondisi tersebut tidak jauh berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan.

Secara umum, sebagian besar kabupaten/kota di Sulawesi Utara memiliki kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan. Sebanyak 6 kabupaten memiliki prosentase > 90% dalam hal jarak rumah ke pelayanan kesehatan \leq 5 Km dan sebanyak 7 kabupaten memiliki prosentase > 90% dalam hal waktu tempuh \leq 30 menit. Namun, dari sembilan kabupaten/kota di Sulawesi Utara, Kepulauan Talaud memiliki prosentase tertinggi jarak rumah ke pelayanan kesehatan terdekat > 5 Km dan waktu tempuh ke pelayanan kesehatan tersebut lebih dari 30 menit. Hal tersebut kemungkinan dikarenakan kondisi wilayah yang merupakan kepulauan.

Tabel 3.8.1.2
Persentase Rumahtangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan^{*)} dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke yankes			Total	Waktu tempuh ke yankes			
	< 1 km	1 – 5 km	> 5 km		\leq 15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe daerah								
Perkotaan	62,6	34,9	2,5	100,0	84,5	13,5	2,0	0
Perdesaan	54,0	36,3	9,6	100,0	70,3	23,0	5,0	1,6
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan								
Kuintil-1	59,7	32,6	7,7	100,0	75,2	19,8	3,8	1,2
Kuintil-2	56,6	37,1	6,3	100,0	75,1	20,2	3,7	1,0
Kuintil-3	57,3	34,9	7,9	100,0	75,1	19,5	4,6	0,9
Kuintil-4	55,1	39,2	5,8	100,0	75,3	20,1	3,7	0,9
Kuintil-5	59,9	34,4	5,7	100,0	80,6	15,9	2,8	0,7

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

Berdasarkan tempat tinggal, persentase rumahtangga yang bertempat tinggal di perkotaan hampir seluruhnya (97,5%) mempunyai akses menuju pelayanan kesehatan dengan jarak maksimum 5 km, dengan waktu tempuh maksimum setengah jam. Keadaan ini tidak berbeda dengan angka nasional pada umumnya.

Persentase rumahtangga menurut kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, dan jarak dan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan tidak berbeda. Namun, rumahtangga di kuintil 5 memiliki persentase tertinggi jarak tempuh \leq 5 Km (94,3%) dan waktu tempuh \leq 30 menit (96,5%).

Tabel 3.8.1.3
Persentase Rumahtangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh
ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Bolaang Mongondow	53,9	44,3	1,8	85,0	14,2	0,8	0
Minahasa	94,6	5,1	0,3	94,9	4,2	0,3	0,6
Kepulauan Sangihe	77,5	22,2	0,3	75,2	14,9	4,4	5,4
Kepulauan Talaud	98,8	0,6	0,6	88,8	9,4	1,8	0
Minahasa Selatan	95,7	4,1	0,2	97,0	3,0	0	0
Minahasa Utara	86,8	12,5	0,7	96,0	2,6	1,4	0
Kota Manado	88,6	10,7	0,7	97,1	2,7	0	0,2
Kota Bitung	82,8	17,2	0	93,9	5,8	0,3	0
Kota Tomohon	94,2	5,8	0	98,0	2,0	0	0
Sulawesi Utara	83,9	15,5	0,6	92,4	6,3	0,7	0,6

Catatan: Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu, Poskesdes, Polindes

Tabel ini berusaha menggambarkan akses masyarakat ke fasilitas Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM). UKBM dalam Riskesdas kali ini diwakili oleh Posyandu/Poskesdes / Polindes. Tidak terdapat perbedaan akses ke pelayanan kesehatan menurut kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan.

Dari segi jarak secara rerata seluruh rumahtangga (99,4%) di Sulawesi Utara mempunyai akses ke fasilitas UKBM dengan jarak maksimum 5 km dan bahkan kurang dari 1 km (84%). Persentase terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow (98,2%). Dengan kata lain secara umum hampir seluruh rumahtangga (100%) di Sulawesi Utara berada dalam jangkauan layanan UKBM. Dari segi Waktu tempuh ke fasilitas UKBM juga diketemukan data yang sama, yakni secara rerata hampir seluruh rumahtangga terjangkau oleh fasilitas UKBM dengan waktu tempuh maksimum seperempat jam. Angka ini tidak berbeda dengan angka nasional. Persentase rumahtangga dengan akses ke UKBM dengan waktu tempuh >30 menit tertinggi di Kabupaten Kepulauan Sangihe 4.4%.

Tabel 3.8.1.4
Persentase Rumahtangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas
Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik Rumahtangga di
Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe daerah							
Perkotaan	87,2	12,4	0,4	95,4	4,3	0,2	0,1
Perdesaan	81,6	17,6	0,8	90,3	7,7	1,2	0,8
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan							
Kuintil-1	83,2	16,2	0,6	91,0	7,0	1,3	0,7
Kuintil-2	82,2	17,1	0,7	91,3	7,5	0,8	0,3
Kuintil-3	83,7	15,4	0,9	93,1	5,9	0,8	0,2
Kuintil-4	83,7	15,6	0,7	92,3	6,3	0,5	0,9
Kuintil-5	86,4	13,4	0,2	94,2	4,9	0,4	0,6

Catatan: Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu, Poskesdes, Polindes

Jarak rumah ke Unit Kesehatan Berbasis Masyarakat (Posyandu, poskesdes, dan polindes) di kota lebih dekat dan waktu tempuhnya lebih pendek dibandingkan dengan di desa. Jarak rumah

ke UKBM < 1 km di daerah kota sebanyak 87,2%, sedangkan di desa sebanyak 81,6%. Waktu tempuh ≤ 15 menit di daerah kota sebanyak 95,4% dan di daerah desa sebanyak 90,3%.

Tidak terdapat perbedaan persentase rumahtangga menurut kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan. Namun, rumahtangga di kuintil 5 memiliki persentase tertinggi jarak tempuh ≤ 1 Km (86,4%) dan waktu tempuh ≤ 30 menit (94,2%).

Tabel 3.8.1.5
Persentase Rumahtangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT		
	Ya	Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Bolaang Mongondow	18,8	74,5	6.6
Minahasa	21,4	75,8	2.8
Kepulauan Sangihe	32,2	65,3	2.5
Kepulauan Talaud	32,9	46,8	20.3
Minahasa Selatan	13,2	71,7	15.1
Minahasa Utara	15,9	79,8	4.4
Kota Manado	21,0	57,5	21.5
Kota Bitung	23,0	59,2	17.9
Kota Tomohon	21,7	75,8	2.3
Sulawesi Utara	20,9	68,1	11.0

Secara rerata tingkat provinsi, sebanyak seperlima rumahtangga di Sulawesi Utara memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam tiga bulan terakhir, dengan persentase tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud dan Kepulauan Sangihe yang mencapai hampir sepertiga (32%). Hampir 70% rumahtangga menyatakan tidak membutuhkan pelayanan Posyandu maupun Poskesdes dalam tiga bulan terakhir.

Tabel 3.8.1.6
Persentase Rumahtangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT		
	Ya	Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Tipe daerah			
Perkotaan	18.3	65.3	16.4
Perdesaan	22.7	70.1	7.2
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	35.1	54.9	10.1
Kuintil-2	24.7	64.7	10.6
Kuintil-3	18.4	69.1	12.5
Kuintil-4	13.8	75.7	10.5
Kuintil-5	12.4	75.8	11.8

Berdasarkan tempat tinggal, persentase rumahtangga yang tinggal di perdesaan yang memanfaatkan pelayanan Posyandu/Poskesdes dalam tiga bulan terakhir sedikit lebih tinggi di desa ketimbang yang tinggal di kota, tetapi yang tidak membutuhkan pelayanan lebih tinggi. Makin tinggi kuintil semakin rendah persentase rumahtangga yang memanfaatkan posyandu dan makin tinggi persentase rumahtangga yang tidak membutuhkan posyandu/poskesdes.

Tabel 3.8.1.7
Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Risiko Penyakit
Bolaang Mongondow	94,0	62,5	83,3	52,3	45,7	49,6	69,4	71,6	49,6
Minahasa	91,7	60,7	67,8	63,5	58,2	61,2	58,2	70,2	25,3
Kepulauan Sangihe	71,3	28,7	49,5	17,8	17,6	42,6	34,3	33,7	8,9
Kepulauan Talaud	91,2	64,3	80,4	66,1	56,1	67,3	66,1	62,5	38,0
Minahasa Selatan	82,3	59,0	61,4	46,7	28,8	35,5	64,5	65,0	37,7
Minahasa Utara	92,8	25,0	44,1	18,8	10,3	20,3	54,4	24,6	13,0
Kota Manado	85,1	36,1	41,3	32,2	18,2	45,1	54,9	58,7	23,4
Kota Bitung	97,7	75,0	59,1	19,3	16,1	21,6	28,4	31,0	8,2
Kota Tomohon	84,1	51,2	43,6	36,8	34,2	50,0	30,8	56,8	34,2
Sulawesi Utara	88,0	50,3	58,5	39,6	31,9	45,2	53,0	55,4	25,8

Jenis pelayanan paling banyak yang diterima rumahtangga dari Posyandu/Poskesdes dalam tiga bulan terakhir, secara rerata sebagian besar (88%) adalah penimbangan balita. Persentase tertinggi 97,7% di Kota Bitung dan terendah 71% di Kabupaten Kepulauan Sangihe. Pelayanan terbanyak berikutnya adalah imunisasi (58%), suplementasi gizi (55%), PMT (53%) dan penyuluhan 50%. Layanan lainnya diterima oleh kurang dari 50% rumahtangga.

Tabel 3.8.1.8
Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Risiko Penyakit
Tipe daerah									
Perkotaan	90,3	48,8	52,4	32,6	23,1	36,5	54,0	53,4	17,4
Perdesaan	86,6	51,2	62,1	43,6	37,3	50,3	52,6	56,4	30,7
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan									
Kuintil-1	90,5	48,8	58,1	39,6	30,0	47,5	52,6	53,1	24,3
Kuintil-2	88,6	54,8	60,3	36,5	35,8	45,2	56,0	58,8	31,1
Kuintil-3	87,7	44,4	58,6	41,3	28,0	40,1	52,1	53,0	26,6
Kuintil-4	83,3	50,4	54,1	39,7	32,8	47,9	42,9	51,7	19,5
Kuintil-5	84,6	55,8	58,2	44,1	36,3	44,2	62,7	61,2	27,2

Persentase rumahtangga yang menerima pelayanan penimbangan dari Posyandu/Poskesdes dalam tiga bulan terakhir semakin tinggi kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan semakin rendah persentasenya, sementara untuk pelayanan lainnya tidak menunjukkan pola yang jelas. Berdasarkan tempat tinggal penduduk, persentase rumahtangga yang menerima

pelayanan penimbangan lebih tinggi di perkotaan, sementara persentase rumahtangga yang menerima pelayanan lainnya cenderung lebih tinggi yang tinggal di perdesaan.

Tabel 3.8.1.9
Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	letak jauh	tdk ada posyandu	layanan tdk lengkap
Bolaang Mongondow	11,1	8,3	80,6
Minahasa	42,9	14,3	42,9
Kepulauan Sangihe	33,3	0	66,7
Kepulauan Talaud	2,9	11,8	85,3
Minahasa Selatan	2,9	2,9	94,1
Minahasa Utara	21,4	7,1	71,4
Kota Manado	7,2	28,9	63,9
Kota Bitung	45,5	18,2	36,4
Kota Tomohon	50,0	50,0	0,0
Sulawesi Utara	10,6	18,4	71,0

Secara rerata, 70% rumahtangga di Sulawesi Utara mengemukakan layanan tidak lengkap yang diberikan Posyandu/Poskesdes sebagai alasan rumahtangga tidak memanfaatkannya. Sementara yang menyatakan tidak ada Posyandu/Poskesdes secara rerata dikemukakan oleh 18% rumahtangga, dengan kisaran 0-50%. Persentase tertinggi (50%) rumahtangga yang menyatakan tidak ada Posyandu/Poskesdes, ditemukan di Kota Tomohon. Sementara yang menyatakan jarak sebagai alasan tidak memanfaatkan layanan Posyandu/Poskesdes sebesar 10%, terbanyak di Kota Tomohon (50%).

Tabel 3.8.1.10
Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir,
menurut Karakteristik Rumahtangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak jauh	Tdk ada posyandu	Layanan tdk lengkap
Tipe daerah			
Perkotaan	8,8	26,4	64,8
Perdesaan	13,1	7,2	79,7
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	7,4	17,6	75,0
Kuintil-2	11,6	29,0	59,4
Kuintil-3	13,7	11,6	74,7
Kuintil-4	15,4	12,3	72,3
Kuintil-5	5,5	23,3	71,2

Alasan layanan tidak ada Posyandu lebih banyak dikemukakan oleh rumahtangga yang tinggal di perkotaan, sementara alasan jarak dan layanan tidak lengkap lebih banyak dikemukakan oleh rumahtangga di perdesaan.

Tidak ada pola yang jelas sebaran rumahtangga menurut alasan memanfaatkan Posyandu dan kuintil pengeluaran per kapita per bulan.

Tabel 3.8.1.11
Persentase Rumahtangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemanfaatan Polindes/Bidan Desa		
	Ya	Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Bolaang Mongondow	11,3	84,9	3,8
Minahasa	9,5	70,9	19,6
Kepulauan Sangihe	8,5	86,7	4,7
Kepulauan Talaud	7,5	44,5	48,0
Minahasa Selatan	10,4	55,5	34,0
Minahasa Utara	7,6	79,0	13,4
Kota Manado	5,3	60,8	33,8
Kota Bitung	2,3	35,0	62,7
Kota Tomohon	11,6	81,6	6,8
Sulawesi Utara	8,1	67,5	24,4

Secara rerata, di Sulawesi Utara tidak sampai sepuluh persen (8%) rumahtangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa dalam tiga bulan terakhir (kisaran 2-11%), tertinggi di Kabupaten Bolaang Mongondow dan terendah di Kota Bitung. Sekitar dua pertiga rumahtangga di Sulawesi Utara tidak memanfaatkan Polindes /BDD karena tidak membutuhkan (kisaran 35-85%), tertinggi di Kabupaten Bolaang Mongondow, terendah di Kota Bitung.

Tabel 3.8.1.12
Persentase Rumahtangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemanfaatan Polindes/bidan oleh RT		
	Ya	Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Tipe daerah			
Perkotaan	5.1	62.9	32.0
Perdesaan	10.4	70.7	18.9
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	14.0	61.4	24.5
Kuintil-2	9.7	67.3	23.0
Kuintil-3	6.8	67.7	25.5
Kuintil-4	5.3	71.3	23.4
Kuintil-5	5.3	70.0	24.6

Persentase rumahtangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa dalam tiga bulan terakhir lebih tinggi perdesaan daripada di perkotaan (10% berbanding 5%). Semakin tinggi kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, semakin rendah persentase rumahtangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa.

Tabel 3.8.1.13
Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Bolaang Mongondow	19,1	5,7	7,2	11,4	40,8	76,3
Minahasa	29,8	20,8	28,6	20,8	72,4	88,0
Kepulauan Sangihe	19,2	3,8	3,8	3,8	51,9	57,7
Kepulauan Talaud	15,4	15,4	15,4	7,7	23,1	84,6
Minahasa Selatan	20,9	2,6	5,1	0	27,3	83,3
Minahasa Utara	32,3	12,5	6,5	3,1	19,4	68,8
Kota Manado	23,6	11,1	23,6	14,8	57,4	42,6
Kota Bitung	44,4	12,5	25,0	25,0	55,6	44,4
Kota Tomohon	20,8	8,7	13,0	5,0	10,0	87,0
Sulawesi Utara	23,7	9,9	14,1	10,4	44,0	72,8

Secara rerata hampir tiga perempat (72,8%) rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara menerima layanan pengobatan dari Polindes/Bidan di Desa dalam tiga bulan terakhir (kisaran 43-88%), persentase tertinggi di Kabupaten Minahasa dan terendah di Kota Manado. Persentase rumahtangga yang menerima layanan pemeriksaan bayi/ balita di Polindes/Bidan di Desa dalam tiga bulan terakhir sebesar 44% (kisaran 10-72%), tertinggi di Kabupaten Minahasa dan terendah di Kota Tomohon.

Tabel 3.8.1.14
Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Tipe daerah						
Perkotaan	25,0	10,7	19,3	15,5	56,8	51,6
Perdesaan	23,0	9,7	12,2	8,9	39,9	80,2
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan						
Kuintil-1	20,0	8,0	12,5	8,3	52,4	63,5
Kuintil-2	29,2	15,9	21,4	14,3	52,1	79,1
Kuintil-3	26,3	10,5	8,8	7,1	32,2	68,9
Kuintil-4	12,8	5,4	15,4	15,8	30,8	81,8
Kuintil-5	27,8	5,9	11,4	11,8	36,1	82,2

Persentase rumahtangga yang memanfaatkan layanan kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan dan persalinan menurut tempat tinggalnya, tidak berbeda antara rumahtangga yang tinggal di daerah perdesaan dan perkotaan. Akan tetapi untuk layanan pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus dan pemeriksaan bayi/balita, persentase rumahtangga yang tinggal di daerah perdesaan jauh lebih tinggi daripada yang tinggal di perdesaan, dengan perbedaan mencapai 1,5 sampai hampir 2 kali. Sementara itu untuk layanan pengobatan, persentase rumahtangga di daerah perdesaan jauh lebih tinggi sampai mencapai 60% lebih tinggi (50% berbanding 80%). Berdasarkan kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, Persentase rumahtangga yang memanfaatkan pemeriksaan kehamilan, tidak berbeda nyata, kecuali pada kuintil 4 yang jauh lebih rendah (sekitar 40-50% lebih rendah) daripada kuintil lainnya. Sementara untuk persalinan, persentase tertinggi pada kuintil 2 dan disusul kuintil 3, kemudian pada kuintil berikutnya turun tajam bahkan lebih rendah dari kuintil 1. Pola yang hampir sama ditemukan pada pemanfaatan untuk layanan ibu nifas dan pemeriksaan neonatus. Persentase pemeriksaan bayi/balita semakin menurun dengan semakin meningkatnya kuintil pengeluaran per kapita per bulan, sebaliknya pemanfaatan pengobatan terjadi hal yang sebaliknya, semakin tinggi kuintil pengeluaran per kapita per bulan, semakin tinggi persentase rumahtangga yang berobat.

Tabel 3.8.1.15

Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan			
	Letak jauh	Tdk ada polindes/bidan	Layanan tdk lengkap	Lainnya
Bolaang Mongondow	0	9,1	22,7	68,2
Minahasa	4,5	20,1	1,9	73,4
Kepulauan Sangihe	0	86,7	0	13,3
Kepulauan Talaud	0,0	56,6	10,8	32,5
Minahasa Selatan	0	48,7	1,9	49,4
Minahasa Utara	5,4	42,9	3,6	48,2
Kota Manado	1,3	66,9	16,9	15,0
Kota Bitung	0	86,1	0,8	13,0
Kota Tomohon	0,0	33,3	8,3	58,3
Sulawesi Utara	1,3	58,3	7,5	32,9

Secara rerata, 58% rumahtangga di Sulawesi Utara menyatakan tidak ada Polides/Bidan di Desa sebagai alasan tidak memanfaatkan fasilitas layanan. Persentase tertinggi rumahtangga yang mengemukakan alasan tersebut diketemukan di Kabupaten Kepulauan Sangihe (87%) dan terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow (9%). Secara rerata terdapat 7% rumahtangga yang mengemukakan layanan tidak lengkap sebagai alasan sehingga rumahtangga tidak memanfaatkan layanan Polindes /Bidan di Desa, dengan persentase terbesar di Kabupaten Bolaang Mongondow (22,7%). Terdapat sekitar sepertiga (32,9%) rumahtangga yang mengemukakan alasan lain untuk tidak memanfaatkan layanan Polindes/Bidan di Desa.

Tabel 3.8.1.16
Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan
Desa dalam 3 Bulan Terakhir, menurut Karakteristik Rumahtangga
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan			
	Letak jauh	Tdk ada polindes/bidan	Layanan tdk lengkap	Lainnya
Tipe daerah				
Perkotaan	0,7	76,5	6,8	15,9
Perdesaan	2,1	35,9	8,2	53,8
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil-1	0,9	59,7	7,1	32,2
Kuintil-2	2,4	60,5	3,4	33,7
Kuintil-3	0,9	56,6	12,7	29,8
Kuintil-4	3,0	53,5	9,5	34,0
Kuintil-5	0	58,1	4,9	36,9

Berdasarkan tempat tinggal, persentase rumahtangga yang bertempat tinggal di perdesaan 54% mengemukakan alasan lain sebagai alasan untuk tidak memanfaatkan layanan Polindes/Bidan di Desa dan ini tiga kali lebih tinggi daripada yang tinggal di perkotaan. Sementara alasan bahwa tidak ada Polindes/Bidan di Desa dikemukakan oleh hampir tiga perempat rumahtangga di perkotaan dan angka ini sekitar dua kali lebih besar daripada yang tinggal di perdesaan. Berdasarkan kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, tidak terlihat pola yang jelas kaitan antara alasan dengan tingkat pengeluaran rumahtangga.

Tabel 3.8.1.17
Persentase Rumahtangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD/Warung Obat
Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemanfaatan POD/WOD Oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Bolaang Mongondow	10.1	21.3	68.5
Minahasa	32.6	18.9	48.5
Kepulauan Sangihe	0.7	3.2	96.0
Kepulauan Talaud	0.4	1.1	98.5
Minahasa Selatan	0.3	0.2	99.5
Minahasa Utara	0.7	17.0	82.2
Kota Manado	45.0	12.1	42.9
Kota Bitung		15.4	84.6
Kota Tomohon	2.4	10.8	86.8
Sulawesi Utara	17.7	13.2	69.1

Secara rerata 69% rumahtangga di Sulawesi Utara tidak memanfaatkan POD/WOD. Sekitar 18% rumahtangga yang memanfaatkan POD/WOD dengan kisaran 0-45%, terendah di Kota Bitung dan tertinggi di Kota Manado. Persentase rumahtangga yang menyatakan tidak membutuhkan POD/WOD secara rerata 13,2%.

Tabel 3.8.1.18
Persentase Rumahtangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemanfaatan POD/WOD oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tipe daerah			
Perkotaan	23.6	14.9	61.5
Perdesaan	13.5	11.9	74.6
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	20.8	10.1	69.1
Kuintil-2	18.3	12.9	68.7
Kuintil-3	18.2	12.6	69.2
Kuintil-4	17.5	14.0	68.6
Kuintil-5	14.1	16.7	69.2

Berdasarkan tempat tinggal, persentase rumahtangga yang memanfaatkan POD/WOD lebih besar di perkotaan daripada di perdesaan, namun persentase rumahtangga yang menyatakan tidak memerlukan POD/WOD juga relatif lebih besar di perkotaan. Tidak ada perbedaan berarti antar kuintil dalam hal pemanfaatan POD/WOD oleh RT.

Tabel 3.8.1.19
Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD oleh RT			
	Lokasi jauh	Tdk ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Bolaang Mongondow	0	100,0	0	0
Minahasa	0,5	94,8	0,5	4,2
Kepulauan Sangihe	0	99,7	0,3	0
Kepulauan Talaud	0	100,0	0,0	0
Minahasa Selatan	0,2	96,6	0,2	3,0
Minahasa Utara	0	97,8	0,3	2,0
Kota Manado	0	90,2	3,1	6,7
Kota Bitung	0	99,7	0	0,3
Kota Tomohon	0,0	96,6	0	3,4
Sulawesi Utara	0,1	97,0	0,6	2,4

Hampir seluruh rumahtangga (97%) mengemukakan bahwa tidak ada POD/WOD sebagai alasan mereka tidak memanfaatkan layanan POD/WOD. Tidak ada variasi antar kabupaten/kota.

Tabel 3.8.1.20
Persentase Rumahtangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD oleh RT			
	Lokasi jauh	Tdk ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Tipe daerah				
Perkotaan	0,0	96,2	1,1	2,6
Perdesaan	0,2	97,4	0,2	2,2
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil-1	0,3	96,8	0,6	2,3
Kuintil-2	0	97,1	0,8	2,1
Kuintil-3	0	96,4	0,8	2,8
Kuintil-4	0	97,5	0,5	2,0
Kuintil-5	0,3	96,9	0,2	2,6

Berdasarkan tempat tinggal maupun kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, tidak ada perbedaan persentase rumahtangga menurut alasan yang mereka kemukakan untuk tidak memanfaatkan layanan POD/WOD.

3.8.2 Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), di samping peningkatan derajat kesehatan (*health status*) dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*). Pada bagian ini dikumpulkan informasi tentang jenis sarana dan sumber pembiayaan yang paling sering dimanfaatkan oleh responden.

Pembiayaan kesehatan meliputi untuk perawatan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sumber biaya dibedakan menjadi sumber biaya sendiri/keluarga, Asuransi (Askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes Swasta, dan JPK Pemerintah Daerah), Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Dana Sehat, dan lainnya. Dari data ini diperoleh gambaran tentang seberapa besar persentase rumahtangga yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan, termasuk penggunaan Askeskin/SKTM yang salah sasaran.

Seluruh penduduk diminta untuk memberikan informasi tentang apakah yang bersangkutan pernah menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Mereka yang pernah rawat jalan maupun rawat inap diminta untuk menjelaskan dimana terakhir menjalani perawatan kesehatan, serta dari mana sumber biaya perawatan kesehatan tersebut. Pihak-pihak yang menanggung biaya perawatan kesehatan tersebut bisa lebih dari satu.

Tabel 3.8.2.1
Persentase Tempat Berobat Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat berobat rawat inap menurut kabupaten/kota								
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RS.L Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Tidak Rwt Inap
Bolaang Mongondow	2.5	0.6		0.1	0.6	0.2			96.0
Minahasa	4.2	7.2	0.1	0.8	2.6	1.1			84.0
Kepulauan Sangihe	3.9	0.1		0.2	3.3	0.3			92.2
Kepulauan Talaud	2.9	0.7	0.1	0.1	3.1	0.2	0.1		92.8
Minahasa Selatan	2.5	7.7		0.1	1.3	0.3			88.1
Minahasa Utara	4.3	7.8		0.5	0.3	0.2	0.1	0.1	86.8
Kota Manado	9.1	3.3	0.1	0.6	0.2	0.5		0.1	86.2
Kota Bitung	3.5	5.4			0.2	0.5			90.5
Kota Tomohon	0.6	15.5	0.1	0.5	0.5	0.5			82.5
Sulawesi Utara	3.7	5.2	0.0	0.3	1.4	0.4	0.0	0.0	89.0

Secara rerata, dalam lima tahun terakhir persentase penduduk yang menjalani rawat inap pada terbesar di rumah sakit swasta (5,2%), kemudian disusul oleh rumah sakit pemerintah (3,7%). Setelah itu baru puskesmas (1,4%).

Tabel 3.8.2.2
Persentase Tempat Berobat Rawat Inap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Berobat Rawat Inap menurut Desa/ Kota								
	RS. Pemerintah	RS. Swasta	RS.Ln	RSB	Puskesmas	Nakes	Bat Tra	Lain Nya	Tdk Rwt Inap
Tipe daerah									
Perkotaan	5.0	6.6	0.0	0.4	0.4	0.4		0.0	87.1
Perdesaan	3.0	4.4	0.0	0.2	1.8	0.4	0.0	0.0	90.0
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan									
Kuintil1	3.0	3.7	0.0	0.4	1.7	0.4	0.0	0.0	90.7
Kuintil2	3.8	3.7		0.2	1.7	0.4	0.0		90.1
Kuintil3	2.8	6.3	0.1	0.3	1.2	0.4	0.0	0.0	88.8
Kuintil4	4.1	6.0		0.2	1.2	0.3			88.2
Kuintil5	4.7	6.1	0.0	0.3	1.2	0.4			87.3

Berdasarkan tempat tinggal, persentase penduduk yang menjalani rawat inap di RS pemerintah dalam lima tahun terakhir lebih banyak di perkotaan daripada di perdesaan, sementara

persentase penduduk yang rawat inap di Puskesmas lebih di perdesaan daripada di perkotaan. Semakin tinggi kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, semakin besar persentase penduduk yang rawat inap di RS swasta.

Tabel 3.8.2.3
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber pembiayaan pelayanan kesehatan				
	Sendiri/ keluarga	Askes/ jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain- lain
Bolaang Mongondow	82.4	8.0	13.3	8.0	1.5
Minahasa	79.5	17.4	18.5		2.7
Kepulauan Sangihe	57.4	9.5	43.9		
Kepulauan Talaud	74.0	12.1	14.5		7.3
Minahasa Selatan	90.1	12.2	15.9	3.8	3.6
Minahasa Utara	81.7	10.1	10.9	1.3	3.9
Kota Manado	66.1	25.9	20.7	0.5	8.3
Kota Bitung	73.3	31.4	6.7	2.9	4.0
Kota Tomohon	80.4	14.3	17.9	1.7	5.0
Sulawesi Utara	76.5	15.6	18.3	1.6	4.3

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

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

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

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

Secara rerata, di Sulawesi Utara tiga perempat penduduk yang menjalani rawat inap menggunakan sumber pembiayaan sendiri atau dari keluarga. Sumber biaya untuk rawat inap masih didominasi pada biaya sendiri/keluarga (76,5%), kemudian disusul dari askeskin/SKTM (18,3), kemudian oleh askes/jamsostek (15,6%).

Tabel 3.8.2.4
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain-lain
Tipe daerah					
Perkotaan	71.3	21.9	17.1	1.5	5.6
Perdesaan	79.8	11.7	19.1	1.7	3.6
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan					
Kuintil 1	70.3	11.4	28.5	1.1	5.0
Kuintil 2	79.2	10.3	23.0	1.1	3.6
Kuintil 3	81.5	11.7	13.2	3.5	4.5
Kuintil4	77.7	18.8	15.8	0.3	3.6
Kuintil5	73.5	23.3	14.1	1.9	4.9

Berdasarkan tempat tinggal, persentase penduduk yang rawat inap menggunakan sumber pembiayaan sendiri, Askeskin, dana sehat, lebih banyak pada penduduk yang tinggal di

perdesaan, sebaliknya persentase yang menggunakan sumber pembiayaan dari Askes/Jamsostek lebih banyak di perkotaan

Tabel 3.8.2.5
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat berobat rawat jalan									
	RS. Pmrth	RS. Swast	RS Ln	RSB	Pusk	Nakes	Bat Tra	Lain Nya	Di Rmh	Tdk Rj
Bolaang										
Mongondow	0.6	0.1		7.4	0.1	6.8	0.1	0.1	0.1	84.8
Minahasa	3.4	1.8	0.1	16.6	0.5	29.5	0.3	0.7	0.2	47.0
Kepulauan Sangihe	0.7	0.1		23.0	0.2	11.1		0.2	0.6	64.2
Kepulauan Talaud	1.3	0.2	0.1	19.5	0.1	10.3	0.1	3.0	0.3	65.2
Minahasa Selatan	0.9	2.0	0.1	7.0	0.5	28.0	0.2	0.3	0.5	60.6
Minahasa Utara	1.7	1.4		7.9	0.1	24.8	0.4	0.1	0.1	63.6
Kota Manado	4.6	1.2		3.9	0.1	9.7	0.1	0.1	0.9	79.5
Kota Bitung	0.6	1.2		14.1	0.7	13.8			0.7	68.8
Kota Tomohon	0.8	6.7	0.1	13.9	0.6	8.4		0.1	0.3	69.0
Sulawesi Utara	1.5	1.6	0.0	12.6	0.3	15.1	0.1	0.5	0.4	67.8

Secara rerata lebih dari dua pertiga penduduk di Sulawesi Utara berobat rawat jalan dalam satu tahun terakhir (67,8%). Yang menggunakan rawat jalan pada tenaga kesehatan sebesar 15,1%, kemudian disusul dengan RSB (12,6%). Untuk rawat jalan di rumah sakit swasta sebesar 1,6% dan disusul oleh rumah sakit pemerintah sebesar 1,5%.

Tabel 3.8.2.6
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat berobat rawat jalan									
	RS. Pmrth	RS. Swast	RS Ln	RSB	Pusk	Nakes	Bat Tra	Lain Nya	Di Rmh	Tdk Rj
Tipe daerah										
Perkotaan	2.1	2.1	0.0	9.2	0.3	13.4	0.1	0.2	0.4	72.2
Perdesaan	1.3	1.4	0.0	14.2	0.3	15.9	0.1	0.6	0.4	65.7
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan										
Kuintil 1	0.6	1.3		13.4	0.4	11.6	0.2	0.4	0.6	71.7
Kuintil 2	1.5	1.6	0.0	14.2	0.2	15.7	0.2	0.4	0.4	65.8
Kuintil 3	2.0	1.5		12.3	0.2	16.8	0.1	0.3	0.2	66.7
Kuintil 4	2.0	1.6	0.1	11.7	0.3	16.3	0.0	0.6	0.5	66.8
Kuintil 5	1.6	2.1	0.0	11.3	0.3	15.2	0.1	0.8	0.4	68.0

Berdasarkan tipe daerah, persentase penduduk yang berobat jalan dalam satu tahun terakhir lebih banyak di perkotaan daripada di perdesaan. Persentase penduduk yang tidak berobat jalan juga lebih besar di perkotaan daripada di perdesaan. Sementara persentase penduduk yang berobat jalan ke RSB lebih banyak di perdesaan daripada perkotaan.

Tabel 3.8.2.7
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan Rawat Jalan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Bolaang Mongondow	91.2	2.5	6.0	1.1	0.4
Minahasa	73.0	15.7	9.3	0.5	5.1
Kepulauan Sangihe	72.4	4.6	24.9	0.4	0.1
Kepulauan Talaud	86.7	4.9	4.9	1.5	3.6
Minahasa Selatan	95.1	3.7	2.7	0.8	2.2
Minahasa Utara	82.2	8.3	5.2	1.1	3.9
Kota Manado	78.2	14.6	6.1	0.3	5.0
Kota Bitung	59.7	38.8	2.0	0.3	4.1
Kota Tomohon	74.1	7.4	15.4	1.0	5.0
Sulawesi Utara	79.7	9.6	9.4	0.8	3.3

Secara rerata 79,7%% penduduk yang menjalani rawat jalan, mendapatkan pembiayaan dari sumber sendiri atau keluarga. Persentase terbesar di Kabupaten Minahasa Selatan (95,1%) dan terendah di Kota Bitung 59,7%. Persentase penduduk yang mendapatkan pembiayaan dari Askes/Jamsostek untuk rawat jalan secara rerata 9,6%, dengan persentase terbesar ditemukan di Kota Bitung (38,8%) dan terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow (2,5%).

Tabel 3. 8.2.8
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain-llain
Tipe daerah					
Perkotaan	73.4	15.6	8.8	1.0	4.8
Perdesaan	82.1	7.5	9.6	0.8	2.7
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan					
Kuintil 1	75.8	7.6	15.7	0.8	3.0
Kuintil 2	81.8	5.6	11.7	0.4	3.2
Kuintil 3	81.2	9.3	7.8	1.2	3.9
Kuintil 4	80.9	11.1	7.2	0.8	2.8
Kuintil 5	77.9	14.5	5.4	1.0	3.5

Berdasarkan tempat tinggal persentase penduduk yang membiayai rawat jalan dari dana sendiri atau keluarga lebih besar pada penduduk yang tinggal di daerah perdesaan, sementara persentase penduduk yang mendapatkan pembiayaan untuk rawat jalan dari Askes/Jamsostek lebih banyak di perkotaan

Menurut kuintil pengeluaran per kapita per bulan, persentase penduduk menurut sumber pembiayaannya tidak beda.

3.8.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

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

Delapan domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari:

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

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

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

Tabel.3.8.3.1 menggambarkan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara.

Secara rerata, ketanggapan pelayanan rawat inap yang dinilai dari aspek keramahan, waktu tunggu, kejelasan informasi, ikut ambil keputusan, kerahasiaan, kebebasan pilih fasilitas, kebersihan ruangan, dan mudah dikunjungi, hampir seluruh ($\geq 90\%$) responden menilai baik.

Tabel.3.8.3.2 menyajikan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut karakteristik responden di Provinsi Sulawesi Utara.

Berdasarkan tipe daerah, persentase penduduk yang tinggal di perkotaan lebih banyak yang menilai ketanggapan pelayanan rawat inap positif atau baik dari aspek keramahan, waktu tunggu, kejelasan informasi, ikut ambil keputusan, kerahasiaan, kebebasan pilih fasilitas, kebersihan ruangan, dan mudah dikunjungi. Semakin tinggi kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, persentase penduduk yang menilai ketanggapan positif cenderung semakin rendah.

Tabel 3.8.3.3 mengungkapkan tanggapan pelayanan rawat jalan menurut kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara. Dari tabel terlihat secara rerata, ketanggapan pelayanan rawat jalan yang dinilai dari aspek keramahan, waktu tunggu, kejelasan informasi, ikut ambil keputusan, kerahasiaan, kebebasan pilih fasilitas, kebersihan ruangan, dan mudah dikunjungi, hampir seluruh ($\geq 90\%$) responden menilai baik. Sedangkan tanggapan pelayanan rawat jalan menurut karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 3.8.3.4.

Berdasarkan tipe daerah, maupun kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, tidak terdapat perbedaan pada ketanggapan rawat jalan dilihat dari aspek keramahan, waktu tunggu, kejelasan informasi, ikut ambil keputusan, kerahasiaan, kebebasan pilih fasilitas, kebersihan ruangan, dan mudah dikunjungi, hampir seluruh ($\geq 90\%$) responden menilai baik.

Tabel 3.8.3.1
Persentase Rumahtangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Mudahan dikunjungi
Bolaang Mongondow	94,5	96,7	96,7	98,9	98,9	95,7	91,2	95,7
Minahasa	94,6	97,8	97,3	97,3	98,4	96,2	96,7	97,3
Kepulauan Sangihe	95,1	92,5	87,7	92,5	95,0	91,3	85,2	72,8
Kepulauan Talaud	81,0	95,3	90,7	93,0	97,6	90,5	81,0	97,6
Minahasa Selatan	76,2	94,0	91,7	91,1	93,5	94,0	81,0	96,4
Minahasa Utara	88,6	96,0	96,0	97,7	98,9	93,2	89,7	98,9
Kota Manado	88,3	90,3	91,6	92,1	91,6	92,5	87,0	92,1
Kota Bitung	81,5	88,5	81,5	84,6	84,6	74,0	87,0	87,0
Kota Tomohon	94,5	97,3	95,5	95,5	98,2	97,3	96,4	98,2
Sulawesi Utara	88,9	94,0	92,9	93,8	94,7	92,5	89,5	93,8

Tabel 3.8.3.2
Persentase Rumahtangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	KeMudahan dikunjungi
Tipe daerah								
Perkotaan	87,9	92,1	91,2	92,1	92,6	90,5	87,6	92,5
Perdesaan	89,9	95,6	94,5	95,3	96,6	94,2	91,3	95,2
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan								
Kuintil-1	91,8	94,7	91,2	93,6	95,4	94,7	92,2	94,0
Kuintil-2	91,5	94,8	94,8	95,1	96,1	92,8	89,6	94,8
Kuintil-3	91,6	96,1	94,5	94,8	95,8	94,2	90,0	94,2
Kuintil-4	86,6	92,8	93,9	94,2	94,5	93,3	87,8	95,1
Kuintil-5	84,7	91,8	91,0	91,5	92,6	88,4	88,6	92,0

Tabel 3.8.3.3
Persentase Rumahtangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Bolaang Mongondow	99.6	100.0	98.9	99.3	100.0	100.0	98.2
Minahasa	97.9	99.3	99.0	98.7	99.0	99.0	98.1
Kepulauan Sangihe	93.5	96.3	92.6	93.2	95.1	94.8	87.3
Kepulauan Talaud	87.7	98.0	92.5	92.7	96.1	89.3	88.1
Minahasa Selatan	87.3	99.3	97.5	96.3	97.6	98.5	94.1
Minahasa Utara	88.5	98.9	99.0	98.2	99.5	96.7	96.6
Kota Manado	93.2	96.3	95.7	96.0	96.6	96.6	93.2
Kota Bitung	89.7	95.2	95.2	92.1	97.0	92.4	96.9
Kota Tomohon	91.8	95.6	93.3	94.1	96.2	96.2	95.9
SULAWESI UTARA	91.8	97.7	95.9	95.6	97.4	95.9	93.8

Tabel 3.8.3.4
Persentase Rumahtangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu ttunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Tipe daerah							
Perkotaan	91.6	96.7	95.6	95.3	97.1	96.1	95.6
Perdesaan	91.8	98.1	96.0	95.7	97.5	95.8	93.0
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan							
Kuintil-1	90.2	97.0	94.7	94.7	97.1	95.3	95.1
Kuintil-2	92.0	98.1	97.1	96.9	98.6	96.8	93.3
Kuintil-3	91.2	97.2	95.1	94.3	96.7	95.7	93.4
Kuintil-4	91.6	98.1	95.9	96.1	97.4	95.4	93.1
Kuintil-5	93.8	98.2	96.3	95.6	96.8	96.0	94.2

3.9. KESEHATAN LINGKUNGAN

Data kesehatan lingkungan diambil dari dua sumber data, yaitu Riskesdas 2007 dan Kor Susenas 2007. Sesuai kesepakatan, data yang sudah ada di Kor Susenas tidak dikumpulkan lagi di Riskesdas, dan dalam Riskesdas ditanyakan pertanyaan-pertanyaan yang tidak ada di Kor Susenas. Dengan demikian penyajian beberapa variabel kesehatan lingkungan merupakan gabungan data Riskesdas dan Kor Susenas.

Data yang dikumpulkan dalam survei ini meliputi data air bersih keperluan rumahtangga, sarana pembuangan kotoran manusia, sarana pembuangan air limbah (SPAL), pembuangan sampah, dan perumahan. Data tersebut bersifat fisik dalam rumahtangga, sehingga pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara terhadap kepala rumahtangga dan pengamatan.

3.9.1. Air keperluan rumah tangga

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

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

Tabel 3. 9.1.1
Persentase Rumahtangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jumlah Rata-rata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	≥100
Bolaang Mongondow	0.1	2.4	7.4	30.1	59.9
Minahasa	3.0	39.7	39.0	11.9	6.5
Kepulauan Sangihe	0.0	1.3	6.9	28.9	62.9
Kepulauan Talaud	0.6	5.2	10.4	64.7	19.1
Minahasa Selatan	3.6	1.9	21.1	22.7	50.7
Minahasa Utara	0.5	2.0	7.3	44.3	45.9
Kota Manado	0.4	0.4	4.3	28.8	66.1
Kota Bitung	0.5	11.0	50.1	22.2	16.1
Kota Tomohon	0.5	1.9	9.6	28.4	59.6
Sulawesi Utara	1.1	9.2	17.6	27.7	44.4

Secara rerata, konsumsi air per orang per hari di Provinsi Sulawesi Utara sudah mendekati ≥100 liter. Apabila dibandingkan antar wilayah kabupaten/kota, persentase tertinggi masyarakat dengan konsumsi air lebih dari 100 liter adalah Kabupaten Minahasa Utara (66,1%) dan terendah di Kabupaten Minahasa (6,5%). Masih terdapat beberapa kabupaten/kota yang pemenuhan kebutuhan airnya di bawah rata-rata nasional.

Tabel 3.9.1.2
Persentase Rumahtangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jumlah Rata-rata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	≥100
Tipe daerah					
Perkotaan	0.8	5.5	18.9	24.9	49.8
Perdesaan	1.4	11.8	16.7	29.7	40.5
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan					
Kuintil 1	1.5	10.0	19.1	27.0	42.3
Kuintil 2	0.9	10.3	17.3	25.7	45.8
Kuintil 3	1.4	10.8	17.1	27.3	43.4
Kuintil 4	1.0	8.1	16.3	31.6	43.0
Kuintil 5	1.1	6.8	18.2	25.9	48.1

Persentase rumahtangga yang mengonsumsi air dengan jumlah ≥100 liter per orang per hari di daerah perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Tidak ada pola yang jelas jumlah rata-rata pemakaian air bersih per orang per hari dengan tingkat pengeluaran per kapita perbulan, namun pemakaian air bersih ≥ 100 liter paling banyak ditemukan pada kuintil 5.

Tabel 3.9.1.3
Persentase Rumahtangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan air		
	Waktu (menit)		Jarak (kilometer)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	>30	≤30	>1	≤1			
Bolaang Mongondow	1.0	99.0	1.4	98.6	90.6	9.4	0.0
Minahasa	6.5	93.5	13.9	86.1	97.9	2.1	0.0
Kepulauan Sangihe	3.1	96.9	0.9	99.1	83.0	17.0	0.0
Kepulauan Talaud	0.6	99.4	0.6	99.4	90.8	8.7	0.6
Minahasa Selatan	5.9	94.1	2.1	97.9	90.5	9.5	0.0
Minahasa Utara	1.4	98.6	1.8	98.2	86.6	4.9	8.6
Kota Manado	6.2	93.8	7.0	93.0	88.1	5.7	6.3
Kota Bitung	3.9	96.1	4.1	95.9	61.7	36.5	1.8
Kota Tomohon	0.5	99.5	0.0	100.0	85.5	14.5	0.0
Sulawesi Utara	4.1	95.9	5.1	94.9	87.6	10.0	2.4

Berdasarkan ketersediaan air bersih pada musim kemarau, secara rerata ditemukan 10% rumahtangga di provinsi Sulawesi Utara yang mengalami kesulitan, persentase tertinggi ditemukan di Kota Bitung (36,5%) dan terendah di Kabupaten Minahasa (2,1%). Sementara berdasarkan waktu tempuh untuk mendapatkan air bersih, secara rerata pada tingkat provinsi hampir seluruh rumahtangga memerlukan waktu kurang dari 30 menit, tidak ada perbedaan antar kabupaten/kota. Dilihat dari jarak hampir seluruhnya kurang dari satu kilometer.

Tabel 3.9.1.4
Persentase Rumahtangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan
Air Bersih dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara,
Risikesdas 2007

Karakteristik	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan air		
	Waktu (menit)		Jarak (kilometer)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	>30	≤30	>1	≤1			
Tipe daerah							
Perkotaan	5.0	95.0	5.2	94.8	87.6	10.4	2.0
Perdesaan	3.4	96.6	5.1	94.9	87.6	9.7	2.7
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan							
Kuintil 1	6.0	94.0	6.2	93.8	83.5	12.5	4.0
Kuintil 2	3.2	96.8	4.0	96.0	86.9	10.7	2.3
Kuintil 3	2.8	97.2	4.6	95.4	89.0	8.2	2.9
Kuintil 4	3.6	96.4	5.0	95.0	88.5	9.1	2.4
Kuintil 5	4.8	95.2	5.9	94.1	89.8	9.6	0.7

Berdasarkan waktu tempuh maupun jarak untuk mencapai sumber air bersih, tidak terdapat perbedaan antara rumahtangga yang tinggal di daerah perdesaan dan perkotaan. Sementara berdasarkan kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, juga tidak terdapat perbedaan yang mencolok antara waktu dan jarak untuk menjangkau serta ketersediaan air bersih.

Tabel 3. 9.1.5
Sebaran Rumahtangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air Dalam
Rumahtangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Risikesdas 2007

Kabupaten/Kota	Orang yang biasa mengambil air dalam Rumahtangga			
	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)
Bolaang Mongondow	21.1	0.8	74.0	4.2
Minahasa	38.3	1.5	58.1	2.2
Kepulauan Sangihe	22.6	0.0	71.0	6.5
Kepulauan Talaud	34.4	0.0	62.5	3.1
Minahasa Selatan	31.1	2.6	62.3	4.0
Minahasa Utara	23.8	1.0	73.3	2.0
Kota Manado	36.2	0.0	61.1	2.6
Kota Bitung	34.6	0.0	61.7	3.7
Kota Tomohon	44.7	0.0	55.3	0.0
Sulawesi Utara	32.5	1.0	63.6	3.0

Secara rerata di tingkat provinsi, yang mengambil air lebih banyak laki-laki dewasa daripada perempuan dewasa (dua berbanding satu).

Tabel 3. 9.1.6
Persentase Rumahtangga menurut Anggota Rumahtangga yang Biasa Mengambil Air dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Orang yang biasa mengambil air dalam Rumahtangga			
	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)
Tipe daerah				
Perkotaan	40.8	0.2	55.9	3.1
Perdesaan	29.0	1.3	66.6	3.1
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil 1	30.1	1.0	64.8	4.1
Kuintil 2	34.3	0.9	61.1	3.6
Kuintil 3	25.4	1.8	69.9	2.9
Kuintil 4	37.2	0.4	59.9	2.6
Kuintil 5	38.4	0.6	59.9	1.1

Individu yang biasa mengambil air, baik di perkotaan maupun di perdesaan lebih banyak laki-laki dewasa daripada perempuan atau anak.

Semakin tinggi kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, semakin kecil persentase laki-laki dewasa yang mengambil air. Fenomena ini mungkin menjelaskan karena sumber air relatif dekat, maka rumahtangga dengan keadaan atau status sosial ekonomi lebih tinggi yang dicerminkan pada kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per hari, menganggap tidak harus laki-laki dewasa yang mengambil air. Pekerjaan ini dapat dikerjakan oleh anggota rumahtangga lain.

Tabel 3. 9.1.7
Persentase Rumahtangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik*)
Bolaang						
Mongondow	4.2	1.0	4.9	3.8	0.7	90.6
Minahasa	15.1	2.4	13.2	7.6	1.8	79.9
Kepulauan						
Sangihe	4.1	0.6	6.0	5.0	0.3	89.9
Kepulauan Talaud	6.9		0.6	0.6	2.3	91.3
Minahasa Selatan	2.8	1.5	1.3	2.1	0.6	95.9
Minahasa Utara	4.4	0.5	1.8	0.7	0.5	95.1
Kota Manado	8.1	0.8	4.2	3.0	0.4	90.0
Kota Bitung	2.5	0.2	2.5	0.7		96.6
Kota Tomohon	2.4	0.5	0.5	0.5	0.0	96.6
Sulawesi Utara	6.7	1.0	5.0	3.4	0.7	90.4

Catatan : * tidak keruh, berwarna, berasa, berbusa dan berbau

Secara rerata rumahtangga di provinsi Sulawesi Utara mempunyai air minum yang secara fisik termasuk kategori baik (90,4%), kisaran 80% - 96,6%. Persentase terendah rumahtangga dengan kualitas air minum katageri baik ditemukan di Kabupaten Minahasa (79,9%), karena keruh.

Tabel 3. 9.1.8
Persentase Rumahtangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik*)
Tipe daerah						
Perkotaan	5.3	0.8	3.1	2.5	0.4	92.4
Perdesaan	7.8	1.2	6.5	4.0	0.9	88.9
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan						
Kuintil 1	6.0	1.09649	4.6	5.0	0.77	89.78
Kuintil 2	8.5	1.53677	5.3	3.0	0.99	89.28
Kuintil 3	5.8	0.98793	5.2	2.6	0.66	90.08
Kuintil 4	8.3	1.09769	6.0	4.5	0.98	89.55
Kuintil 5	5.2	0.55617	4.2	1.9	0.34	92.95

Catatan : * tidak keruh, berwarna, berasa, berbusa dan berbau

Berdasarkan tempat tinggal, persentase rumahtangga yang mengonsumsi air minum dengan kualitas fisik baik, cenderung lebih tinggi di daerah perkotaan daripada daerah perdesaan. Persentase rumahtangga di daerah perdesaan yang mengonsumsi air minum dengan kualitas fisik berwarna ditemukan 6,5% dan yang keruh 7,8%, sementara di perkotaan angkanya jauh lebih rendah.

Tabel 3. 9.1.9
Persentase Rumahtangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, 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
Bolaang											
Mongondow	0.3	8.7	1.0	2.9	40.5	29.3	9.5	4.5	0.3	8.7	1.0
Minahasa	4.1	15.7	6.6	6.2	29.9	7.8	26.2	2.1	4.1	15.7	6.6
Kepulauan Sangihe	0.6	19.2	8.8	0.9	2.5	3.1	25.2	37.1	0.6	19.2	8.8
Kepulauan Talaud	0.6	16.7	2.3	4.0	38.5	9.2	26.4	1.1	0.6	16.7	2.3
Minahasa Selatan	0.6	4.8	9.1	2.1	47.6	13.1	22.3	0.4	0.6	4.8	9.1
Minahasa Utara	7.5	13.0	9.4	8.9	26.0	18.3	15.1	1.8	7.5	13.0	9.4
Kota Manado	20.6	20.8	3.9	22.0	26.7	5.3	0,0	0,0	20.6	20.8	3.9
Kota Bitung	12.4	30.7	3.7	25.4	10.7	3.7	6.1	6.1	12.4	30.7	3.7
Kota Tomohon	1.4	12.0	0.0	12.5	32.2	13.5	23.6	4.8	1.4	12.0	0.0
Sulawesi Utara	7,4	15,8	5,1	10,6	29,1	11,8	14,3	4,7	0,6	0,2	0,4

Persentase rumahtangga menurut jenis sumber air yang dikonsumsi secara rerata di tingkat provinsi tertinggi adalah sumur terlindung (29,1%), kemudian air leding meteran dan eceran (21%). Bila digabung antara air leding eceran, meteran dan air kemasan, persentasenya (28,3%) mendekati persentase rumahtangga yang mengonsumsi air sumur terlindung. Fakta ini dapat diartikan bahwa hampir 60% rumahtangga di Sulawesi Utara secara rerata sudah mengonsumsi air dari sumber yang terlindung. Persentase terendah ditemukan di Kabupaten Kepulauan Sangihe yang hanya mencapai sekitar 28% rumahtangga yang mengonsumsi air dari sumber terlindung.

Tabel 3. 9.1.10
Persentase Rumahtangga menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik
Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Sumber Air Minum										
	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Tipe daerah											
Perkotaan	14.9	22.3	5.5	18.8	27.9	7.5	1.36	1.0	0.0	0.0	0.7
Perdesaan	2.0	11.1	4.7	4.7	30.0	14.9	23.5	7.4	1.1	0.3	0.3
Tingkat pendapatan per kapita per bulan											
Kuintil 1	1.5	12.8	3.3	9.6	31.1	14.4	19.5	5.7	1.2	0.5	0.3
Kuintil 2	3.5	12.3	4.7	8.8	31.4	15.2	17.4	5.3	0.5	0.2	0.8
Kuintil 3	8.2	13.3	5.4	9.9	31.0	12.9	13.3	5.2	0.7		0.2
Kuintil 4	9.2	18.5	5.8	12.9	27.5	8.6	12.2	4.6	0.2	0.1	0.3
Kuintil 5	14.5	22.3	6.1	11.9	24.4	7.9	8.85	2.8	0.4	0.1	0.7

Secara rerata, persentase rumahtangga yang mengonsumsi air dari sumur pompa, air leding dan air kemasan lebih banyak di perkotaan daripada di perdesaan, sementara persentase rumahtangga yang mengonsumsi air dari sumur terlindung lebih banyak di perdesaan.

Menurut kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, makin tinggi kuintil makin tinggi persentase rumahtangga yang mengonsumsi air dari sumur pompa, ledeng meteran maupun aceran dan air kemasan.

Tabel 3. 9.1.11
Persentase Rumahtangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan
Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi
Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
Bolaang								
Mongondow	21.4	48.2	30.4	0.1	99.3	2.4	0.7	0.0
Minahasa	6.4	73.6	20.0	5.6	97.6	2.6	0.0	0.3
Kepulauan								
Sangihe	3.6	76.9	19.5	0.0	98.7	0.9	0.0	0.0
Kepulauan								
Talaud	5.3	83.0	11.7	0.6	99.4	11.0	0.6	0.6
Minahasa								
Selatan	5.9	85.4	8.7	1.5	98.7	1.5	1.1	2.8
Minahasa Utara	8.3	81.5	10.3	1.8	95.4	0.0	0.2	2.8
Kota Manado	10.3	74.8	15.0	25.8	85.5	3.5	0.2	12.7
Kota Bitung	7.4	85.9	6.7	1.2	94.6	1.2	0.2	5.7
Kota Tomohon	11.3	56.9	31.9	3.4	99.0	1.0	0.5	2.4
Sulawesi								
Utara	9.8	72.8	17.5	7.5	95.0	2.4	0.4	4.2

Rumahtangga di provinsi Sulawesi Utara secara rerata sebagian besar (72,8%) menyimpan air di dalam wadah tertutup, dan hampir seluruhnya (95%) memasak air minum sebelum dikonsumsi. Persentase rumahtangga yang menyimpan air dalam wadah tertutup terendah ditemukan di Kabupaten Bolaang Mongondow (48,2%). Cara penyimpanan seperti ini berisiko terkena cemaran (kontaminasi), tetapi hampir seluruh (99,3%) rumahtangga di Kabupaten Bolaang Mongondow memasak air minum sebelum dikonsumsi.

Tabel 3. 9.1.12
Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Rumahtangga di
Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Di-masak	Di-saring	Bahan kimia	Lainnya
Tipe daerah								
Perkotaan	8.8	72.8	18.3	12.7	90.5	2.8	0.3	8.4
Perdesaan	10.5	72.7	16.8	3.7	98.3	2.1	0.4	1.0
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan								
Kuintil 1	11.3	75.6	13.2	7.9	97.5	2.9	0.1	1.7
Kuintil 2	10.4	72.1	17.5	8.0	96.7	2.6	0.5	3.0
Kuintil 3	10.9	72.7	16.4	6.8	96.7	2.3	0.2	3.9
Kuintil 4	8.2	72.2	19.6	6.6	92.5	2.3	0.7	6.5
Kuintil 5	8.4	71.2	20.4	8.5	91.5	1.9	0.2	5.8

Tidak terdapat perbedaan persentase rumahtangga yang menyimpan air pada wadah tertutup maupun yang memasak air minum sebelum dikonsumsi antara rumahtangga yang tinggal di daerah perdesaan maupun perkotaan, dan antar kuintil 1 sampai kuintil 5 pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan.

3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar

Tabel 3. 9.2.1
Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tdk pakai
Bolaang Mongondow	35.8	7.5	5.4	51.3
Minahasa	63.8	26.5	1.7	8.0
Kepulauan Sangihe	56.1	9.1	6.0	28.8
Kepulauan Talaud	64.0	11.4	9.1	15.4
Minahasa Selatan	69.0	21.1	1.5	8.4
Minahasa Utara	67.0	14.6	2.7	15.7
Kota Manado	76.4	14.6	4.1	4.8
Kota Bitung	79.5	11.5	1.2	7.8
Kota Tomohon	65.9	31.3	0.0	2.9
Sulawesi Utara	64.0	16.2	3.4	16.3

Pada tingkat provinsi, secara rerata hampir dua pertiga rumah tangga di Provinsi Sulawesi Utara menggunakan fasilitas buang air besar (BAB) milik sendiri, dan masing-masing sekitar seperenam menggunakan fasilitas BAB milik umum atau tidak menggunakan. Persentase rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB milik sendiri terendah di Kabupaten Bolaang Mongondow (35,8%). Sementara persentase rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB milik umum tertinggi di Kota Tomohon dan yang tidak menggunakan fasilitas BAB tertinggi di Kabupaten Kepulauan Sangihe.

Tabel 3. 9.2.2
Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Sulawesi Utara, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tdk pakai
Tipe daerah				
Perkotaan	75.1	16.7	2.9	5.2
Perdesaan	56.1	15.9	3.7	24.3
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil 1	49.7	18.2	6.8	25.3
Kuintil 2	57.0	18.4	4.5	20.1
Kuintil 3	60.8	20.3	2.3	16.6
Kuintil 4	71.5	14.1	2.2	12.2
Kuintil 5	81.3	10.2	1.1	7.4

Berdasarkan tempat tinggal, Persentase rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB milik sendiri lebih besar pada rumah tangga yang tinggal di perkotaan daripada yang tinggal di perdesaan, sebaliknya Persentase rumah tangga yang tidak menggunakan fasilitas BAB Persentasenya lebih besar di perdesaan daripada di perkotaan

Tabel 3. 9.2.3
Persentase Rumah tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Plengsengan	Cemplung/cubluk	Tidak pakai
Bolaang Mongondow	83.1	2.6	4.9	9.5
Minahasa	81.8	7.8	9.2	1.2
Kepulauan Sangihe	94.7	4.4	0.9	
Kepulauan Talaud	97.3	2.7		
Minahasa Selatan	90.8	5.5	2.1	1.6
Minahasa Utara	60.5	28.4	10.8	0.3
Kota Manado	89.0	4.9	6.1	
Kota Bitung	88.1	7.7	2.9	1.3
Kota Tomohon	89.1	5.4	5.4	0.0
Sulawesi Utara	85.1	7.8	5.7	1.4

Sebagian besar rumah tangga di provinsi Sulawesi Utara menggunakan fasilitas BAB jenis leher angsa (85%), tidak terdapat variasi menyolok, kecuali yang terendah di Kabupaten Minahasa Utara (60%). Di Kabupaten yang disebut belakangan ini, persentase rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB jenis plengsengan dan cubluk juga paling tinggi, masing-masing 28% dan 11%.

Tabel 3. 9.2.4
Persentase Rumah tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik
Rumah tangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Plengsengan	Cemplung/cubluk	Tidak pakai
Tipe daerah				
Perkotaan	86.0	8.0	5.5	0.5
Perdesaan	84.3	7.6	5.8	2.3
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil 1	76.9	10.1	9.5	3.4
Kuintil 2	86.4	6.8	5.5	1.2
Kuintil 3	85.9	8.0	5.0	1.1
Kuintil 4	83.6	9.5	5.2	1.6
Kuintil 5	91.4	4.9	3.6	0.1

Tidak terdapat perbedaan persentase rumah tangga menurut jenis fasilitas BAB yang digunakan dan tempat tinggal, baik rumah tangga yang tinggal di perkotaan maupun perdesaan. Semakin tinggi kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, makin besar persentase rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB leher angsa, dan makin rendah persentase yang menggunakan fasilitas BAB jenis lainnya (plengsengan, cubluk atau yang tidak menggunakan).

Tabel 3. 9.2.5
Persentase Rumahtangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
Bolaang Mongondow	34.6	0.6	47.3	11.5	2.9	3.1
Minahasa	69.7	0.4	4.4	21.6	2.1	1.9
Kepulauan Sangihe	56.0	0.3	12.3	19.5	11.0	0.9
Kepulauan Talaud	62.1	0.0	1.1	13.2	9.8	13.8
Minahasa Selatan	60.0	0.6	5.5	31.8	0.8	1.3
Minahasa Utara	44.6	0.5	5.5	38.7	4.6	6.2
Kota Manado	81.3	0.2	2.5	13.6	0,0	2.5
Kota Bitung	69.3	1.2	2.2	19.5	2.2	5.6
Kota Tomohon	59.6	1.0	1.4	37.0	0.5	0.5
Sulawesi Utara	61.6	0.5	11.0	21.0	2.7	3.2

Secara rerata sekitar 61,6% rumahtangga di Sulawesi Utara menggunakan SPAL sebagai tempat pembuangan akhir tinja. Persentase terendah ditemukan di Kabupaten Bolaang Mongondow (34,6%) dan tertinggi di Kota Manado (81,3%). Masih ditemukan sekitar 21% yang membuang ke lubang tanah dan 11% ke sungai atau laut. Kedua cara terakhir ini apalagi cara yang terakhir akan berisiko mencemari air baku. Persentase tertinggi yang menggunakan sungai atau laut sebagai tempat pembuangan akhir tinja ditemukan di Kabupaten Bolaang Mongondow (47,3%)

Tabel 3. 9.2.6
Persentase Rumahtangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan
Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Susenas 2007

Karakteristik	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
Tipe daerah						
Perkotaan	76.3	0.5	3.4	16.7	0.8	2.3
Perdesaan	51.0	0.5	16.4	24.1	4.1	3.8
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan						
Kuintil 1	47.9	0.1	14.5	26.6	5.6	5.3
Kuintil 2	57.3	0.7	13.7	20.4	3.2	4.8
Kuintil 3	62.0	0.8	11.6	20.6	2.1	3.0
Kuintil 4	65.9	0.5	9.8	20.3	1.9	1.6
Kuintil 5	75.1	0.3	5.3	16.9	1.1	1.2

Persentase rumahtangga yang menggunakan tangki/SPAL sebagai tempat akhir pembuangan tinja lebih besar pada rumahtangga yang tinggal di perkotaan daripada di perdesaan. Sementara yang menggunakan lubang tanah dan sungai atau laut sebagai tempat pembuangan akhir tinja, lebih banyak diketemukan pada rumahtangga yang tinggal di perdesaan daripada di perkotaan.

3.9.3. Sarana Pembuangan Air Limbah

Tabel 3. 9.3.1
Persentase Rumah tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk ada
Bolaang Mongondow	37.1	5.0	57.9
Minahasa	49.7	8.8	41.5
Kepulauan Sangihe	27.5	3.2	69.3
Kepulauan Talaud	46.8	4.0	49.1
Minahasa Selatan	59.5	6.1	34.4
Minahasa Utara	52.5	6.0	41.4
Kota Manado	57.2	13.6	29.3
Kota Bitung	32.5	39.3	28.2
Kota Tomohon	71.3	10.4	18.3
Sulawesi Utara	48.5	11.0	40.5

Secara rerata hampir 50% rumah tangga di Sulawesi Utara menggunakan saluran air terbuka untuk membuang air limbah, hanya 11% rumah tangga menggunakan saluran tertutup, dan bahkan 40,5% tidak mempunyai saluran pembuangan air limbah. Kondisi ini sudah barang tentu berpengaruh pada risiko pencemaran air baku tanah.

Tabel 3. 9.3.2
Persentase Rumah tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk ada
Tipe daerah			
Perkotaan	52.6	18.6	28.8
Perdesaan	45.5	5.2	49.3
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil 1	42.1	4.5	53.5
Kuintil 2	46.8	8.4	44.8
Kuintil 3	48.8	10.0	41.2
Kuintil 4	48.9	13.0	38.0
Kuintil 5	56.0	18.6	25.4

Persentase rumah tangga yang mempunyai saluran pembuangan air limbah, baik saluran terbuka maupun tertutup lebih banyak pada rumah tangga yang tinggal di perkotaan daripada di perdesaan.

Semakin tinggi kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, semakin besar persentase rumah tangga yang mempunyai saluran pembuangan air limbah, baik yang tertutup maupun terbuka.

Tabel 3.9.3.3
Persentase Rumah tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Susenas dan Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Air bersih		Sanitasi	
	Kurang	Akses*)	Kurang	Akses**)
Bolaang Mongondow	38.1	61.9	67.7	32.3
Minahasa	36.9	63.1	47.9	52.1
Kepulauan Sangihe	39.5	60.5	45.9	54.1
Kepulauan Talaud	33.4	66.6	36.8	63.2
Minahasa Selatan	36.0	64.0	34.5	65.5
Minahasa Utara	36.8	63.2	58.5	41.5
Kota Manado	38.1	61.9	34.3	65.7
Kota Bitung	36.9	63.1	29.5	70.5
Kota Tomohon	39.5	60.5	39.4	60.6
Sulawesi Utara	33.4	66.6	45.0	55.0

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

Secara rerata, 66,6% rumah tangga di Sulawesi Utara mempunyai akses terhadap air bersih, dan 55% mempunyai akses sanitasi yang baik. Akses terhadap air bersih terendah di Kabupaten Kepulauan Talaud (33,4%) dan tertinggi di Kabupaten Minahasa (36,9%)

Tabel 3. 9.3.4
Persentase Rumah tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Air bersih		Sanitasi	
	Kurang	Akses*)	Kurang	Akses**)
Tipe daerah				
Perkotaan	33,8	66,2	35.9	64.1
Perdesaan	39,5	60,5	51.5	48.5
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil 1	38.1	61.9	60.5	39.5
Kuintil 2	36.9	63.1	50.0	50.0
Kuintil 3	39.5	60.5	47.4	52.6
Kuintil 4	33.4	66.6	39.3	60.7
Kuintil 5	36.0	64.0	26.0	74.0

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

Berdasarkan tempat tinggal, persentase rumah tangga yang mempunyai akses terhadap air bersih tidak berbeda antara rumah tangga yang tinggal di perkotaan dan perdesaan. Sementara untuk persentase rumah tangga yang mempunyai akses terhadap sanitasi baik, cenderung lebih tinggi rumah tangga yang tinggal di perkotaan daripada di perdesaan.

3.9.4. Pembuangan Sampah

Tabel 3. 9.4.1
Persentase Rumahtangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Bolaang Mongondow	0.7	3.5	95.8	0.7	39.4	59.9
Minahasa	6.4	18.2	75.4	3.1	33.0	63.9
Kepulauan Sangihe	3.5	12.7	83.9	2.2	20.3	77.5
Kepulauan Talaud	1.8	26.5	71.8	1.8	27.1	71.2
Minahasa Selatan	3.5	53.4	43.2	0.9	65.9	33.3
Minahasa Utara	4.0	38.0	58.0	2.3	54.6	43.1
Kota Manado	37.5	26.7	35.8	12.7	19.6	67.7
Kota Bitung	13.0	18.7	68.3	9.6	30.6	59.8
Kota Tomohon	10.6	35.7	53.6	2.5	68.1	29.4
Sulawesi Utara	12.2	24.0	63.7	5.0	36.7	58.3

Secara rerata, hampir dua pertiga rumahtangga (63,7%) di Sulawesi Utara tidak mempunyai penampungan sampah di dalam rumah, dan 58,3% tidak memiliki penampungan sampah di luar rumah. Sekitar satu di antara empat rumahtangga di Sulawesi Utara secara rerata mempunyai tempat penampungan sampah terbuka di dalam rumah, dan hanya satu di antara delapan rumahtangga yang memiliki penampungan sampah tertutup di dalam rumah. Persentase rumahtangga yang memiliki tempat penampungan sampah tertutup di dalam rumah tertinggi di Kota Manado (37,5%) dan terendah di Bolaang Mongondow (0,7%)

Tabel 3. 9.4.2
Persentase Rumahtangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Tipe daerah						
Perkotaan	23.6	27.2	49.3	9.7	30.3	59.9
Perdesaan	4.0	21.8	74.2	1.6	41.2	57.2
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan						
Kuintil 1	6.9	22.9	70.2	2.0	33.6	64.4
Kuintil 2	9.4	22.3	68.3	3.2	35.3	61.5
Kuintil 3	11.6	22.2	66.2	4.2	37.0	58.8
Kuintil 4	12.9	26.6	60.5	5.5	36.6	57.9
Kuintil 5	19.3	25.7	55.0	9.9	41.1	49.0

Berdasarkan tempat tinggal, persentase rumahtangga yang tinggal di daerah perkotaan yang mempunyai tempat penampungan sampah tertutup lebih besar pada rumahtangga di perkotaan daripada perdesaan. Semakin tinggi kuintil pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan, makin besar persentase rumahtangga yang memiliki tempat penampungan sampah tertutup di dalam rumah.

3.9.5. Perumahan

Tabel 3. 9.5.1
Persentase Rumahtangga menurut Jenis Lantai Rumah
dan Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Utara,
Risikesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	> 8 m ² /kapita	< 8 m ² /kapita
Bolaang Mongondow	91.1	8.9	69.2	30.8
Minahasa	88.3	11.7	77.7	22.3
Kepulauan Sangihe	75.5	24.5	67.3	32.7
Kepulauan Talaud	88.6	11.4	65.1	34.9
Minahasa Selatan	91.8	8.2	81.3	18.7
Minahasa Utara	91.1	8.9	71.1	28.9
Kota Manado	97.7	2.3	78.6	21.4
Kota Bitung	93.4	6.6	69.8	30.2
Kota Tomohon	91.3	8.7	72.5	27.5
Sulawesi Utara	91.2	8.8	74.1	25.9

Hampir seluruh rumahtangga di Sulawesi Utara secara rerata rumahnya berlantaikan bukan tanah (91,2%). terendah di Kabupaten Kepulauan Sangihe (75,5 %). Rumahtangga yang rumahnya berlantaikan tanah terbanyak ditemukan di Kabupaten Kepulauan Manado (97,7%)

Menurut kepadatan penghuni, secara rerata hampir tiga perempat (74,1 %) rumahtangga di Sulawesi Utara mempunyai rumah dengan kepadatan > 8 meter persegi per kapita, dengan persentase terbesar di Kabupaten Minahasa Selatan (81,3%) dan terendah di Kabupaten Kepulauan Sangihe (65,1%).

Rumahtangga yang tinggal di daerah perkotaan cenderung mempunyai rumah berlantaikan bukan tanah dan memiliki kepadatan lebih rendah. Semakin tinggi tingkat pengeluaran, semakin rendah persentase rumahtangga dengan lantai tanah dan tingkat kepadatan huniannya juga semakin rendah.

Tabel 3. 9.5.2
Persentase Rumahtangga Menurut Jenis Lantai Rumah
dan Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumahtangga, Risikesdas 2007

Karakteristik	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	> 8 m ² /kapita	< 8 m ² /kapita
Tipe daerah				
Perkotaan	95.8	4.2	79.2	20.8
Perdesaan	87.9	12.1	70.5	29.5
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil 1	81.3	18.8	44.9	55.1
Kuintil 2	90.0	10.0	68.2	31.8
Kuintil 3	93.0	7.0	78.3	21.7
Kuintil 4	93.7	6.3	86.3	13.7
Kuintil 5	98.0	2.0	93.2	6.8

Tabel 3.9.5.3
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan
Peliharaan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Ternak Unggas			Ternak Sedang (kambing/ domba/babi dll)			Ternak Besar (sapi/kerbau/ kuda dll)			Anjing/kucing/ kelinci		
	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak Pelihara	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak Pelihara	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak Pelihara	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak Pelihara
	Bolaang Mongondow	3.7	39.7	56.6	0,0	5.8	94.2	0.1	3.0	96.9	11.5	7.0
Minahasa	8.5	40.3	51.1	0.3	5.0	94.7	0,0	3.0	97.0	35.9	23.0	41.1
Kepulauan Sangihe	0.9	65.8	33.2	0.6	25.5	73.9	0,0	2.6	97.4	24.7	17.0	58.3
Kepulauan Talaud	1.2	48.0	50.9	1.2	36.4	62.4	0,0	0.6	99.4	10.5	14.5	75.0
Minahasa Selatan	1.5	51.5	47.0	0.2	10.2	89.6	0.2	4.1	95.7	39.5	9.9	50.6
Minahasa Utara	0.5	27.0	72.6	0.5	12.4	87.1	0.2	1.6	98.2	31.6	7.9	60.5
Kota Manado	2.8	16.2	81.0	0.4	2.0	97.6	0,0	0,0	100.0	16.8	9.1	74.1
Kota Bitung	2.7	20.1	77.1	0,0	4.2	95.8	0.5	2.2	97.3	22.4	9.4	68.2
Kota Tomohon	4.4	33.2	62.4	0.5	1.0	98.5	0.5	2.4	97.1	39.3	14.4	46.3
Sulawesi Utara	3.5	34.6	62.0	0.3	8.1	91.6	0.1	2.1	97.8	25.0	12.3	62.7

Tabel 3.9.5.3 menunjukkan persentase rumahtangga menurut tempat pemeliharaan ternak/hewan peliharaan menurut kabupaten di Provinsi Sulawesi Utara.

Secara rerata sekitar 62% rumahtangga di Sulawesi Utara tidak memelihara ternak unggas, dan sekitar sepertiganya memelihara ternak unggas di luar rumah. Persentase rumahtangga yang memelihara ternak unggas terendah di Kota Manado (17%) dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Sangihe (66,7%).

Sebagian besar (91,6%) rumahtangga di Sulawesi Utara tidak memelihara ternak sedang seperti kambing,domba, babi. Hampir semua (97,8%) rumahtangga secara rerata tidak memelihara ternak besar. Hampir dua pertiga (62,7%) rumahtangga tidak memelihara hewan piaraan seperti anjing/kucing/kelinci. Sekitar satu dari empat (24,7%) rumahtangga memelihara hewan peliharaan tersebut, dengan persentase tertinggi di Kabupaten Minahasa Selatan (39,5%) dan terendah di Kabupaten Talaud (10,5%).

Tabel 3.9.5.4
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan
Peliharaan Menurut Karakteristik, di Provinsi Sulawesi Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Ternak Unggas			Ternak Sedang (domba/babi dll)			Ternak Besar (kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak pelihara	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak pelihara	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak pelihara	Dlm Rmh	Luar Rmh	Tidak pelihara
	Tipe Daerah											
Kota	3.5	21.4	75.1	0.2	2.2	97.5	0.2	0.9	98.9	21.5	11.0	67.5
Desa	3.5	44.1	52.4	0.3	12.3	87.4	0.1	3.0	96.9	27.4	13.3	59.3
Tingkat pengeluaran/kapita												
Kuintil-1	5.7	37.2	57.1	0.2	10.3	89.5	0.3	1.9	97.8	24.0	10.1	65.9
Kuintil-2	3.3	36.4	60.3	0.3	8.6	91.1	0,0	2.3	97.7	24.3	11.7	64.0
Kuintil-3	2.7	34.6	62.7	0.2	8.3	91.5	0.0	2.0	98.0	24.0	13.8	62.2
Kuintil-4	3.0	36.9	60.2	0.1	6.6	93.3	0.1	2.9	97.0	27.1	13.9	59.0
Kuintil-5	2.8	28.1	69.1	0.6	6.7	92.7	0.2	1.6	98.2	25.9	12.4	61.8

Tabel 3.9.5.4 menunjukkan persentase rumahtangga menurut tempat pemeliharaan ternak/hewan peliharaan menurut kabupaten dan karakteristik rumahtangga di Provinsi Sulawesi Utara. Berdasarkan tempat tinggal, persentase rumahtangga yang memelihara ternak unggas, ternak sedang, ternak besar dan hewan peliharaan, lebih besar pada rumahtangga yang tinggal di perdesaan daripada di perkotaan.

BAB IV. RINGKASAN TEMUAN

4.1. Gizi.

Secara umum pada tingkat provinsi, prevalensi balita gizi kurang+buruk (15,8%) sudah memenuhi target nasional 2015 (20%), kecuali 2 kabupaten yakni Kepulauan Talaud dan Kota Bitung belum mencapai target MDGs 2015 maupun target nasional. Sementara itu Kabupaten Minahasa Utara dan Kota Manado berpeluang besar untuk mencapai kedua target tersebut.

Masalah kekurusan (prevalensi balita kurus+sangat kurus) di Provinsi Sulawesi Utara termasuk tinggi (10,2%), yang berarti masalah kekurusan di provinsi ini bersifat akut dan masalahnya masuk kategori yang serius. Meski masalah gizi kronis di Sulawesi Utara lebih rendah ketimbang angka nasional, tetapi prevalensinya masih cukup tinggi yakni hampir sepertiga (31,2%) balita termasuk kategori pendek+sangat pendek, jadi masalah gizi kronis juga sedikit banyak mewarnai masalah gizi balita di provinsi ini. Meskipun kekurusan menjadi masalah serius di provinsi ini, uniknya prevalensi balita gemuk hampir sedikit lebih tinggi (10,9%) ketimbang angka kekurusan. Fenomena ini menunjukkan bahwa masalah gizi ganda (gizi kurang dan gizi lebih) sudah diketemukan sejak usia balita. Hal yang sama juga ditemukan pada anak usia sekolah (prevalensi kurus pada anak laki-laki sama dengan BB lebih (masing-masing 9% dan 9,2%), pada anak perempuan, prevalensi kurus juga hamper sama dengan BB lebih (masing-masing 7,4% dan 8%). Prevalensi BB lebih anggota rumahtangga dewasa dua kali lebih tinggi daripada prevalensi kurus (14,2% vs 6,7%), sementara prevalensi kegemukan hamper tiga kali lebih tinggi (18,9%).

Secara rerata empat dari lima (80%) rumahtangga di Sulawesi Utara mengonsumsi energi lebih rendah dari rerata nasional, dan tiga dari empat (75%) rumahtangga mengonsumsi protein lebih rendah dari rerata nasional. Secara rerata 90% rumahtangga mengonsumsi garam beryodium. Kota Bitung merupakan satu-satunya yang memiliki persentase rumahtangga yang mengonsumsi garam yodium terendah (50%).

4.2. Kesehatan ibu dan anak.

Pada tingkat provinsi, secara umum cakupan imunisasi pada anak umur 12-23 sudah mencapai >80% sehingga kekebalan kelompok (*herd immunity*) dapat dicapai, kecuali untuk HB baru mencapai 71%.

Hampir 60% balita ditimbang ≥ 4 kali dalam 6 bulan terakhir. Sebagian besar rumahtangga menimbang anak balita di Posyandu. Hampir sepertiga anak umur 6-59 bulan tidak memiliki KMS, dan dua pertiga yang menyatakan memiliki KMS tidak dapat menunjukkannya. Hal serupa juga diketemukan pada kepemilikan buku KIA. Persentase anak 6-59 bulan yang menerima kapsul vitamin A dalam 6 bulan terakhir (80%) sudah mendekati sasaran nasional.

4.3. Penyakit menular.

Dalam satu bulan terakhir, berdasarkan diagnosa+gejala penyakit malaria, penyakit ini dapat ditemukan di semua kabupaten/kota dengan prevalensi sangat bervariasi antara 0,3% - 11,2%. Dalam 12 bulan terakhir, berdasarkan diagnosa+gejala penyakit DBD, penyakit ini ditemukan di semua kabupaten/kota dengan prevalensi 0,1% - 0,7%. Filariasis diketemukan di lima kabupaten/kota.

Dalam 1 bulan terakhir, berdasarkan diagnosa+gejala penyakit ISPA diketemukan di semua kabupaten/kota dengan prevalensi 20,5% penduduk. Dalam 12 bulan terakhir, prevalensi TBC sebesar 0,6%, angka ini lebih rendah ketimbang angka nasional. Prevalensi diare dalam satu bulan terakhir 5,4%, dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud (8,8%)

4.4. Penyakit tidak menular.

Prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran cukup tinggi (31,2%), dan ditemukan dua kabupaten dengan prevalensi > 40% yakni Kabupaten Minahasa dan Kota Tomohon. Prevalensi penyakit sendi juga cukup tinggi (25%), dengan prevalensi tertinggi 34% ditemukan di Kabupaten Minahasa Selatan. Dalam satu tahun terakhir, berdasarkan diagnosa+gejala penyakit jantung, ditemukan prevalensi jantung 8,2%, dan prevalensi asma 2,7 %. Secara rerata di provinsi Sulawesi Utara hampir 1 di antara 10 penduduk (8,97%) menderita gangguan mental emosional, angka tertinggi di Kabupaten Kepulauan Talaud (20%). Prevalensi *low vision* dan kebutaan penduduk umur ≥ 5 tahun dalam 5 tahun terakhir 3,4 % dan 0,5%. Di Sulawesi Utara, berdasarkan diagnosa+gejala katarak, ditemukan secara rerata prevalensi katarak penduduk umur ≥ 30 tahun sebesar 20%, dengan prevalensi tertinggi 34% di Kabupaten Kepulauan Talaud. Hampir satu di antara tiga penduduk di provinsi Sulawesi Utara mempunyai masalah gigi-mulut namun persentase yang menerima perawatan gigi baru satu di antara empat.

4.5. Perilaku.

Hampir satu di antara empat (24,6%) penduduk umur ≥ 10 tahun termasuk perokok setiap hari, dan menghisap secara rerata 10 batang per hari. Hampir tiga perempat (74,4%) penduduk yang berumur ≥ 10 tahun adalah perokok saat ini, dan menghisap 1-12 batang rokok setiap hari. Sebanyak 87% perokok biasa merokok di dalam rumah. Jenis rokok yang paling disukai oleh perokok adalah rokok kretek berfilter (>50%).

Hanya 8,6% penduduk umur ≥ 10 tahun yang biasa mengonsumsi cukup buah dan sayur. Dalam satu bulan terakhir, prevalensi peminum minuman beralkohol sekitar 15%, peminum dalam satu tahun terakhir mencapai 17%. Secara rerata, hampir separuh (47%) penduduk umur ≥ 10 tahun, kurang melakukan aktivitas fisik.

Sebanyak 71% penduduk umur ≥ 10 tahun di Sulawesi Utara pernah mendengar tentang flu burung, dan 80% di antaranya pengetahuannya tersebut benar. Hampir separuh penduduk umur ≥ 10 tahun pernah mendengar tentang HIV/AIDS, tetapi hanya seperdelapannya yang mempunyai pengetahuan tentang penularan. Sebanyak 37% penduduk umur ≥ 10 tahun yang berperilaku cuci tangan dengan sabun.

4.6. Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Hampir 60% rumahtangga mempunyai akses ke tempat pelayanan kesehatan dengan jarak <1km, dan sekitar tiga perempat (76%) memerlukan waktu <15 menit. Sebagian besar (84%) rumahtangga mempunyai akses ke pelayanan kesehatan UKBM dengan jarak < 1km dan 92% rumahtangga memerlukan waktu <15 menit untuk mencapai UKBM. Rumahtangga yang memanfaatkan layanan kesehatan UKBM dalam 3 bulan terakhir hanya 20%. Alasan utama tidak memanfaatkan layanan kesehatan UKBM karena layanannya tidak lengkap (71%) dan 18% karena memang tidak ada UKBM di sekitar tempat tinggalnya. Dalam 3 bulan terakhir, layanan penimbangan paling banyak dimanfaatkan oleh rumahtangga (88%) disusul imunisasi (58%) dan suplemen gizi (55%). Pemanfaatan layanan polindes/bidan di desa masih sangat rendah (< 20%). Lebih separuh (>50%) responden memberikan alasan yang tidak jelas mengapa tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa. Jenis layanan polindes/bidan yang paling banyak dimanfaatkan dalam 3 bulan terakhir adalah pengobatan (>80%).

4.7. Kesehatan lingkungan.

Tidak sampai separuh (17,6 %) rumahtangga di provinsi Sulawesi Utara memakai air bersih antara 20 - 49,9 liter/orang/hari. Sebagian besar (>80%) rumahtangga menempati rumah berlantai bukan tanah.

DAFTAR PUSTAKA

1. ----- Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi. http://www.klinik_pria.com/datatopik/hipertensi.htm. 2005
2. ----- Hipertensi. <http://www.medicastore.com/penyakit/hiperten.htm>. 9/20/2002
3. Abas B. Jahari, Sandjaja, Herman Sudiman, Soekirman, Idrus Jus'at, Fasli Jalal, Dini Latief, Atmarita. Status gizi balita di Indonesia sebelum dan selama krisis (Analisis data antropometri Susenas 1989 - 1999). Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII. Jakarta 29 Februari - 2 Maret 2000.
4. AMA (American Medical Association), 2001, Depression Linked With Increased Risk of Heart Failure Among Elderly With Hypertension, http://www.medem.com/MedLB/article_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub_cat=73 8/24/2002.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular, Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Kesehatan Ibu dan Anak*.
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil*.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan Data Susenas 2001: *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*. Tahun 2002
10. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003*. ORC Macro 2002-2003.
11. Balitbangkes. Depkes RI. Operational Study an Integrated Community-Based Intervention Program on Common Risk Factors of Major Non-communicable Diseases in Depok Indonesia, 2006.
12. Basuki, B & Setianto, B. Age, Body Posture, Daily Working Load, Past Antihypertensive drugs and Risk of Hypertension : A Rural Indonesia Study. 2000.
13. Bedirhan Ustun. The International Classification Of Functioning, Disability And Health – A Common Framework For Describing Health States. p.344-348, 2000
14. Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary. Geneva World Health Organization, 2001
15. Bonita R, de Courten M, Dwyer T et al, 2001, *The WHO Stepwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*, Geneva: World Health Organization
16. Bonita, R., de Courten, M., Dwyer, T., Jamrozik, K., Winkelmann, R. *Surveillance Noncommunicable Diseases and Mental Health. The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*. Geneva: World Health Organization, 2002.
17. Brotoprawiro, S dkk. Prevalensi Hipertensi pada Karyawan Salah Satu BUMN yang menjalani pemeriksaan kesehatan, 1999. Kelompok Kerja Serebro Vaskular FK UNPAD/RSHS “ . Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI, 2002.
18. CDC Growth Charts for the United State : Methods and Development. Vital and Health Statistics. Department of Health and Human Services. Series 11, Number 246, May 2002

19. CDC. State – Specific Trend in Self Report 3d Blood Pressure Screening and High Blood Pressure – United States, 1991 – 1999. 2002. *MMWR*, 51 (21) : 456.
20. CDC. State-Specific Mortality from Stroke and Distribution of Place of Death United States, 2002. *MMWR*, 51 (20), : 429 .
21. Darmojo, B. Mengamati Penelitian Epidemiologi Hipertensi di Indonesia. Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI , 2000.
22. Departemen Kesehatan R.I, 1999, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta: Depkes RI
23. Departemen Kesehatan R.I, 2003, *Pemantauan Pertumbuhan Balita*, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat, Depkes RI
24. Departemen Kesehatan R.I. 2003. Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat. Jakarta: Departemen Kesehatan.
25. Departemen Kesehatan R.I. *Panduan Pengembangan Sistem Surveilans Perilaku Berisiko Terpadu*. Tahun 2002
26. Departemen Kesehatan R.I. Pusat Promosi Kesehatan. *Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat*. Tahun 2002
27. Departemen Kesehatan RI. SKRT 1995. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 1997
28. Departemen Kesehatan, Direktorat Epim-Kesma. Program Imunisasi di Indonesia, Bagian I, Jakarta, Depkes, 2003.
29. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta. 2001.
30. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta 2004.
31. Djaja, S. et al. Statistik Penyakit Penyebab Kematian, SKRT 1995
32. George Albery. Non Communicable Disease. Tomorrow's pandemic. Bulletin WHO 2001; 79/10: 907.
33. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. 1995
34. Hashimoto K, Ikewaki K, Yagi H, Nagasawa H, Imamoto S, Shibata T, Mochizuki S. Glucose Intolerance is Common in Japanese Patients With Acute Coronary Syndrome Who Were Not Previously Diagnosed With Diabetes. *Diabetes Care* 28: 1182 -1186, 2005.
35. International Classification Of Functioning, Disability And Health (ICF). World Health Organization, Geneva, 2001
36. Jadoon, Mohammad Z., Dineen B., Bourne R,R,A., Shah S,P., Khan, Mohammad A., Johnson G,J., et al, Prevalence of Blindness and Visual Impairment in Pakistan: The Pakistan National Blindness and Visual Impairment Survey, *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 2006;47:4749-55,
37. Janet. AS. Diet Obesitas dan hipertensi. <http://www.surya.co.id /31072002 /10a.phtml>. 2002
38. Kaplan NM. Clinical Hipertension, 8th Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.
39. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : Clinical Hypertention, 7th Ed. Baltimore : Williams and Wilkins Inc. 1998 : 41-132
40. Kristanti CM, Dwi Hapsari, Pradono J dan Soemantri S, 2002. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Analisis Data . Survei Kesehatan Rumah Tangga
41. Kristanti CM, Suhardi, dan Soemantri S, 1997. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga.

42. Leonard G Gomella, Steven A Haist. Clinicians Pocket Reference, Mc. Grawhill Medical Publishing division, International edition, NY, 2004
43. Mansjoer, A, dkk. Hipertensi di Indonesia .Kapita Selekta Kedokteran 1999 :518 – 521.
44. Muchtar & Fenida. Faktor-faktor yang berhubungan Dengan Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Hipertensi Ringan dan Sedang yang berobat di poli Ginjal Hipertensi, 1998.
45. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge
46. Parvez Hossain, M.D., Bisher Kawar, M.D., and Meguid El Nahas, M.D., Ph.D. The New England Journal of Medicine. Vol 356: 213 – 215, Jan 18, 2007
47. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
48. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
49. Petunjuk Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI., 2004
50. *Policy Paper for Directorate General of Public Health, June 2002*
51. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2005
52. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
53. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
54. Resolution WHA56.1.WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: Fifty-sixth World Health Assembly. 19-28 May 2003.Geneva, World Health Organization, 2003
55. Resolution WHA57.17.Global Strategy on diet,physical activity, and health. In:Fifty-seventh World Health Assembly. 17-12 May 2004.Geneva, World Health Organization, 2004
56. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2007
57. Rose Men's. How To Keep Your Blood Pressure Under Control. News Health Recourse, 1999
58. S.Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001
59. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan.Jakarta, 7-8 Desember 2005.
60. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan vitamin A untuk bayi dan balita di Indonesia. Prosiding temu Ilmiah dan Kongres XIII Persagi, Denpasar, 20-22 November 2005.
61. Sarimawar Djaja dan S. Soemantri. Perjalanan Transisi Epidemiologi di Indonesia dan Implikasi Penanganannya, Studi Mortalitas Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001. *Bulletin of Health Studies, Volume 31, Nomor 3 – 2003, ISSN: 0125 – 9695 .ISN = 724*
62. Sarimawar Djaja, Joko Irianto, Lisa Mulyono. Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, SKRT 2001. *The Journal of the Indonesian Medical Association, Volume 53, No 8, ISSN 0377-1121*
63. Saw S-M,, Husain R,, Gazzard G,M,, Koh D,, Widjaja D,, Tan D,T,H, Causes of low vision and blindness in rural Indonesia, *British Journal of Ophthalmology* 2003;87:1075-8,
64. Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999

65. Sinaga, S. dkk. Pola Sikap Penderita Hipertensi Terhadap Pengobatan Jangka Panjang, dalam Naskah Lengkap KOPAPDI VI, 1984, Penerbit UI-PRESS : 1439.
66. SK Menkes RI Nomor : 736a/Menkes/XI/1989 tentang Definisi Anemia dan batasan Normal Anemia
67. Sobel, BJ. & Bakris GL. Hipertensi, Pedoman Klinik Diagnosis & Terapy. 1999 : 13
68. Sonny P.W., Agustina Lubis. *Gambaran Rumah Sehat di Berbagai Provinsi Indonesia Berdasarkan Data SUSENAS 2001*. Analisis lanjut Data Susenas – Surkesnas 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes R.I.
69. Sri Hartini KS Kariadi. Laju Konversi Toleransi Glukosa Terganggu menjadi Diabetes di Singaparna, Jawa Barat. Disampaikan pada Konggres Nasional ke 5. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, Bandung 9 – 13 April 2000 (SX111-1)
70. Sunyer FX. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med.* 1993 : 119.
71. Suradi & Sya'bani, M, et al. Hipertensi Borderline “White Coat” dan sustained “ : Suatu Studi Komperatif terhadap Normotensi para karyawan usia 18 – 42 tahun di RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta. *Berkala Ilmu Kedokteran* Vol. 29 (4), 1997.
72. Syah, B. Non-communicable Disease Surveillance and Prevention in South-East Asia Region, 2002.
73. The Australian Institute of Health and Welfare 2003. *Indicators of Health Risk Factors: The AIHW view.* AIHW Cat. No. PHE 47. Canberra: AIHW. P.2,3,8.
74. The WHO STEPwise approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases 2003. *STEPS Instrument for NCD Risk Factors (Core and expanded Version 1.3.)*
75. Tim survei Depkes RI, Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996, Depkes RI, Jakarta;1997,
76. U. Laasar. The Risk of Hypertension : Genesis and Detection. *Dalam: Julian Rosenthal, Arterial Hypertension, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapy*, Springer-Verlag, New York Heidelberg Berlin, 1984 : 44.
77. Univ. Cape town, Department of Haematology. *Haematology: An Aproach to Diagnosis and Management.* Cape town, 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, 2001, *Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) 2001*, Jakarta: Badan Litbangkes.
78. WHO, 1995. *Oral Health Care, Needs of the Community. A Public Health Report.*
79. WHO. Assessing the iron status of populations: Report of a joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention technical consultation on the assessment of iron status at the population level , Geneva, Switzerland, April 2004
80. WHO. Auser’s guide to the self reporting questionnaire. Geneva.1994.
81. WHO/SEARO. Surveillance of Major Non-communicable Diseases in South – East Asia Region, Report of an Inter-country Consultation, 2005.
82. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension *Journal of Hypertension*, 1999
83. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension *Journal of Hypertension*, 2003
84. World Health Organization, 2003, *The World Health Survey Programme*, Geneva.
85. World Health Organization. 2003. The Surf Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current of global data. Geneva: WHO. p.15.

LAMPIRAN