

**LAPORAN HASIL
RISET KESEHATAN DASAR
(RISKESDAS)
PROVINSI MALUKU UTARA
TAHUN 2008**

**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 jajaran kesehatan di daerah, dan tentu saja seluruh peneliti Balitbangkes sendiri. Dalam setiap rapat atau pertemuan, selalu ada perbedaan pendapat yang terkadang sangat tajam, terkadang disertai emosi, namun didasari niat untuk menyajikan yang terbaik bagi bangsa. Setelah cukup matang, dilakukan uji coba bersama BPS di Kabupaten Bogor dan Sukabumi yang menghasilkan penyempurnaan instrumen penelitian, kemudian bermuara pada "launching" Riskesdas oleh Menteri Kesehatan pada tanggal 6 Desember 2006

Instrumen penelitian meliputi:

1. Kuesioner:
 - a. Rumah Tangga → 7 blok, 49 pertanyaan tertutup + beberapa pertanyaan terbuka
 - b. Individu → 9 blok, 178 pertanyaan
 - c. 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 dosel Poltekkes, Jajaran Pemda khususnya Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Labkesda dan Rumah Sakit serta Perguruan Tinggi. Untuk kesehatan masyarakat, kami berhasil menghimpun data dasar kesehatan dari 33 provinsi, 440 kabupaten/kota, blok sensus, rumah tangga dan individu. Untuk biomedis, kami berhasil menghimpun khusus daerah urban dari 33 provinsi 352 kabupaten/kota, 856 blok sensus, 15.536 rumahtangga dan 34.537 spesimen.

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

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

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, wassalamu'alaikum wr. wb.

Jakarta, Desember 2008

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Departemen Kesehatan RI

Dr. Triono Soendoro, PhD

SAMBUTAN

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

Puji syukur kehadiran 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.

Metodologi

Penarikan sampel untuk Riskesdas 2007 identik pula dengan *two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007. Riskesdas 2007 di provinsi Maluku Utara mencakup sampel di 8 kabupaten/kota, 208 blok sensus 3328 rumah tangga. Selanjutnya, seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut di atas diambil sebagai sampel individu. Dengan begitu, Riskesdas 2007 mencakup sampel 13189 dari 16152 anggota rumah tangga.

Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumah tangga berusia lebih dari 1 (satu) tahun yang tinggal di blok sensus dengan klasifikasi perkotaan. Secara provinsi, terdapat 7 blok sensus dari 4 kabupaten/kota Riskesdas 2007. Khusus untuk pengukuran gula darah, sampel diambil dari anggota rumah tangga berusia lebih dari 15 tahun.

Ada 2 cara penarikan sampel yodium, yaitu pengukuran kadar yodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran yodium dalam urin. Untuk pengukuran kadar yodium dalam garam, dilakukan test cepat yodium pada 3328 sampel rumah tangga dari 8 kabupaten/kota. Untuk pengukuran kedua, dipilih secara acak 2 Rumah tangga yang mempunyai anak usia 6-12 tahun dari 16 rumah tangga per blok sensus di 30 kabupaten yang dapat mewakili secara nasional. Untuk provinsi Maluku Utara tidak terkena untuk pengukuran yodium dalam urin.

Pada buku ini dijelaskan berbagai temuan hasil Riskesdas 2007 tingkat provinsi, dengan variasinya pada tingkat kabupaten. Hasil pemeriksaan biomedis belum selesai, oleh karena itu akan dilaporkan tersendiri.

Status gizi

Status gizi balita

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). dan disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu: berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

Secara umum prevalensi gizi buruk dan kurang di provinsi Maluku Utara adalah 22,8%.

Bila dibandingkan dengan target pencapaian program perbaikan gizi (RPJM) tahun 2015 sebesar 20% dan target MDG untuk Indonesia sebesar 18,5%, maka secara nasional target tersebut sudah terlampaui. Namun pencapaian tersebut belum merata di 8 kabupaten/kota.

Prevalensi masalah pendek pada balita secara provinsi masih tinggi yaitu sebesar 40,2%, dan berada di atas angka nasional. Semua kabupaten/kota memiliki prevalensi masalah kependekan di atas 20%.

Secara umum masalah kekurusan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di provinsi Maluku Utara (14,9%) yang berarti masalah kekurusan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dan sudah berada di kondisi yang dianggap serius (>10%).

Dari 8 kabupaten/kota di Maluku Utara masih ada 6 kabupaten/kota yang berada pada keadaan akut dan 4 kabupaten kota berada pada keadaan kronis.

Status Gizi Penduduk Usia Sekolah (umur 6-14 Tahun)

Prevalensi kekurusan nasional berdasarkan IMT standar WHO, adalah 13,3% pada laki-laki dan 10,9% pada perempuan. Sedangkan prevalensi berat badan lebih pada laki-laki 9,5% dan perempuan 6,4%.

Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas

Status gizi penduduk umur 15 tahun ke atas dinilai dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) dan ukuran lingkar perut (LP). Hasilnya adalah sbb:

Prevalensi obesitas umum secara provinsi adalah 25,7%. tidak ada satupun kabupaten/kota yang memiliki prevalensi obese pada orang dewasa di bawah 10%.

Secara nasional prevalensi obesitas umum pada laki-laki lebih rendah dibandingkan dengan perempuan (masing-masing 13,9% dan 23,8%).

Prevalensi Obesitas Sentral (abdominal) untuk tingkat Provinsi adalah 28,4%. Dari 8 Kabupaten/Kota, 3 di antaranya memiliki prevalensi obesitas sentral di atas angka prevalensi Provinsi.

Konsumsi Energi Dan Protein

Konsumsi energi dan protein 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. Rumah tangga disebut dengan konsumsi "energi rendah" adalah bila rumah tangga mengkonsumsi energi di bawah rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007. Sedangkan rumah tangga dengan konsumsi "protein rendah" adalah bila rumah tangga mengkonsumsi protein di bawah rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007.

Di Maluku Utara, prevalensi RT dengan konsumsi energi dan protein di atas rerata nasional lebih tinggi dibanding prevalensi nasional. Ada 2 kabupaten atau kota di Maluku Utara dengan prevalensi *konsumsi energi lebih kecil dari rerata nasional* lebih besar dari prevalensi nasional. Prevalensi *Rumah Tangga dengan konsumsi protein lebih kecil dari rerata nasional* lebih besar dari angka nasional adalah kabupaten Halmahera Selatan dan Halmahera Tengah

Konsumsi garam beriodium

Prevalensi konsumsi garam beriodium Riskesdas 2007 diperoleh dari tes cepat garam iodium. Rumah tangga dinyatakan mempunyai "garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3)" bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu tua.

Di Maluku Utara baru sebanyak 83,0% rumah tangga mempunyai garam cukup iodium. Pencapaian ini masih di bawah 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.

Kesehatan Ibu dan Anak

Status Imunisasi

Cakupan imunisasi dasar anak balita umur 12 – 59 bulan yang meliputi BCG, Polio3, DPT3, HB3, dan campak di Maluku Utara berturut-turut 78,7%, 58,3%, 53,5%, 45,6%, dan 80,8%. Ada 2 kabupaten/ kota (Halbar dan Ternate) dengan cakupan imunisasi BCG, Polio3, DPT3, dan campak $\geq 90\%$ pada anak balita umur 12–59 bulan. Cakupan imunisasi dasar anak di Provinsi Maluku Utara yang lengkap sebesar 31,2%, tidak lengkap 55,5% dan anak yang sama sekali tidak mendapat imunisasi dasar sebesar 13,3%. Status imunisasi dasar lengkap, tertinggi di Kota Ternate (46,7%) dan terendah di kabupaten Halmahera Utara (10,6%).

Tidak terdapat perbedaan cakupan tiap jenis imunisasi menurut jenis kelamin, tetapi cakupan untuk tiap jenis imunisasi selalu lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan di daerah perdesaan.

Pemantauan Pertumbuhan Balita

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.

Di Maluku Utara 28,4% balita tidak pernah ditimbang. Persentase terbesar balita yang tidak pernah ditimbang, adalah di kabupaten Kepulauan Sula (40,7%). dan terendah di kabupaten Halmahera Barat (19,5%). Sebaliknya balita yang rutin ditimbang tertinggi di Halmahera Barat (63,6%) dan terendah di kabupaten Kepulauan Sula (29,6%). Posyandu merupakan tempat yang paling banyak dikunjungi untuk penimbangan balita yaitu sebesar 95,24%. Cakupan pemberian vitamin A di Maluku Utara 71,2% tertinggi di Tidore (87,9%) dan terendah di Kepulauan Sula (26,9%)

Cakupan Pelayanan Ibu dan Anak

Dalam Riskesdas 2007, dikumpulkan data tentang pemeriksaan kehamilan, jenis pemeriksaan kehamilan, ukuran bayi lahir, pemeriksaan neonatus pada ibu yang mempunyai bayi. Data tersebut dikumpulkan dengan mewawancarai ibu yang mempunyai bayi umur 0 – 11 bulan. Sebanyak 6,3% ibu di provinsi Maluku Utara mempunyai persepsi bahwa ukuran bayinya kecil, 83,9% berat normal, dan 9,8% berat lahir bayinya besar.

Pemeriksaan KN-1 (Neonatus 0-7 hari) (39,3%) di Maluku Utara lebih rendah dibandingkan rata-rata nasional (59.5%), tertinggi di Kota Tidore (75,0%) dan terendah di kabupaten Kepulauan Sula (10,0%). Sedangkan pemeriksaan KN-2 (Neonatus 8-28 hari) (32,4%) juga lebih rendah dibanding angka nasional (36.2%).

Penyakit Tidak Menular

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” atau “mempunyai gejala klinis PTM”. Prevalensi PTM adalah gabungan kasus PTM yang pernah didiagnosis nakes dan kasus yang mempunyai riwayat gejala PTM. 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.

Secara umum di Maluku Utara ditemukan kasus Filariasis dengan frekwensi yang kecil (0,1%). Malaria masih banyak ditemukan di provinsi Maluku Utara, prevalensi penyakit malaria berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan tertinggi di Maluku Utara adalah 11,1% yaitu di kabupaten Halbar. Prevalensi penyakit DBD berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan tertinggi terdapat di kabupaten Halmahera Tengah (0,6%) Prevalensi penyakit DBD berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan tertinggi terdapat di kabupaten Halmahera Tengah (0,6%).

Prevalensi penyakit Typhoid berdasar diagnosa tenaga kesehatan > 1% terdapat di kabupaten Halteng (1,9%). Prevalensi penyakit Hepatitis berdasarkan diagnosa oleh tenaga kesehatan tertinggi juga di kabupaten Halbar (0,7%).

Kabupaten Halteng mempunyai prevalensi Diare berdasarkan diagnosa petugas kesehatan yang tertinggi (8,9%). Prevalensi penyakit Typhoid berdasar diagnosa tenaga kesehatan > 1% terdapat di kabupaten Halteng (1,9%). Prevalensi penyakit Hepatitis berdasarkan diagnosa oleh tenaga kesehatan tertinggi juga di kabupaten Halbar (0,7%).

Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan

Prevalensi penduduk menderita sakit sendi berdasar diagnosa dan gejala tertinggi di Kabupaten Halmahera Barat. Prevalensi penyakit hipertensi berdasar diagnosa dan minum obat hipertensi sebesar 5,5% dan tertinggi 8,5% di kabupaten Halmahera Timur. Hasil diagnosa dan pengobatan hipertensi yang diterima ternyata lebih rendah dari prevalensi hipertensi hasil pengukuran. Hal ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di masyarakat yang tidak terdeteksi. Prevalensi stroke berdasar diagnosa dan gejala di masyarakat Maluku Utara cukup tinggi yaitu 6,7% dengan angka tertinggi di Kabupaten Halmahera Tengah (10,6%).

Gangguan Mental Emosional

Kesehatan mental dinilai dengan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan SRQ diberikan kepada anggota rumah tangga (ART) yang berusia ≥ 15 tahun. SRQ memiliki keterbatasan karena hanya mengungkap status emosional individu sesaat (± 30 hari) dan tidak dirancang untuk diagnostik gangguan jiwa secara spesifik.

Di Maluku Utara secara umum prevalensi gangguan mental emosional (8,9%), lebih rendah dari angka nasional (12,39%). Prevalensi tertinggi di kabupaten Halbar (14,9%).

Penyakit Mata

Persentase penduduk usia > 5 tahun dengan *low vision* dan kebutaan dengan koreksi kacamata maksimal atau tidak menurut kabupaten/kota, dengan Persentase *low vision* tertinggi di kabupaten Kepulauan Sula (6,7%). Kebutuhan tertinggi di kabupaten Halteng dan Ternate masing-masing 1,1%.

Prevalensi penduduk dengan katarak di provinsi Maluku Utara lebih rendah dari angka nasional.

Penyakit gigi dan mulut

Sebesar 24% penduduk di provinsi Maluku Utara bermasalah gigi dan mulut, 15,1% diantaranya menerima perawatan dari tenaga medis gigi. Penduduk yang bermasalah gigi dan mulut meningkat sejalan dengan peningkatan umur dan tertinggi pada kelompok umur 55 tahun keatas.

Sebesar 84% penduduk 10 tahun ke atas di Maluku Utara mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari namun yang berperilaku benar dalam menyikat gigi yaitu sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam hanya 8,5%.

Rata-rata jumlah kerusakan gigi (Index DMF-T) adalah 5 gigi per orang.

Diantara penduduk 12 tahun ke atas yang mengalami kerusakan gigi, sebesar 32,7% mengalami kerusakan gigi yang belum ditangani, namun motivasi penduduk untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap sangat rendah (1,2%), sebagian besar (65,4%) mencabut gigi yang mengalami kerusakan tersebut.

Cedera dan Disabilitas

Cedera

Data cedera diperoleh berdasarkan wawancara kepada responden semua umur tentang riwayat cedera dalam 12 bulan terakhir. Cedera didefinisikan sebagai kecelakaan dan peristiwa yang sampai membuat kegiatan sehari-hari responden menjadi terganggu. Pembagian katagori bagian tubuh yang terkena cedera didasarkan pada klasifikasi dari ICD-10 (*International Classification Diseases*)

Secara total (dengan berbagai sebab) kejadian cedera penduduk diprovinsi Maluku Utara adalah 8,4% dan urutan tiga terbanyak sebagai penyebab cedera meliputi jatuh (58,0%), kecelakaan transportasi darat (20,1%) dan terluka benda tajam/tumpul (19,4%).

Disabilitas

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). 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.

Prevalensi disabilitas "Sangat bermasalah" tertinggi di kabupaten Halmahera Tengah (6,3%), disabilitas "Bermasalah" tertinggi di Halmahera Timur (31,5%) dan disabilitas "Tidak bermasalah" tertinggi di kota Tidore (90,3%).

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.

Perilaku Merokok

Persentase perokok tiap hari di provinsi Maluku Utara sebesar 23,9% dengan angka tertinggi di kabupaten Haltim (29,2%). dan terendah di kota Halut (18,7%). Usia mulai

merokok tiap hari tertinggi mulai usia 15 – 19 tahun (35,6%) hampir merata di seluruh kabupaten di Maluku Utara.

Konsumsi Buah dan Sayur

Konsumsi buah-buahan dan sayur di provinsi Maluku Utara sangat rendah yaitu lebih dari 96,1% termasuk kurang mengonsumsi buah dan sayur

Alkohol

Di provinsi Maluku Utara, sekitar 7,4 persen penduduk(>10 tahun) mengonsumsi alkohol 12 bulan terakhir dan sekitar 4,4 persen yang mengonsumsi 1 bulan terakhir.

Aktifitas Fisik

Data aktivitas fisik dikumpulkan 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. Di provinsi Maluku Utara, sebanyak sebagian besar (48,2%) penduduk >10 tahun memiliki kegiatan fisik yang cukup.

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 (>=10 tahun) yang pernah mendengar , berpengetahuan benar dan bersikap benar tentang flu burung, di provinsi Maluku Utara hanya sekitar 41,9 %.

HIV/AIDS

Persentase penduduk yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS, berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS di provinsi Maluku Utara terlihat rendah yaitu hanya sekitar 15,9 persen.

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. Di provinsi Maluku Utara, sebagian besar rumahtangga (72,9%) belum berperilaku benar dalam hal BAB dan hanya 32,8 persen yang telah berperilaku benar mencuci tangan dengan sabun.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Riskesdas 2007 mengumpulkan 10 indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang terdiri dari enam indikator individu dan empat indikator rumah tangga. Indikator individu meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif, kepemilikan/ketersediaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, penduduk tidak merokok, penduduk cukup beraktivitas fisik, dan penduduk cukup mengonsumsi sayur dan buah. Indikator Rumah Tangga meliputi rumah tangga memiliki akses terhadap air bersih, akses jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni ($\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$), dan rumah tangga dengan lantai rumah bukan tanah.

Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Dalam analisis ini, sarana pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yaitu: (1) Sarana pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktek dan bidan praktek dan (2) Upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yaitu pelayanan posyandu, poskesdes, pos obat desa, warung obat desa, dan polindes/bidan di desa. Informasi penggunaan pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktek dan bidan praktek rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir, dimana terakhir menjalani perawatan kesehatan, serta dari mana sumber biaya perawatan kesehatan tersebut.

Di provinsi Maluku Utara secara keseluruhan, sebagian besar (>90%) penduduk menyatakan bahwa untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter praktek dan bidan praktek) maupun ke posyandu, Poskesdes dan polindes berjarak < 1 Km dan memerlukan waktu < 15 menit.

Berdasarkan pemanfaatan polindes/bidan desa oleh rumah tangga, di Provinsi Maluku Utara hanya sekitar 40,4 persen yang telah memanfaatkannya.

Tidak ada satupun kabupaten/kota yang memanfaatkan POD/WOD 0,0 persen. Sebagian besar alasan rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD adalah karena tidak ada POD/WOD di wilayahnya.

Rawat Inap

Sebagian besar rumah tangga di kabupaten/kota menggunakan Rumah Sakit pemerintah sebagai tempat berobat Rawat Inap. Askeskin merupakan sumber pembiayaan rawat inap yang terbanyak dimanfaatkan oleh rumah tangga.

Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Terdapat 8 (delapan) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat inap dan 7 (tujuh) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan. Tujuh domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan sama dengan domain rawat inap.

Sebagian besar masyarakat (> 90%) di provinsi Maluku Utara menyatakan kepuasan (kategori baik) terhadap pelayanan kesehatan Rawat Inap dan Rawat Jalan yang meliputi waktu tunggu, keramahan petugas, kejelasan informasi, ikut mengambil keputusan, menjaga kerahasiaan, kebebasan memilih fasilitas dan kemudahan dikunjungi.

Kesehatan Lingkungan

Data kesehatan lingkungan diambil dari dua sumber data, yaitu Riskesdas 2007 dan Kor Susenas 2007. Dengan demikian penyajian beberapa variabel kesehatan lingkungan merupakan gabungan data Riskesdas dan Kor Susenas.

Bila mengacu pada kriteria *Joint Monitoring Program WHO-Unicef*, dimana batasan minimal akses untuk konsumsi air bersih adalah 20 liter/orang/hari, maka di provinsi Maluku Utara, hanya 43,8% rumah tangga yang memenuhi konsumsi air bersih, paling tinggi terlihat di Kabupaten Halut (23,7%), dan paling rendah di Kabupaten Kepulauan Sula (3,7%)

DAFTAR ISI

kata pengantar	Error! Bookmark not defined.
sambutan menteri kesehatan republik indonesia	Error! Bookmark not defined.ii
Ringkasan Eksekutif	v
Daftar isi.....	xiii
Daftar Tabel	xv
Daftar Gambar	xxvii
Daftar Singkatan	xxviii
Daftar Lampiran	xxix
BAB 1. Pendahuluan	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Ruang Lingkup Riskedas	2
1.3 Pertanyaan Penelitian	2
1.4 Tujuan Riskedas.....	2
1.5 Kerangka Pikir.....	3
1.6 Mekanisme Kerja Riskedas.....	4
1.7 Pengorganisasian Riskedas	6
1.7.1 Organisasi Riskedas tingkat pusat.....	6
1.7.2 Organisasi Riskedas tingkat wilayah	6
1.7.3 Organisasi tingkat Propinsi.....	7
1.7.4 Organisasi di tingkat Kabupaten/Kota	7
1.8 Manfaat Riskedas.....	8
1.9 Persetujuan Etik Riskedas.....	8
BAB 2. Metodologi Riskedas	9
2.1 Desain.....	9
2.2 Lokasi.....	9
2.3 Populasi Sampel	9
2.3.1 Penarikan Sampel Blok Sensus	9
2.3.2 Penarikan Sampel Rumah Tangga	10
2.3.3 Penarikan Sampel anggota Rumah Tangga.....	10
2.3.4 Penarikan sampel biomedis	10
2.3.5 Penarikan sampel yodium	10
2.4 Variabel.....	13
2.4.1 Kuesioner rumah tangga (RKD07.RT).....	13

2.4.2	Kuesioner gizi (RKD07.GIZI)	13
2.4.3	Kuesioner individu (RKD07.IND)	13
2.4.4	Kuesioner autopsi verbal untuk umur <29 hari (RKD07.AV1)	13
2.5	Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data	14
2.6	Manajemen Data.....	17
2.6.1	Editing	17
2.6.2	Entry.....	17
2.6.3	Cleaning	17
2.7	Keterbatasan Riskesdas	18
2.8	Hasil Pengolahan dan Analisis Data	19
BAB 3.	Hasil riskesdas	20
3.1	Profil.....	20
3.1.1	Keadaan Kependudukan	20
3.1.2	Keadaan Perekonomian	21
3.1.3	Keadaan Pendidikan	21
3.2	Gizi.....	21
3.2.1	Status Gizi Balita	21
3.2.2	Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah).....	30
3.2.3	Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas.....	31
3.2.4	Konsumsi Energi dan Protein	35
3.2.5	Garam Yodium	35
3.3	Kesehatan Ibu dan Anak.....	39
3.3.1	Status Imunisasi	39
3.3.2	Pemantauan Pertumbuhan dan Distribusi Vitamin A.....	45
3.3.3	Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	54
3.4	Penyakit Menular	70
3.4.1	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	70
3.4.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), Campak.....	73
3.4.3	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare.....	76
3.5	Penyakit Tidak Menular.....	79
3.5.1	Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit sendi, Penyakit Keturunan dan Faktor Resiko Penyakit Tidak Menular.....	79
3.5.2	Gangguan Mental Emosional	84
3.5.3	Penyakit Mata.....	84

3.5.4 Kesehatan Gigi.....	94
3.6 Cedera dan Disabilitas	107
3.6.1 Cidera.....	107
3.6.2 Status Disabilitas/Ketidakmampuan	107
3.7 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	121
3.7.1 Perilaku Merokok.....	121
3.7.2 Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur	131
3.7.3 Perilaku Minum Minuman Beralkohol	133
3.7.4 Perilaku Aktivitas Fisik.....	139
3.7.5 Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS	141
3.7.6 Perilaku Higienis.....	146
3.7.7 Pola Konsumsi Makanan Berisiko	149
3.7.8 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.....	1511
3.8 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	121
3.8.1 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	152
3.8.2 Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan.....	163
3.8.3 Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	169
3.9 Kesehatan Lingkungan	172
3.9.1 Air Keperluan Rumah Tangga	172
3.9.2 Fasilitas Buang Air Besar	180
3.9.3 Sarana Pembuangan Air Limbah	184
3.9.4 Pembuangan Sampah.....	185
3.9.5 Perumahan.....	186
Daftar Pustaka	194
Lampiran.....	199

DAFTAR TABEL

Tabel 1.2.	Sampel dan Indikator Pada Berbagai Survei	2
Tabel 1.7.2	Pembagian Tanggung Jawab Operasional Wilayah Riskesdas	6
Tabel 2.3.5.1	Jumlah Blok Sensus (BS) Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	11
Tabel 2.3.5.2	Jumlah Sampel Rumah tangga (RT) per Kabupaten/Kota menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	11
Tabel 2.3.5.3	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) per Kabupaten/kota menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	11
Tabel 2.3.5.4	Respon Rate Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	12
Tabel 2.3.5.5	Respon Rate Individu di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	12
Tabel 2.3.5.6	Respon Rate Balita di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	12
Tabel 3.2.1.1	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	23
Tabel 3.2.1.2	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	23
Tabel 3.2.1.3	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	24
Tabel 3.2.1.4.1	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U) dan Karakteristik Responden di Propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	26
Tabel 3.2.1.4.2	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	27
Tabel 3.2.1.4.3	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	29
Tabel 3.2.1.4.4	Prevelensi Balita Menurut Indeks Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	30
Tabel 3.2.2.1	Prevalensi Kekurangan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	30
Tabel 3.2.2.2	Prevalensi Kekurangan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun menurut Jenis Kelamin dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	30
Tabel 3.2.3.1.1	Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut Indeks Massa Tubuh/IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	32
Tabel 3.2.3.1.2	Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun ke atas) menurut tatus Indeks Massa Tubuh/IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	33
Tabel 3.2.3.2.1	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	34
Tabel 3.2.3.2.2	Prevalensi Obesitas Sentral Penduduk Umur 15 Tahun ke atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	35
Tabel 3.2.4.1	Rerata Konsumsi Energi dan Protein per Kapita per Hari Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskedas 2007	36
Tabel 3.2.4.2	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Maluku Utara, Riskedas 2007	37
Tabel 3.2.4.3	Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran RT per Kapita di Provinsi Maluku Utara, Riskedas 2007	37

Tabel 3.2.5.1	Persentase RT Mengonsumsi Garam Mengandung Cukup Iodium Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	38
Tabel 3.2.5.2	Persentase RT Mengonsumsi Garam Cukup Iodium Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	39
Tabel 3.3.1.1	Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	40
Tabel 3.3.1.2	Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	42
Tabel 3.3.1.3	Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	43
Tabel 3.3.1.4	Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	44
Tabel 3.3.2.1	Sebaran Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	45
Tabel 3.3.2.2	Sebaran Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	46
Tabel 3.3.2.3	Sebaran Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	47
Tabel 3.3.2.4	Sebaran Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	48
Tabel 3.3.2.5	Sebaran Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	49
Tabel 3.3.2.6	Sebaran Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	49
Tabel 3.3.2.7	Sebaran Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	50
Tabel 3.3.2.8	Sebaran Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	51
Tabel 3.3.2.9	Sebaran Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	52
Tabel 3.3.2.10	Sebaran Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	53
Tabel 3.3.3.1	Sebaran Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	54
Tabel 3.3.3.2	Sebaran Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Karakteristik Responden Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	55
Tabel 3.3.3.3	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	56
Tabel 3.3.3.4	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	56
Tabel 3.3.3.5	Sebaran Ibu Hamil Menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	57
Tabel 3.3.3.6	Sebaran Ibu Hamil Menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	58
Tabel 3.3.3.7	Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	58
Tabel 3.3.3.8	Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	59
Tabel 3.3.3.9	Cakupan Persalinan berdasar Jenis Penolong Persalinan 1 menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	60

Tabel 3.3.3.10	Cakupan Persalinan berdasar Jenis Penolong Persalinan 1 menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	61
Tabel 3.3.3.11	Cakupan Persalinan berdasar Jenis Penolong Persalinan 2 menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	62
Tabel 3.3.3.12	Cakupan Persalinan berdasar Jenis Penolong Persalinan 2 menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	62
Tabel 3.3.3.13	Cakupan Persalinan berdasar Tempat Persalinan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	63
Tabel 3.3.3.14	Cakupan Persalinan berdasar Tempat Persalinan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	64
Tabel 3.3.3.15	Cakupan pemeriksaan ANC Trimester 1 berdasar frekuensi pemeriksaan dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	64
Tabel 3.3.3.16	Cakupan pemeriksaan ANC Trimester 1 berdasar frekuensi pemeriksaan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	65
Tabel 3.3.3.17	Cakupan pemeriksaan ANC Trimester 2 berdasar frekuensi pemeriksaan dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	66
Tabel 3.3.3.18	Cakupan pemeriksaan ANC Trimester 2 berdasar frekuensi pemeriksaan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	66
Tabel 3.3.3.19	Cakupan pemeriksaan ANC Trimester 3 berdasar frekuensi pemeriksaan dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	67
Tabel 3.3.3.20	Cakupan pemeriksaan ANC Trimester 3 berdasar frekuensi pemeriksaan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	68
Tabel 3.3.3.21	Cakupan pemeriksaan ANC Trimester 123 berdasar frekuensi pemeriksaan dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	68
Tabel 3.3.3.22	Cakupan pemeriksaan ANC Trimester 123 berdasar frekuensi pemeriksaan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	69
Tabel 3.4.1.1	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	71
Tabel 3.4.1.2	Prevalensi Malaria, Filariasis dan Demam Berdarah Dengue dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	73
Tabel 3.4.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	74
Tabel 3.4.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	75
Tabel 3.4.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	77
Tabel 3.4.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	78
Tabel 3.5.1.1	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, Stroke menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	79
Tabel 3.5.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	80
Tabel 3.5.1.3	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor** menurut menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	81

Tabel 3.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* Dan Tumor** menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	82
Tabel 3.5.1.5	Prevalensi Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemia, Hemofili) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	84
Tabel 3.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk 15 Tahun ke atas (berdasarkan Self Reporting Questionare-20) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	85
Tabel 3.5.2.2	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk 15 Tahun ke atas (berdasarkan Self Reporting Questionare-20) menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	86
Tabel 3.5.3.1	Sebaran Penduduk Usia 6 Tahun ke atas menurut <i>Low Vision</i> dan Kebutaan (dengan atau tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	87
Tabel 3.5.3.2	Sebaran Penduduk Umur 6 Tahun ke atas menurut <i>Low Vision</i> dan Kebutaan (dengan atau tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	89
Tabel 3.5.3.3	Persentase Penduduk Usia 30 tahun ke atas dengan Katarak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	90
Tabel 3.5.3.4	Persentase Penduduk Usia 30 tahun ke atas dengan Katarak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	91
Tabel 3.5.3.5	Persentase Penduduk Usia 30 tahun ke atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak atau Memakai Kacamata setelah Operasi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	92
Tabel 3.5.3.6	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak atau Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	93
Tabel 3.5.4.1	Prevalensi penduduk bermasalah gigi mulut, menurut karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	95
Tabel 3.5.4.2	Prevalensi penduduk bermasalah gigi mulut menurut kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	95
Tabel 3.5.4.3	Persentase jenis perawatan yang diterima penduduk untuk Masalah Gigi-Mulut menurut karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	96
Tabel 3.5.4.4	Persentase jenis perawatan yang diterima penduduk untuk masalah gigi-mulut menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	97
Tabel 3.5.4.5	Persentase penduduk ≥ 10 tahun yang menggosok gigi setiap hari dan Pada waktu yang tepat, menurut karakteristik Responden di Maluku Utara, Riskesdas 2007	98
Tabel 3.5.4.6	Persentase penduduk ≥ 10 tahun yang menggosok gigi setiap hari dan Pada waktu yang tepat menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	99
Tabel 3.5.4.7	Persentase waktu menyikat gigi pada penduduk ≥ 10 tahun yang menggosok gigi setiap hari menurut karakteristik di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	99
Tabel 3.5.4.8	Persentase Waktu Menyikat Gigi pada Penduduk ≥ 10 tahun yang Menggosok Gigi setiap hari menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	100
Tabel 3.5.4.9	Rata-rata Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	101

Tabel 3.5.4.10	Rata-rata Komponen D, M, F Dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	101
Tabel 3.5.4.11	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	102
Tabel 3.5.4.12	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	103
Tabel 3.5.4.13	Penduduk \geq 12 Tahun berdasarkan Required Treatment Index (RTI), Performance Treatment Index (PTI) dan Missing Treatment Index (MTI) Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	104
Tabel 3.5.4.14	Penduduk \geq 12 Tahun berdasarkan Required Treatment Index (RTI), Performance Treatment Index (PTI) dan Missing Treatment Index (MTI) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	105
Tabel 3.5.4.15	Persentase penduduk dengan Fungsi Gigi Normal dan Penduduk Edentulous menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	106
Tabel 3.5.4.16	Persentase penduduk dengan Fungsi normal gigi dan penduduk edentulous menurut Karakteristik Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	107
Tabel 3.6.1.1.1	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	108
Tabel 3.6.1.1.2	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	110
Tabel 3.6.1.2.1	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	114
Tabel 3.6.1.2.2	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	115
Tabel 3.6.1.3.1	Persentase Jenis Cedera Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	116
Tabel 3.6.1.3.2	Persentase Jenis Cedera Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	117
Tabel 3.6.2.1	Persentase Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas Dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	118
Tabel 3.6.2.2	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke atas Menurut Status dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	119
Tabel 3.6.2.3	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke atas Menurut Status dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	120
Tabel 3.7.1.1	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut kebiasaan merokok dan kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	122
Tabel 3.7.1.2	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	123
Tabel 3.7.1.3	Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	124
Tabel 3.7.1.4	Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Maluku Utara, Riskesdas 2007	125

Tabel 3.7.1.5	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	126
Tabel 3.7.1.6	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	127
Tabel 3.7.1.7	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	128
Tabel 3.7.1.8	Persentase Penduduk \geq 10 tahun yang Merokok Berdasarkan Umur Pertama Kali Merokok, menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	129
Tabel 3.7.1.9	Prevalensi Perokok dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga yang lain menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	130
Tabel 3.7.1.10	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis rokok yang dihisap, dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	130
Tabel 3.7.1.11	Persentase Penduduk \geq 10 tahun yang Merokok Berdasarkan Jenis Rokok yang dihisap, menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	131
Tabel 3.7.2.1	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	132
Tabel 3.7.2.2	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	133
Tabel 3.7.3.1	Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 12 Bulan Terakhir dan 1 Bulan Terakhir, menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	134
Tabel 3.7.3.2	Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 12 Bulan Terakhir dan 1 Bulan Terakhir, menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	135
Tabel 3.7.3.3	Persentase peminum minuman beralkohol 1 bulan terakhir berdasarkan frekuensi minum dan jenis minuman, menurut Kabupaten/Kota Di propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	136
Tabel 3.7.3.4	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman, menurut Karakteristik Responden Di Propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	137
Tabel 3.7.3.5	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman, menurut Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	138
Tabel 3.7.3.6	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman, menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	139
Tabel 3.7.4.1	Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	140
Tabel 3.7.4.2	Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik responden, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	141

Tabel 3.7.5.1	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	142
Tabel 3.7.5.2	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Karakteristik responden, di Maluku Utara, Riskesdas 2007	143
Tabel 3.7.5.3	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	144
Tabel 3.7.5.4	Persentase Penduduk \geq 10 Tahun menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	145
Tabel 3.7.5.5	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Sikap Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	146
Tabel 3.7.5.6	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	147
Tabel 3.7.6.1	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	148
Tabel 3.7.6.2	Persentase Penduduk 10 tahun Ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	149
Tabel 3.7.7.1	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	150
Tabel 3.7.7.2	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Karakteristik responden, di provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	151
Tabel 3.7.8	Persentase Rumah Tangga yang Memenuhi Kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik menurut Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	152
Tabel 3.8.1.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	153
Tabel 3.8.1.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*), dan Karakteristik rumah tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	154
Tabel 3.8.1.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Posyandu*), dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	154
Tabel 3.8.1.4	Persentase rumah tangga menurut jarak dan waktu tempuh ke Fasilitas posyandu*), dan Karakteristik rumah tangga Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	155
Tabel 3.8.1.5	Persentase rumah tangga menurut pemanfaatan Posyandu/poskesdes, dan kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	156
Tabel 3.8.1.6	Persentase rumah tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes, dan Karakteristik rumah tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	156

Tabel 3.8.1.7	Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang diterima RT Menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	157
Tabel 3.8.1.8	Persentase jenis pelayanan posyandu/poskesdes Yang diterima RT menurut Karakteristik rumah tangga Di Provinsi Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	157
Tabel 3.8.1.9	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Dan Kabupaten Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	158
Tabel 3.8.1.10	Persentase rumah tangga yang memanfaatkan Polindes/bidan desa menurut Karakteristik rumah tangga Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	158
Tabel 3.8.1.11	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	159
Tabel 3.8.1.12	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa menurut Karakteristik Rumah Tanggadi Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	159
Tabel 3.8.1.13	Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	160
Tabel 3.8.1.14	Persentase Jenis Pelayanan Polindes/bBdan Desa yang Diterima RT menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara,Riskesdas 2007	161
Tabel 3.8.1.15	Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	161
Tabel 3.8.1.16	Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dan Karakteristik Rumah tangga, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	162
Tabel 3.8.1.17	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	162
Tabel 3.8.1.18	Persentase rumah tangga yang memanfaatkan pos obat desa (POD)/Warung obat desa (WOD) menurut Karakteristik rumah tangga Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	163
Tabel 3.8.1.19	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD) / Warung Obat Desa (WOD) menurut Kabupaten Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	163
Tabel 3.8.1.20	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dan Karakteristik Rumah tangga Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	164
Tabel 3.8.2.1	Persentase Responden Yang Menjalani Rawat Inap Menurut Tempat Berobat Dan Kabupaten Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	165
Tabel 3.8.2.2	Persentase responden yang menjalani rawat inap menurut tempat berobat dan karakteristik rumah tangga Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	166
Tabel 3.8.2.3	Persentase responden yang menjalani rawat inap menurut sumber pembiayaan rawat inap dan kabupaten Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	166
Tabel 3.8.2.4	Persentase responden yang menjalani rawat inap menurut sumber pembiayaan rawat inap dan karakteristik rumah tangga Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	167
Tabel 3.8.2.5	Persentase Responden yang Menjalani Rawat Jalan Menurut Tempat Berobat Dan Kabupaten Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	168

Tabel 3.8.2.6	Persentase responden yang menjalani rawat jalan menurut tempat berobat dan karakteristik rumah tangga Di Provinsi Maluku	168
Tabel 3.8.2.7	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	169
Tabel 3.8.2.8	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut karakteristik rumah tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	169
Tabel 3.8.3.1	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	171
Tabel 3.8.3.2	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Karakteristik rumah tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	171
Tabel 3.8.3.3	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	172
Tabel 3.8.3.4	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Karakteristik rumah tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	173
Tabel 3.9.1.1	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan kabupaten Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	174
Tabel 3.9.1.2	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	174
Tabel 3.9.1.3	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	175
Tabel 3.9.1.4	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	176
Tabel 3.9.1.5	Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	176
Tabel 3.9.1.6	Persentase Rumah Tangga menurut Anggota Rumah Tangga yang Biasa Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	177
Tabel 3.9.1.7	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten, Di Maluku Utara, Riskesdas 2007	177
Tabel 3.9.1.8	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Maluku Utara, Riskesdas 2007	178
Tabel 3.9.1.9	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan Kabupaten, Di Maluku Utara, Susenas 2007	178
Tabel 3.9.1.10	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007	179
Tabel 3.9.1.11	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	179
Tabel 3.9.1.12	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	180
Tabel 3.9.1.13	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih, Dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	180

Tabel 3.9.1.14	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	181
Tabel 3.9.2.1	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara , Susenas 2007	181
Tabel 3.9.2.2	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007	182
Tabel 3.9.2.3	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007	182
Tabel 3.9.2.4	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007	183
Tabel 3.9.2.5	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi Dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007	183
Tabel 3.9.2.6	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007	184
Tabel 3.9.2.7	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007	184
Tabel 3.9.2.8	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007	185
Tabel 3.9.3.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	185
Tabel 3.9.3.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara , Riskesdas 2007	186
Tabel 3.9.4.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	186
Tabel 3.9.4.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	187
Tabel 3.9.5.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	187
Tabel 3.9.5.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak Dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	188
Tabel 3.9.5.3	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah, Kepadatan Hunian dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	188
Tabel 3.9.5.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah Dan Kepadatan Hunian Dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	189
Tabel 3.9.5.5	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Bahan Beracun Berbahaya Di Dalam Rumah Dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	189
Tabel 3.9.5.6	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Bahan Beracun Berbahaya Di Dalam Rumah Dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	190
Tabel 3.9.5.7	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	191

Tabel 3.9.5.8	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	192
Tabel 3.9.5.9	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Rumah Ke Sumber Pencemar Dan Kabupaten, Di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	193
Tabel 3.9.5.10	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemar dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007	194

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)	3
Gambar 1.2	Alur Fikir Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2007	5

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. Kepmenkes Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar
- Lampiran 1.2 Naskah Peretujuan Setelah Penjelasan (Informed Consented)
- Lampiran 2.1 Kuesioner Riset Kesehatan Dasar.

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

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

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

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

Atas dasar berbagai pertimbangan di atas, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melaksanakan riset kesehatan dasar (Risikesdas) untuk menyediakan informasi berbasis komunitas tentang status kesehatan (termasuk data biomedis) dan

faktor-faktor yang melatarbelakanginya dengan keterwakilan sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga sampai tingkat kabupaten/kota.

1.2 Ruang Lingkup Riskesdas

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

Tabel 1.2.1 Sampel dan Indikator Pada Berbagai Survei

Indikator	SDKI	SKRT	Kor Susenas 2007	Riskesdas 2007
1. Sampel	35.000	10.000	280.000	280.000
2. Pola Mortalitas	Nasional	S/J/KTI	--	Nasional
3. Perilaku	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
4. Gizi & Pola Konsumsi	--	S/J/KTI	Provinsi	Kabupaten
5. Sanitasi lingkungan	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
6. Penyakit	--	S/J/KTI	--	Prov/Kab
7. Cedera & Kecelakaan	Nasional	S/J/KTI	--	Prov/Kab
8. Disabilitas	--	S/J/KTI	--	Prov/Kab
9. Gigi & Mulut	--	--	--	Prov/Kab
10. Biomedis	--	--	--	Nasional perkotaan

Catatan

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

1.3 Pertanyaan Penelitian

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

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

1.4 Tujuan Riskesdas

Untuk menjawab pertanyaan penelitian tersebut diatas maka tujuan Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2007 disusun sebagai berikut:

- a. Menyediakan informasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- b. Menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan termasuk alokasi sumber daya di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

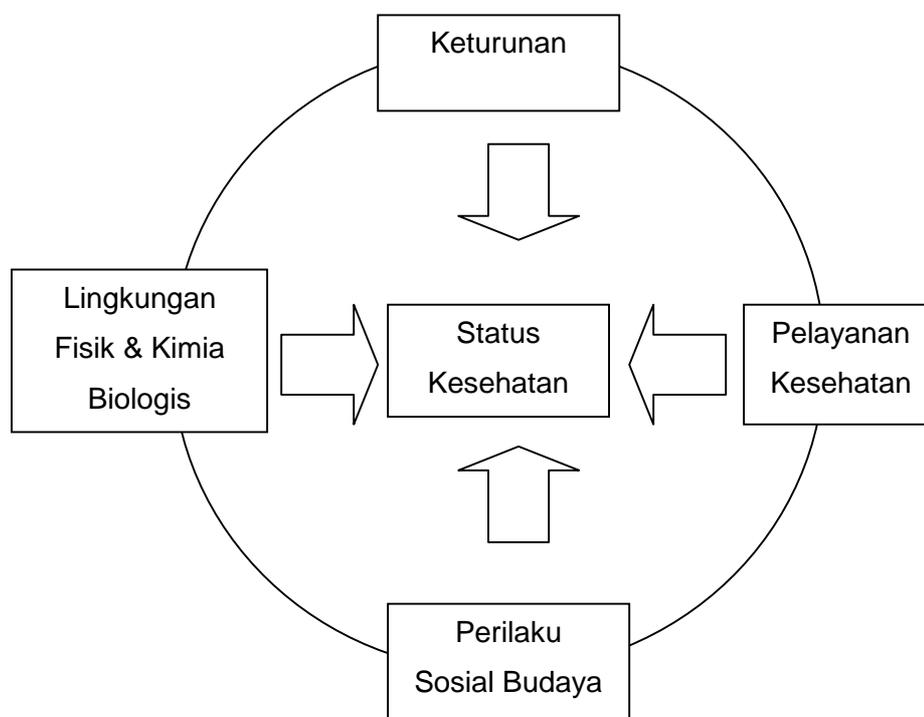
- c. Menyediakan peta status dan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- d. Membandingkan status kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakangi di tingkat provinsi dan kabupaten/kota

1.5 Kerangka Pikir

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

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

Gambar 1.1.
Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)



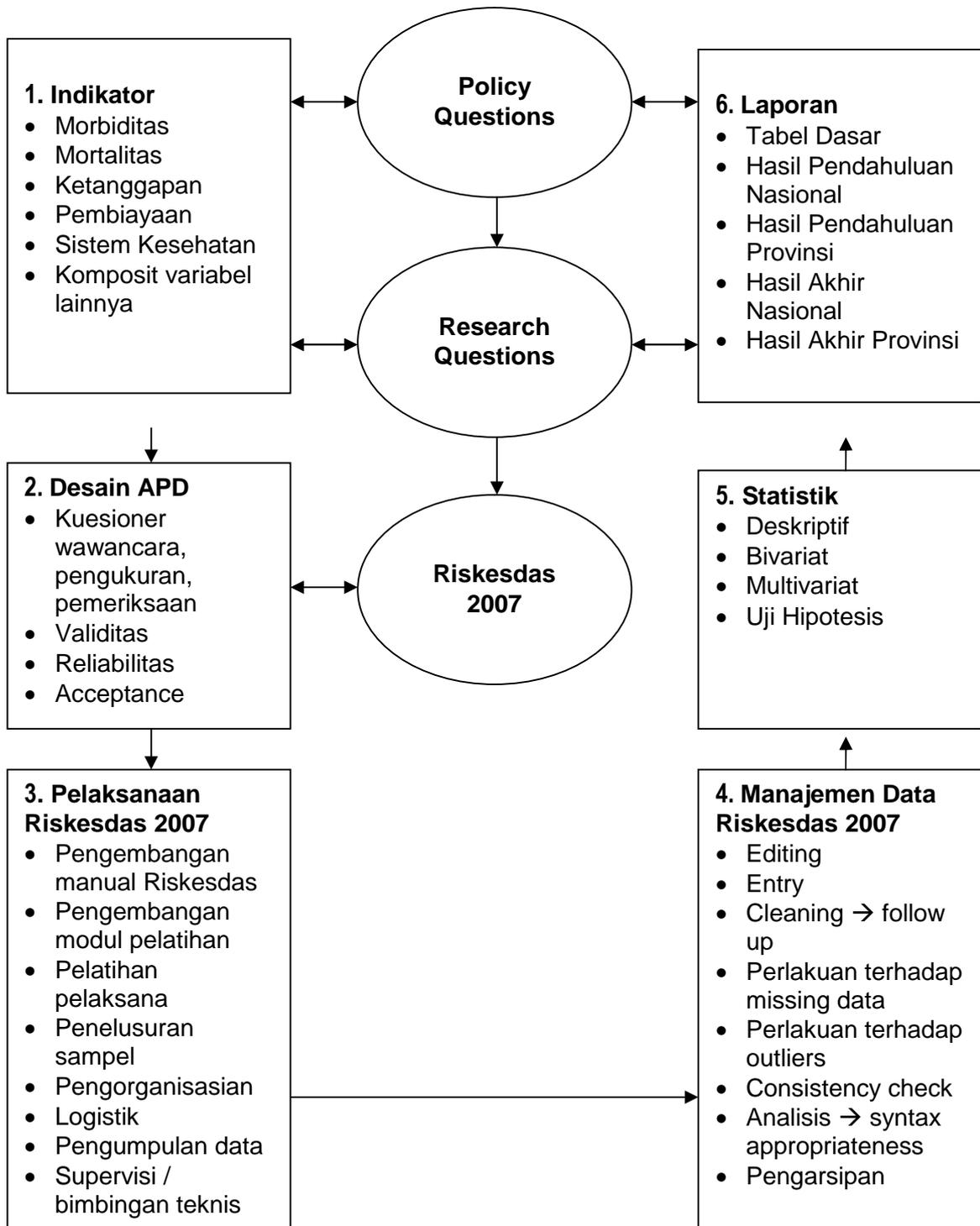
- b. Faktor lingkungan, mencakup variabel :
 - Konsumsi gizi, meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral.
 - Lingkungan fisik, meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah.
 - Lingkungan sosial, meliputi tingkat pendidikan, tingkat sosial-ekonomi, perbandingan kota – desa dan perbandingan antar provinsi, kabupaten dan kota.
- c. Faktor perilaku, mencakup variabel :
 - Perilaku merokok/konsumsi tembakau dan alkohol.
 - Perilaku konsumsi sayur dan buah.
 - Perilaku aktivitas fisik.
 - Perilaku gosok gigi.
 - Perilaku higienis (cuci tangan, buang air besar).
 - Pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap flu burung, HIV/AIDS.
- d. Faktor pelayanan kesehatan, mencakup variabel :
 - Akses terhadap pelayanan kesehatan, termasuk untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat.
 - Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.
 - Ketanggapan pelayanan kesehatan.
 - Cakupan program KIA (pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi dan imunisasi).

1.6 Mekanisme Kerja Riskesdas

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

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

Gambar 1.2.
Alur Fikir Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2007



1.7 Pengorganisasian Riskesdas

Pengorganisasian riskesdas dibagi menjadi berbagai tingkat sebagai berikut:

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

1.7.1 Organisasi Riskesdas tingkat pusat

Organisasi Riskesdas di tingkat pusat adalah sebagai berikut:

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

1.7.2 Organisasi Riskesdas tingkat wilayah

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

Tabel 1.7.2
Pembagian Tanggung Jawab Operasional Wilayah Riskesdas

Wilayah	Korwil	Propinsi
I	Puslitbang Ekologi & Status	NAD, Sumut, Sumbar, Riau, Kepri, Jambi, Sumsel
II	Puslitbang Biomedis & Farmasi	DKI Jakarta; Banten; Jateng; DI Jogjakarta;
III	Puslitbang Sistem & Kebijakan	Bali; NTB; NTT; Jatim; Maluku; Maluku Utara; Irian
IV	Puslitbang Gizi & Makanan	Jabar; Bengkulu; Lampung; Sulut; Sulteng; Sulbar;

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

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

1.7.3 Organisasi tingkat Propinsi

Susunan organisasi Riskesdas di tingkat propinsi adalah sebagai berikut:

Pengarah:	Sekretaris Daerah, Kepala Litbangda
Tim Pelaksana:	
Ketua	Kadinkes Provinsi
Kabid operasional	Kasubdin yang ditunjuk
Kabid teknis	Peneliti Balitbangkes
Sekretaris	Kasi Litbang / Kasi Puldata
Anggota	Peneliti Balitbangkes, Ka BPS, Direktur Poltekkes, Ka.Labkesda Propinsi
Sekretariat	Pengelola logistik dan keuangan

Adapun tugasnya adalah:

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

1.7.4 Organisasi di tingkat Kabupaten/Kota

Susunan organisasi Riskesdan tingkat kabupaten / kota adalah sebagai berikut:

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

Tugasnya adalah sebagai berikut:

1. Menyusun POA, termasuk identifikasi SDM & Dana
2. Merekrut tenaga pengumpul data
3. Mempersiapkan Lapangan Riskesdas
4. Mengambil Sketsa RT dalam BS, DSRT terpilih dan fotocopi blok I-IV Susenas Kor dari BPS kab/kota
5. Mengelola keuangan dan logistik
6. Monitoring pelaksanaan Riskesdas
7. Membuat laporan pelaksanaan Riskesdas
8. Mengkoordinasikan dengan Puskesmas untuk memobilisasi Responden Biomedis ke RS/Lab yang ditunjuk terdekat.
9. Mengirimkan kuesioner ke masing – masing korwil.
10. Mengumpulkan, mengemas, dan mengirimkan spesimen urine dan garam (30 Kab/Kota terpilih) ke Lab yang ditunjuk.
11. Fotocopy bukti pengiriman kuesioner, spesimen urine, dan sampel garam dikirim ke PJO masing – masing Propinsi

1.8 Manfaat Riskedas

Riskedas Provinsi Maluku Utara 2007 memberikan manfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan berupa :

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

1.9 Persetujuan Etik Riskedas

Riskedas Provinsi Maluku Utara 2007 ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS

2.1 Desain

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

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

2.2 Lokasi

Sampel Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2007 di tingkat kabupaten/kota berasal dari 8 kabupaten/kota (dari jumlah keseluruhan sebanyak 8 kabupaten/kota) yang tersebar merata di Provinsi Maluku Utara.

2.3 Populasi Sampel

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

2.3.1 Penarikan Sampel Blok Sensus

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, Riskesdas Provinsi Maluku Utara menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas Provinsi Maluku Utara. Dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus yang Persentaseonal terhadap jumlah rumah tangga di

kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah blok sensus masuk kedalam sampel blok sensus pada sebuah kabupaten/kota bersifat *Persentaseonal* terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Bila dalam sebuah blok sensus terdapat lebih dari 150 (seratus lima puluh) rumah tangga maka dalam penarikan sampel di tingkat ini akan dibentuk sub-blok sensus. Secara keseluruhan, berdasarkan sampel blok sensus dalam Susenas 2007 yang berjumlah 209 (terbilang dua ratus sembilan) sampel blok sensus, Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2007 berhasil mengunjungi 208 blok sensus dari 8 jumlah kabupaten/kota yang ada.

2.3.2 Penarikan Sampel Rumah Tangga

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), yang menjadi sampel rumah tangga dengan jumlah rumah tangga di blok sensus tersebut. Secara keseluruhan, jumlah sampel rumah tangga dari 8 kabupaten/kota dalam Susenas Provinsi Maluku Utara adalah 3344 (terbilang tiga ribu tiga ratus empat puluh empat), sedang Riskesdas Provinsi Maluku Utara berhasil mengumpulkan **2915** rumah tangga.

2.3.3 Penarikan Sampel anggota Rumah Tangga

Selanjutnya, seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut diatas diambil sebagai sampel individu. Dengan begitu, dari 8 kabupaten/kota pada Susenas Provinsi Maluku Utara 2007 terdapat **16152** (terbilang enam belas ribu seratus lima puluh dua) sampel anggota rumah tangga. Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2007 berhasil mengumpulkan **13189** individu anggota rumah tangga yang sama dengan Susenas.

2.3.4 Penarikan sampel biomedis

Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumah tangga berusia lebih dari 1 (satu) tahun yang tinggal di blok sensus dengan klasifikasi perkotaan. Secara nasional, terpilih sampel anggota rumah tangga berasal dari 8 blok sensus perkotaan yang terpilih dari 4 kabupaten/kota dalam Susenas Provinsi Maluku Utara 2007.

2.3.5 Penarikan sampel yodium

Ada 2 (dua) pengukuran yodium. Pertama, adalah pengukuran kadar yodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran yodium dalam urin. Pengukuran kadar yodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beryodium. Sedangkan pengukuran yodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam yodium pada penduduk. Pengukuran kadar yodium dalam garam dilakukan dengan test cepat menggunakan "*iodina*" dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga. Dalam Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2007 dilakukan test cepat yodium dalam garam pada 208 sampel rumah tangga dari 8 kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara.

Tabel 2.3.5.1
Jumlah Blok Sensus (BS)
Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jml BS- Susenas 2007	Jml BS- Riskesdas 2007	Jml BS Yang Tidak Ada
Halmahera Barat	32	32	32
Halmaherra Tengah	20	22	0
Kepulauan Sula	27	27	1
Halmahera Selatan	29	29	1
Halmahera Utara	30	30	0
Halmahera Timur	20	20	0
Ternate	28	28	0
Tidore	20	20	0
Maluku Utara	208	208	2

Tabel 2.3.5.2
Jumlah Sampel Rumah tangga (RT) per Kabupaten/Kota menurut
Susenas 2007 dan Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jml Sampel RT-Susenas 2007	Jml Sampel RT-Riskesdas 2007	% Sampel RT Riskesdas /Susenas
Halmahera Barat	512	479	93,6
Halmaherra Tengah	352	302	85,8
Kepulauan Sula	432	361	83,6
Halmahera Selatan	480	397	82,7
Halmahera Utara	480	445	92,7
Halmahera Timur	320	293	91,6
Ternate	448	324	72,3
Tidore	320	314	98,1
Maluku Utara	3344	2915	87,2

Tabel 2.3.5.3
Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) per Kabupaten/kota menurut
Susenas 2007 dan Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jumlah Sampel ART- Susenas	Jumlah Sampel ART- Riskesdas	%Sampel ART Riskesdas /Susenas
Halmahera Barat	2,259	1,941	85,9
Halmaherra Tengah	1,819	1,507	82,8
Kepulauan Sula	2,072	1,686	81,4
Halmahera Selatan	2,403	1,749	72,8
Halmahera Utara	2,415	2,221	92,0
Halmahera Timur	1,561	1,337	85,7
Ternate	2,198	1,559	70,9
Tidore	1,425	1,189	83,4
Maluku Utara	16,152	13,189	81,7

Tabel 2.3.5.4
Respon Rate Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/Susenas
	N	%	N	%	
Halmahera Barat	479	0,19	512	0,18	93,6
Halmahera Tengah	302	0,12	352	0,13	85,8
Kepulauan Sula	361	0,14	432	0,16	83,6
Halmahera Selatan	397	0,15	480	0,17	82,7
Halmahera Utara	445	0,17	480	0,17	92,7
Halmahera Timur	293	0,11	320	0,12	91,6
Kota Ternate	324	0,13	448	0,16	72,3
Kota Tidore	314	0,12	320	0,12	98,1

Tabel 2.3.5.5
Respon Rate Individu di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/Susenas
	N	%	N	%	
Halmahera Barat	1,941	0,20	2,259	0,20	85,9
Halmahera Tengah	1,507	0,15	1,819	0,16	82,8
Kepulauan Sula	1,686	0,17	2,072	0,18	81,4
Halmahera Selatan	1,749	0,00	2,403	0,21	72,8
Halmahera Utara	2,221	0,23	2,415	0,21	92,0
Halmahera Timur	1,337	0,14	1,561	0,14	85,7
Kota Ternate	1,559	0,16	2,198	0,19	70,9
Kota Tidore	1,189	0,12	1,425	0,13	83,4

Tabel 2.3.5.6
Respon Rate Balita di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/Susenas
	N	%	N	%	
Halmahera Barat	217	0,19	234	0,21	92,7
Halmahera Tengah	239	0,20	283	0,25	84,5
Kepulauan Sula	274	0,23	271	0,24	101,1
Halmahera Selatan	262	0,22	334	0,30	78,4
Halmahera Utara	289	0,25	295	0,26	98,0
Halmahera Timur	193	0,17	189	0,17	102,1
Kota Ternate	171	0,15	246	0,22	69,5
Kota Tidore	121	0,10	131	0,12	92,4

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 Provinsi Maluku Utara 2007 terdapat kurang lebih 600 variabel yang tersebar didalam 6 (enam) jenis kuesioner, dengan rincian variabel pokok sebagai berikut:

2.4.1 Kuesioner rumah tangga (RKD07.RT)

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

2.4.2 Kuesioner gizi (RKD07.GIZI)

- a. Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu.

2.4.3 Kuesioner individu (RKD07.IND)

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

2.4.4 Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari (RKD07.AV1)

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
- b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (6 variabel);
- c. Blok III tentang karakteristik ibu neonatal (5 variabel);
- d. Blok IVA tentang keadaan bayi ketika lahir (6 variabel);
- e. Blok IVB tentang keadaan bayi ketika sakit (12 variabel);
- f. Blok V tentang autopsi verbal kesehatan ibu neonatal ketika hamil dan bersalin (2 variabel);

- g. Blok VIA tentang bayi usia 0-28 hari termasuk lahir mati (4 variabel);
- h. Blok VIB tentang keadaan ibu (8 variabel);

2.4.5 Kuesioner autopsi verbal untuk umur <29 hari - < 5 tahun (RKDo7.AV2)

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

2.4.6 Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3)

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

Catatan

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

2.5 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data

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

- a. Pengumpulan data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.RT
 - Responden untuk Kuesioner RKD07.RT adalah Kepala Keluarga, atau Ibu Rumah Tangga atau Anggota Rumah Tangga yang dapat memberikan informasi;
 - Dalam Kuesioner RKD07.RT terdapat verifikasi terhadap keterangan anggota rumah tangga yang dapat menunjukkan sejauh mana sampel Riskesdas 2007 identik dengan sampel Susenas 2007;
 - Informasi mengenai kejadian kematian dalam rumah tangga di *recall* terhitung sejak 1 Juli 2004, termasuk didalamnya kejadian bayi lahir mati. Informasi lebih lanjut mengenai kematian yang terjadi dalam 12 bulan sebelum wawancara dilakukan eksplorasi lebih lanjut melalui autopsi verbal dengan menggunakan kuesioner RKD07.AV yang sesuai dengan umur anggota rumah tangga yang meninggal dimaksud.
- b. Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND
 - Secara umum, responden untuk Kuesioner RKD07.IND adalah setiap anggota rumah tangga. Khusus untuk anggota rumah tangga yang berusia

kurang dari 15 tahun, dalam kondisi sakit atau orang tua maka wawancara dilakukan terhadap anggota rumah tangga yang menjadi pendampingnya;

- **Anggota rumah tangga semua umur** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit keturunan sebagai berikut: Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Pneumonia, Demam Tifoid, Malaria, Diare, Campak, Tuberkulosis Paru, Demam Berdarah Dengue, Hepatitis, Filariasis, Asma, Gigi dan Mulut, Cedera, Penyakit Jantung, Penyakit Kencing Manis, Tumor / Kanker dan Penyakit Keturunan, serta pengukuran berat badan, tinggi badan / panjang badan;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 15 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Sendi, Penyakit Tekanan Darah Tinggi, Stroke, disabilitas, kesehatan mental, pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkar perut, serta pengukuran lingkar lengan atas (khusus untuk wanita usia subur 15-45 tahun, termasuk ibu hamil);
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 30 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Katarak;
 - **Anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan pertumbuhan;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 10 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terkait dengan Penyakit Flu Burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, penggunaan alkohol, aktivitas fisik, serta perilaku terkait dengan konsumsi buah-buahan segar dan sayur-sayuran segar;
 - **Anggota rumah tangga berumur < 12 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;
 - **Anggota rumah tangga berumur > 5 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 12 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen;
 - **Anggota rumah tangga berumur 6-12 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan urin.
- c. Pengumpulan data kematian dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3;
- d. Pengumpulan data biomedis berupa spesimen darah dilakukan di 33 provinsi di Indonesia dengan populasi penduduk di blok sensus perkotaan di Indonesia. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) dari rumah tangga terpilih di blok sensus perkotaan terpilih sesuai Susenas Provinsi Maluku Utara 2007. Rangkaian pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:
- Blok sensus perkotaan yang terpilih pada Susenas 2007, dipilih sejumlah 15% dari total blok sensus perkotaan.
 - Jumlah blok sensus di daerah perkotaan yang terpilih berjumlah 971, dengan total sampel 15.536 RT.

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

Untuk pemeriksaan kadar glukosa darah, data dikumpulkan dari anggota rumah tangga berumur ≥ 15 tahun, kecuali wanita hamil (alasan etika). Responden terpilih memperoleh pembebanan sebanyak 75 gram glukosa oral setelah puasa 10–14 jam. Khusus untuk responden yang sudah diketahui positif menderita Diabetes Mellitus (berdasarkan konfirmasi dokter), maka hanya diberi

pembebanan sebanyak 300 kalori (alasan medis dan etika). Pengambilan darah vena dilakukan setelah 2 jam pembebanan. Darah didiamkan selama 20–30 menit, disentrifus sesegera mungkin dan kemudian dijadikan serum. Serum segera diperiksa dengan menggunakan alat kimia klinis otomatis. Nilai rujukan (WHO, 1999) yang digunakan adalah sebagai berikut:

- Normal (Non DM) < 140 mg/dl
 - Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) 140 - < 200 mg/dl
 - Diabetes Mellitus (DM) \geq 200 mg/dl.
- e. Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2007 dilakukan dengan tes cepat yodium menggunakan “iodina test”.
- f. Pengamatan tingkat nasional pada dampak konsumsi garam beryodium yang dinilai berdasarkan kadar yodium dalam urin, dengan melakukan pengumpulan garam beryodium pada rumah tangga bersamaan dengan pemeriksaan kadar yodium dalam urin pada anggota rumah tangga yang sama. Sampel 30 kabupaten/kota dipilih untuk pengamatan ini berdasarkan tingkat konsumsi garam yodium rumah tangga hasil Susenas 2005:
- Tinggi – meliputi Kabupaten Blitar, Kabupaten Jember, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Nganjuk, Kota Pasuruan, Kabupaten Klungkung, Kabupaten Sikka, Kabupaten Katingan, Kota Tarakan dan Kabupaten Jeneponto;
 - Sedang – meliputi Kota 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 Provinsi Maluku Utara 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). Sedangkan Koordinator Wilayah III dan IV lebih lambat, sehingga waktu pengumpulan data pada provinsi di wilayah III sangat bervariasi (akhir Juli 2007 - January 2007). Bahkan 5 provinsi daerah sulit (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan Nusa Tenggara Timur), pengumpulan data baru dapat dilaksanakan pada Agustus-September 2007. Terlambatnya pelaksanaan pengumpulan data ini disebabkan karena lambatnya turunnya dana akibat beberapa kali perubahan/revisi anggaran APBN dari Departemen Keuangan.
- b. Kesiapan kabupaten/kota untuk berperanserta 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 blok sensus 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 mengkoordinir Tim Manajemen Data dari Korwil I – IV. Urutan kegiatan manajemen data dapat diuraikan sebagai berikut.

2.6.1 Editing

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

2.6.2 Entry

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

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

2.6.3 Cleaning

Tahapan *cleaning* dalam manajemen data merupakan proses yang amat menentukan kualitas hasil Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2007. Tim Manajemen Data menyediakan pedoman khusus untuk melakukan *cleaning* data Riskesdas. Perlakuan

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

2.7 Keterbatasan Riskesdas

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

- a. Pembentukan kabupaten/kota baru hasil pemekaran suatu kabupaten/kota yang terjadi setelah penetapan blok sensus Riskesdas dari Susenas 2007, sehingga tidak menjadi bagian sampel kabupaten/kota Riskesdas (Lihat Sub Bab 2.2.)
- b. Blok sensus 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 blok sensus yang terpilih dalam sampel Susenas 2007, seperti terlihat pada Tabel 2.1.
- c. Rumah tangga yang terdapat dalam DSRT Susenas 2007 ternyata tidak dapat dijumpai oleh Tim Pewawancara Riskesdas 2007. Total rumah tangga yang tidak berhasil dikunjungi Riskesdas adalah sebanyak 19.346, tersebar di seluruh kabupaten/kota (Lihat Tabel 2.2)
- d. Bisa juga terjadi anggota rumah tangga dari rumah tangga yang terpilih dan bisa dikunjungi oleh Riskesdas, pada saat pengumpulan data dilakukan tidak ada di tempat. Tercatat sebanyak 159.566 anggota rumah tangga yang tidak bisa dikumpulkan datanya (Lihat Tabel 2.3).
- 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;
- g. Meski Riskesdas dirancang untuk menghasilkan estimasi sampai tingkat kabupaten/kota, tetapi tidak semua estimasi bisa mewakili kabupaten/kota, terutama kejadian-kejadian yang frekuensinya jarang. Kejadian yang jarang seperti ini hanya bisa mewakili tingkat provinsi atau bahkan hanya tingkat nasional;

- h. Khusus untuk data biomedis, estimasi yang dihasilkan hanya mewakili sampai tingkat perkotaan nasional;
- i. 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 2007, bahkan lima provinsi (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan NTT) baru melaksanakan pada bulan Agustus-September 2007.

2.8 Hasil Pengolahan dan Analisis Data

Isyu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2007 adalah sampel Riskesdas 2007 yang identik dengan sampel Susenas 2007. Disain penarikan sampel Susenas 2007 adalah *two stage sampling*. Hasil pengukuran yang diperoleh dari *two stage sampling design* memerlukan perlakuan khusus yang pengolahannya menggunakan paket perangkat lunak statistik konvensional seperti SPSS. Aplikasi statistik yang tersedia didalam SPSS untuk mengolah dan menganalisis data seperti Riskesdas 2007 adalah SPSS Complex Samples. Aplikasi statistik ini memungkinkan penggunaan *two stage sampling design* seperti yang diimplementasikan di dalam Susenas 2007. Dengan penggunaan SPSS Complex Sample dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2007, maka validitas hasil analisis data dapat dioptimalkan.

Pengolahan dan analisis data dipresentasikan pada Bab Hasil Riskesdas. Riskesdas yang terdiri dari 6 Kuesioner dan 11 Blok Topik Analisis perlu menghitung jumlah sampel yang dipergunakan untuk mendapatkan hasil analisis baik secara nasional, provinsi, kabupaten/kota, serta karakteristik penduduk. Jumlah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Riskesdas yang terkumpul seperti tercantum pada tabel 2.2, dan tabel 2.3 perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis. Berikut ini rincian jumlah sampel yang dipergunakan untuk analisis data, terutama dari hasil pengukuran dan pemeriksaan dan kelompok umur.

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

BAB 3. HASIL RISKESDAS

3.1 Profil

Provinsi Maluku Utara yang beribukota Ternate terletak diantara 3° Lintang Utara sampai 3° Lintang Selatan dan antara 124° - 129° Bujur Timur yang berbatasan wilayah dengan Samudera Pasifik di sebelah Utara, Laut Seram di sebelah Selatan, sebelah Barat dan Timur masing-masing berbatasan dengan Laut Maluku dan Laut Seram.

Provinsi Maluku Utara merupakan daerah kepulauan yang cukup banyak dimana ada pulau besar dan pulau kecil, diantara pulau-pulau besar adalah Pulau Halmahera, Pulau Morotai, Pulau Obi, Pulau Bacan, dan Kepulauan Sula. Sedangkan pulau-pulau kecil diantaranya Pulau Ternate, Pulau Tidore, Pulau Makian, Kepulauan Kayoa dan masih banyak lagi pulau-pulau kecil lainnya dan sebagian pulau-pulau kecil lainnya yang tidak berpenghuni, luas keseluruhan wilayah Propinsi Maluku Utara yaitu 33.960,00 Km²,

Maluku Utara beriklim tropis dengan dua musim yakni musim kemarau yang berlangsung dari bulan April – Oktober dan musim penghujan yang biasanya berlangsung pada bulan Nopember – Maret, dan rata-rata temperature sepanjang tahun sekitar 26,86 C dengan suhu minimum 23,5 C dan suhu maximum 31,9 oC dan kecepatan angin rata-rata berkisar 4 knots diikuti dengan ombak dan gelombang yang cukup kuat.

Provinsi Maluku Utara berdiri pada tahun 2000 dengan 3 (tiga) Kabupaten / Kota antara lain Kabupaten Maluku Utara, Halmahera Tengah dan Kota Ternate, kini pada tahun 2002 dimekarkan lagi menjadi 5 Kab/Kota, sehingga menjadi 6 Kabupaten dan 2 Kota, sebagai berikut Kabupaten Halmahera Barat, Halmahera Utara, Halmahera Selatan, Kepulauan Sula, Halmahera Tengah, Halmahera Timur, Kota Tidore dan Kota Ternate.

Keadaan topografi Provinsi Maluku utara sangat bervariasi yakni berombak 45% dan bergelombang 56%. Sedangkan iklim di Provinsi Maluku Utara adalah tropis yang sangat dipengaruhi oleh angin laut. curah hujan rata-rata 1.695 – 2.570 mm per tahun. Berdasarkan pencatatan klimatologi rata-rata temperatur di Provinsi Maluku Utara sekitar 26°C, dengan suhu minimum 23°C dan suhu maksimum 31°C .

3.1.1 Keadaan Kependudukan

Penduduk Maluku Utara pada tahun 2006 berjumlah 919.160 jiwa (SUSENAS tahun 2006) yang tersebar di Delapan kabupaten/ kota. Jumlah Penduduk terbesar terdapat pada Kab. Halmahera selatan yaitu sebesar 180.354 jiwa (19.6%) dan yang terkecil di Kab. Halmahera Tengah sebesar 32.913 jiwa (3.6%). dari seluruh jumlah penduduk yang tersebar di 8 kabupaten/ kota, dengan rasio jenis kelamin di seluruh kabupaten/ kota sebesar 1.05. Kepadatan penduduk rata-rata di seluruh Kabupaten/ Kota di Provinsi Maluku Utara sebesar 19.6 jiwa/Km². Ini berarti Setiap 1 Km² didiami sebesar 20 jiwa. Untuk kepadatan penduduk terbesar masih terdapat di Kota Ternate, yang sampai saat ini juga masih merupakan pusat Pemerintahan Provinsi Maluku Utara yaitu sebesar 635.5 jiwa/km². Komposisi penduduk Maluku Utara menurut kelompok umur menunjukkan penduduk usia muda (0 – 14 tahun) sebesar 163.868 jiwa (17,82%), usia produktif (15 – 64 tahun) sebesar 278.070 jiwa (30.25%) sedangkan yang berusia tua (> 65 tahun) sebesar 11.569 (1,25%). Sehingga angka beban ketergantungan penduduk (dependency ratio) sebesar 60,72%.

3.1.2 Keadaan Perekonomian

Pendapatan daerah per kapita adalah biaya faktor produksi dibagi dengan jumlah penduduk pertengahan tahun. Badan Pusat Statistik melaporkan bahwa pendapatan daerah per kapita pada tahun 2002 sebesar 2.226.519.016 rupiah dengan kontribusi terbesar diberikan oleh sektor pertanian dengan sumbangan sebesar 36,05% dan disusul oleh sektor perdagangan, restoran dan hotel dengan sumbangan sebesar 23,49%. Sektor industri pengolahan Maluku Utara yang diharapkan mampu menunjang sektor pertanian dengan berorientasi pada agro industri pada tahun 2002 memberikan sumbangan sebesar 15,99%. Produk domestik regional bruto Provinsi Maluku Utara atas dasar harga konstan pada tahun 2002 sebesar 872,.225 milyar rupiah atau meningkat 1,61%.

3.1.3 Keadaan Pendidikan

Keadaan pendidikan di Provinsi Maluku Utara berdasarkan data BPS Provinsi Maluku Utara Tahun 2006, persentase penduduk berusia 10 tahun keatas yang tidak/ belum pernah sekolah sebesar 29%., dengan persentase terendah di kota ternate 16% dan yang tertinggi di kabupaten Halmahera Timur yaitu 40.5%.

Ijazah/ STTB tertinggi yang di miliki penduduk merupakan indikator pokok kualitas pendidikan formal. Semakin tinggi ijazah / STTB yang dimiliki oleh rata-rata penduduk suatu daerah mencerminkan semakin tingginya taraf intelektualitas dari daerah tersebut. Di Provinsi Maluku Utara Tahun 2003 Penduduk yang memiliki ijazah tamat SD/MI sebanyak 30.37% tamat SMP/MTs/ sederajat sebanyak 20.2%, tamat SMU/SMK sebanyak 17.37% dan tamat diploma/ Universitas sebesar 2.93%

Persentase penduduk laki-laki yang menamatkan pendidikan untuk setiap jenjang pendidikan di Provinsi Maluku Utara lebih tinggi daripada penduduk perempuan, yakni laki-laki yang menamatkan pendidikan adalah 73.84% dan perempuan yang menamatkan pendidikan 67,89%.

Demikian Gambaran Umum Provinsi Maluku Utara Tahun 2006 secara ringkas. Gambaran yang ditonjolkan memang dibatasi pada aspek kependudukan, perekonomian dan pendidikan. ini tidak lain karena ketiganya khususnya perekonomian dan pendidikan bersama-sama dengan kesehatan menentukan besar/ kecilnya indeks pembangunan manusia (IPM) atau Human Development Index (HDI).

3.2 Gizi

3.2.1 Status Gizi Balita

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

- a. Berdasarkan indikator BB/U :
- | | |
|----------------------|----------------------------------|
| Kategori Gizi Buruk | Z-score < -3,0 |
| Kategori Gizi Kurang | Z-score >=-3,0 s/d Z-score <-2,0 |
| Kategori Gizi Baik | Z-score >=-2,0 s/d Z-score <=2,0 |
| Kategori Gizi Lebih | Z-score >2,0 |
- b. Berdasarkan indikator TB/U :
- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| Kategori Sangat Pendek | Z-score < -3,0 |
| Kategori Pendek | Z-score >=-3,0 s/d Z-score <-2,0 |
| Kategori Normal | Z-score >=-2,0 |
- c. Berdasarkan indikator BB/TB :
- | | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Kategori Sangat Kurus | Z-score < -3,0 |
| Kategori Kurus | Z-score >=-3,0 s/d Z-score <-2,0 |
| Kategori Normal | Z-score >=-2,0 s/d Z-score <=2,0 |
| Kategori Gemuk | Z-score >2,0 |

Perhitungan angka prevalensi :

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

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

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

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

3.2.1.1 Status gizi balita berdasarkan indikator BB/U

Tabel 3.2.1.1 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/U.

Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum, tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk atau gizi kurang mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut. Secara umum prevalensi gizi buruk di Indonesia adalah 5,4% dan gizi kurang 13,0%. Sebanyak 5 kabupaten/kota di provinsi Maluku Utara masih memiliki prevalensi gizi buruk di atas prevalensi nasional dan hanya 3 kabupaten/kota yang sudah berada di bawah prevalensi nasional, yaitu : **Kepulauan Sula, Halsel, dan Kota Ternate.**

Prevalensi nasional untuk gizi buruk dan kurang adalah 18,4%. Bila dibandingkan dengan target pencapaian program perbaikan gizi (RPJM) tahun 2015 sebesar 20% dan target MDG untuk Indonesia sebesar 18,5%, maka secara nasional target-target tersebut sudah terlampaui. Namun pencapaian tersebut belum merata di 33 provinsi. Bila mengacu pada target MDG maka di Provinsi Maluku Utara terdapat 3 kabupaten/kota yang sudah melampaui target MDG yaitu *Kep. Sula, Halut, dan Haltim* sedangkan untuk target RPJM terdapat 4 kabupaten/kota yang sudah melampaui target, yaitu *Kep. Sula, Halut, Kota Ternate, dan Haltim.*

Prevalensi gizi lebih secara nasional adalah 4,3%. Terdapat 3 kabupaten/kota dengan prevalensi melebihi angka nasional, yaitu Halbar, Kep. Sula, dan Tidore.

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

Kabupaten/kota	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Halmahera Barat	11.8	16.6	60.8	10.8
Halmahera Tengah	5.5	20.3	71.4	2.7
Kepulauan Sula	3.4	10.4	76.9	9.3
Halmahera Selatan	0.7	34.1	64.4	0.7
Halmahera Utara	14.1	1.9	83.4	0.6
Halmahera Timur	7.0	11.1	78.9	2.9
Kota Ternate	4.0	15.9	78.7	1.5
Kota Tidore	7.5	17.0	66.0	9.5
Maluku Utara	6.7	16.1	74.3	3.0

*) BB/U = berat badan menurut umur

3.2.1.2 Status gizi balita berdasarkan indikator TB/U

Tabel 3.2.1.2 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator TB/U.

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

Prevalensi masalah kependekan pada balita secara nasional masih tinggi yaitu sebesar 36,8%. Ada 5 kabupaten/kota di provinsi Maluku Utara memiliki prevalensi masalah kependekan di atas angka nasional.

Tabel 3.2.1.2
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Kategori status gizi TB/U		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
Halmahera Barat	29,9	18,3	51,8
Halmahera Tengah	25,1	22,9	52,0
Kepulauan Sula	9,9	13,7	76,3
Halmahera Selatan	37,1	15,2	47,7
Halmahera Utara	25,6	11,4	63,0
Halmahera Timur	16,9	15,0	68,1
Kota Ternate	19,7	15,6	64,7
Kota Tidore	28,7	16,3	55,0
Maluku Utara	25,4	14,8	59,8

*) TB/U= Tinggi Badan menurut Umur

3.2.1.3 Status gizi balita berdasarkan indikator BB/TB

Tabel 3.2.1.3 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/TB.

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

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

Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah indikator **sangat kurus** yaitu anak dengan nilai Z-score < -3,0 SD. Prevalensi balita sangat kurus secara nasional masih cukup tinggi yaitu 6,2%. Terdapat 6 kabupaten/kota di provinsi Maluku Utara yang memiliki prevalensi balita sangat kurus di bawah angka prevalensi nasional. Ke 4 kabupaten/kota tersebut adalah : Halbar, Halteng, Halsei, Kepulauan Sula, Halut, dan Ternate.

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

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

Kabupaten/kota	Kategori status gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Halmahera Barat	5.2	7.3	70.7	16.8
Halmahera Tengah	3.6	5.9	85.2	5.3
Kepulauan Sula	5.0	7.9	74.3	12.7
Halmahera Selatan	0.8	16.9	81.1	1.1
Halmahera Utara	1.2	7.6	67.9	23.3
Halmahera Timur	7.2	9.9	67.8	15.1
Kota Ternate	4.6	12.0	69.6	13.8
Kota Tidore	7.8	3.9	73.4	14.8
Maluku Utara	3.8	11.1	72.3	12.8

*) BB/TB= Berat Badan menurut Tinggi Badan

Secara nasional prevalensi kekurusan pada balita adalah 13,6%. Hal ini berarti bahwa masalah kekurusan di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Jika dilihat untuk tiap kabupaten, maka prevalensi kekurusan di seluruh kabupaten/kota masih berada di atas 5%, yang berarti masalah kekurusan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di setiap kabupaten/kota. Dari 8 kabupaten/kota di provinsi Maluku Utara, 3 kabupaten/kota di antaranya masuk dalam kategori serius dan 3 kabupaten masuk dalam kategori kritis.

Berdasarkan indikator BB/TB juga dapat dilihat prevalensi kegemukan di kalangan balita. Secara nasional prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB adalah sebesar 12,2%. Terdapat 6 kabupaten/kota di provinsi Maluku Utara memiliki masalah kegemukan pada balita di atas angka nasional.

3.2.1.4 Status gizi balita menurut karakteristik responden

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

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

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

- a. Semakin bertambah umur, prevalensi gizi buruk cenderung menurun, sedangkan untuk gizi kurang cenderung meningkat pada umur 36 - 47.
- b. Tidak nampak adanya perbedaan yang mencolok pada prevalensi gizi buruk dan baik antara balita laki-laki dan perempuan, kecuali prevalensi gizi kurang yang banyak pada laki-laki dan gizi lebih pada balita perempuan.
- c. Tidak nampak adanya perbedaan yang mencolok pada prevalensi gizi buruk, gizi kurang, baik dan lebih pada balita, sebaliknya terjadi prevalensi penurunan yang mencolok gizi lebih pada pendidikan PT.
- d. Semua kelompok pekerjaan responden memiliki prevalensi gizi buruk yang relatif rendah. Sedangkan pada gizi kurang banyak pada kelompok pekerjaan pegawai swasta (26,3%).
- e. Prevalensi gizi buruk daerah perkotaan relatif lebih rendah dari daerah perdesaan, sedangkan untuk kategori gizi lain prevelensinya tidak ada perbedaan yang mencolok dalam prevalensinya.
- f. Tidak ada perbedaan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan pada semua kategori status gizi prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balitanya.

Tabel 3.2.1.4.1

**Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U) dan Karakteristik Responden
di Propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Kelompok umur (bulan)				
0 - 5	14,7	6,9	47,0	31,3
6 -11	2,6	4,5	90,3	2,6
12-23	4,2	7,5	67,8	20,4
24-35	6,4	5,1	75,9	12,5
36-47	1,5	17,2	65,5	15,8
48-60	3,0	12,8	77,8	6,4
Jenis kelamin				
Laki-laki	4,7	17,0	68,9	9,4
Perempuan	2,9	5,5	75,6	16,0
Pendidikan KK				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	4,1	17,7	65,6	12,6
Tamat SD	2,3	12,1	80,6	5,0
Tamat SLTP	6,6	7,6	69,6	16,1
Tamat SLTA	4,8	11,4	68,5	15,4
Tamat PT	2,5	16,5	79,4	1,7
Pekerjaan				
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	0,2	0,2	97,9	1,6
TNI/Polri/PNS/BUMN	6,4	13,3	69,5	10,8
Pegawai Swasta	0,0	26,3	56,3	17,4
Wiraswasta/dagang/jasa	1,7	14,3	75,7	8,4
Petani/nelayan	5,4	13,7	75,6	5,3
Buruh & lainnya	2,7	3,7	54,8	38,7
Tipe daerah				
Kota	1,4	11,7	76,4	10,4
Desa	6,1	10,4	68,4	15,1
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	3,1	5,7	73,9	17,2
Kuintil 2	7,6	19,0	69,0	4,4
Kuintil 3	2,2	15,4	73,4	9,1
Kuintil 4	2,6	6,6	82,6	8,2
Kuintil 5	3,6	8,3	62,7	25,4

Tabel 3.2.1.4.2 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi TB/U dengan karakteristik responden. Seperti halnya dengan status gizi BB/U, kaitan antara status gizi BB/TB dan karakteristik responden menunjukkan kecenderungan yang serupa :

- Menurut umur, tidak tampak adanya pola masalah kependekan pada balita kecuali pada kelompok umur 6 – 11 yang frekwensinya sangat besar (62,3%).
- Menurut jenis kelamin, tampak adanya perbedaan masalah kependekan pada balita meskipun nilainya tidak besar. Kategori sangat pendek lebih banyak pada balita perempuan dan pendek lebih banyak pada balita laki-laki.
- Makin tinggi pendidikan KK prevalensi kependekan pada balita cenderung makin rendah kecuali pada tingkat pendidikan tamat PT yang meningkat lagi.
- Pada kelompok keluarga yang memiliki pekerjaan berpenghasilan tetap (TNI/Polri/PNS/BUMN dan Swasta), prevalensi kependekan relatif lebih rendah dari keluarga dengan pekerjaan berpenghasilan tidak tetap.

- e. Prevalensi kependekan di daerah perdesaan relatif lebih rendah dibanding daerah perkotaan.
- f. Prevalensi kependekan cenderung lebih rendah seiring dengan meningkatnya tingkat pengeluaran keluarga per kapita per bulan.

Tabel 3.2.1.4.2
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Kelompok umur (Bulan)			
0 - 5	9,4	14,2	76,4
6 -11	62,3	1,7	36,0
12-23	37,5	7,1	55,5
24-35	30,5	25,2	44,3
36-47	7,4	19,7	72,9
48-60	25,8	12,1	62,1
Jenis kelamin			
Laki-laki	20,4	17,7	61,9
Perempuan	29,9	12,1	57,9
Pendidikan			
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	20,2	19,4	60,4
Tamat SD	36,5	4,2	59,3
Tamal SLTP	24,0	21,1	54,9
Tamat SLTA	9,7	12,7	77,6
Tamat PT	19,6	6,8	73,6
Pekerjaan			
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	45,1	1,9	53,0
TNI/Polri/PNS/BUMN	14,9	9,1	76,1
Pegawai Swasta	9,7	14,8	75,4
Wiraswasta/dagang/jasa	17,2	21,7	61,1
Petani/nelayan	25,2	8,8	66,0
Buruh & lainnya	22,2	28,6	49,2
Tipe daerah			
Kota	28,7	13,3	58,0
Desa	21,8	16,4	61,8
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	21,0	15,9	63,1
Kuintil 2	12,8	12,2	74,9
Kuintil 3	27,5	11,0	61,5
Kuintil 4	33,7	22,0	44,3
Kuintil 5	29,9	11,0	59,1

*) TB/U = Tinggi Badan menurut Umur

Tabel 3.2.1.4.3 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/TB dengan karakteristik responden. Kajian deskriptif kaitan antara status gizi BB/TB dengan karakteristik responden menunjukkan :

- a. Tidak ada pola yang jelas pada masalah kekurusan menurut kelompok umur KK
- b. Tidak tampak adanya perbedaan masalah kekurusan yang mencolok antara balita laki-laki dan perempuan.
- c. Tidak ada pola yang jelas pada masalah kekurusan menurut tingkat pendidikan KK, tetapi pada keluarga dengan KK berpendidikan tamat PT, prevalensi kekurusan relatif lebih rendah dan prevalensi kegemukan relatif tinggi.
- d. Prevalensi kekurusan balita pada kelompok dengan KK sebagai petani/nelayan relatif lebih tinggi dibandingkan dengan KK yang memiliki pekerjaan lain. Sedangkan prevalensi balita kegemukan tertinggi ditemui pada kelompok dengan KK yang mempunyai pekerjaan Pegawai Swasta.
- e. Tidak ada perbedaan mencolok antara masalah kekurusan di daerah perdesaan dibandingkan dengan daerah perkotaan.
- f. Tidak ada pola pada masalah kekurusan menurut tingkat pengeluaran keluarga per kapita per bulan, demikian juga dengan masalah kegemukan cenderung pola masalahnya sama.

Tabel 3.2.1.4.3
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik
Responden di Propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi TB/U			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kelompok umur (Bulan)				
0 - 5	0,4	14,5	78,9	6,3
6 -11	3,4	7,3	87,2	2,1
12-23	5,7	4,2	86,3	3,8
24-35	6,6	16,3	73,5	3,7
36-47	6,7	7,1	84,7	1,6
48-60	8,2	29,6	59,3	3,0
Jenis kelamin				
Laki-laki	7,0	18,9	71,4	2,7
Perempuan	6,3	13,4	76,9	3,3
Pendidikan				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	2,6	27,7	66,3	3,4
Tamat SD	7,7	8,0	82,3	2,0
Tamat SLTP	14,3	13,8	69,5	2,4
Tamat SLTA	3,7	11,6	79,2	5,5
Tamat PT	2,5	8,0	86,2	3,3
Pekerjaan Utama KK				
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	4,2	12,4	81,2	2,3
TNI/Polri/PNS/BUMN	2,1	15,5	78,0	4,4
Pegawai Swasta	1,5	5,1	83,1	10,3
Wiraswasta/dagang/jasa	3,4	3,2	88,5	5,0
Petani/nelayan	11,2	16,5	69,8	2,5
Buruh & lainnya	1,8	16,3	81,3	0,6
Tipe daerah				
Kota	6,5	17,6	73,9	2,0
Desa	6,9	14,6	74,6	3,9
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	16,4	9,8	71,1	2,6
Kuintil 2	7,7	8,7	81,0	2,5
Kuintil 3	2,5	26,2	68,1	3,2
Kuintil 4	2,6	18,8	75,2	3,3
Kuintil 5	3,6	16,3	76,9	3,3

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

Tabel 3.2.1.4.4
Prevelensi Balita Menurut Indeks Tiga Indikator Status Gizi dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	BB/U Bur-Kur	TB/U : Kronis (Kependekan)	BB/TB : Akut (Kekurusan)	Akut *	Kronis **
Halmahera Barat	28,4	48,2	12,5	√	√
Halmahera Tengah	25,8	48,0	9,5		√
Kepulauan Sula	13,8	23,6	12,9	√	
Halmahera Selatan	34,8	52,3	17,7	√	√
Halmahera Utara	16,0	37,0	8,8		
Halmahera Timur	18,1	31,9	17,1	√	
Kota Ternate	19,9	35,3	16,6	√	
Kota Tidore	24,5	45,0	11,7	√	√
Maluku Utara	22,8	40,2	14,9	6	4

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

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

Dari tabel di atas semua kabupaten/kota di provinsi Maluku Utara hampir semua masih menghadapi permasalahan gizi akut kecuali kabupaten kota halteng dan halut. Selain itu, terdapat 4 kabupaten/kota yang masih menghadapi permasalahan gizi kronis. Empat kabupaten/kota yang lain yaitu Kepulauan Sula, Halut, Haltim dan Ternate yang masalah gizi kronisnya lebih kecil dari angka provinsi.

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 berat badan (BB) lebih jika nilai IMT lebih dari 2SD nilai rerata standar WHO 2007.

Tabel 3.2.2.1
Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Jenis
Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Anak Laki-laki		Anak Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Halmahera Barat	11,2	18,9	11,6	11,3
Halmahera Tengah	15,5	2,1	7,4	2,5
Kepulauan Sula	11,3	6,8	10,1	6,5
Halmahera Selatan	16,4	4,2	10,3	1,6
Halmahera Utara	16,4	10,5	11,7	7,1
Halmahera Timur	7,2	15,1	12,7	11,9
Kota Ternate	11,1	5,6	12,3	4,1
Kota Tidore	11,6	25,7	6,0	11,5
Maluku Utara	13,2	10,0	10,7	6,1

Lima Kabupaten/Kota dengan prevalensi kurus tertinggi pada anak laki-laki adalah Halsei (16,4%), Halut (16,4%), Halteng (15,5%), Tidore (11,6%), dan Kepulauan Sula (11,3%). Sedangkan untuk anak perempuan terdapat di Haltim (12,7%), Ternate (12,3%), Halut (11,7%), Halbar (11,6%), dan Halsei (10,3%).

Prevalensi BB-lebih pada anak umur 6 – 14 tahun tertinggi di Kota Tidore untuk anak laki-laki (25,7%) dan untuk anak perempuan di Kabupaten Haltim (11,9%). Prevalensi BB-lebih pada anak umur 6 – 14 tahun terendah ditemukan di Kabupaten Halteng pada anak laki-laki (2,1%) sedangkan pada anak perempuan (1,6%) di Kabupaten Halsei.

Tabel 3.2.2.2
Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun menurut Jenis Kelamin dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, RISKEDAS 2007

Karakteristik	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Tipe daerah				
Kota	11,0	10,2	9,9	5,6
Desa	13,9	9,9	11,0	6,2
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	15,2	10,1	9,3	3,7
Kuintil 2	12,8	12,7	7,7	8,2
Kuintil 3	10,2	7,3	12,2	6,6
Kuintil 4	13,6	11,3	13,3	5,5
Kuintil 5	13,9	9,2	13,2	7,1

Tabel 3.2.2.2 menggambarkan prevalensi kurus dan BB lebih menurut karakteristik responden.

Menurut tipe daerah, prevalensi kurus sedikit lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan, sebaliknya prevalensi BB tidak berbeda baik di perkotaan maupun di perdesaan.

Tampaknya tidak menunjukkan pola yang jelas antara tingkat pengeluaran per kapita dengan BB lebih baik pada laki-laki maupun perempuan, sedangkan untuk prevalensi kurus demikian pula.

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). Indeks Massa Tubuh dihitung berdasarkan berat badan dan tinggi badan dengan rumus sebagai berikut :

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

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

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

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

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

3.2.3.1 Status gizi dewasa berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)

Tabel 3.2.3.1.1 menyajikan prevalensi penduduk menurut status IMT di masing-masing Kabupaten/Kota. Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori berat badan lebih (BB lebih) dan obese.

Prevalensi obesitas umum secara Provinsi adalah 25,7% (10,7% BB lebih dan 15,0% obese). Hanya 1 Kabupaten/Kota yang memiliki prevalensi obesitas umum terendah adalah Halbar. Sedangkan 2 Kabupaten dengan prevalensi obesitas umum sama/di atas prevalensi Provinsi adalah : Ternate dan Kepulauan Sula.

Tabel 3.2.3.1.1
Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas)
Menurut Indeks Massa Tubuh/IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku
Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori IMT			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Halmahera Barat	9,6	72,8	7,5	10,0
Halmahera Tengah	11,7	65,2	8,0	15,1
Kepulauan Sula	16,3	58,0	10,1	15,6
Halmahera Selatan	26,2	49,0	6,6	18,2
Halmahera Utara	5,8	70,1	12,1	12,1
Halmahera Timur	12,4	62,2	11,5	13,8
Kota Ternate	8,5	58,2	13,9	19,4
Kota Tidore	9,5	66,5	8,3	15,6
Maluku Utara	10,6	64,9	10,1	14,3

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

Tabel 3.2.3.1.2 menyajikan hasil tabulasi silang status gizi penduduk dewasa menurut IMT dengan beberapa variabel karakteristik responden. Dari tabel ini terlihat bahwa :

- Prevalensi obesitas umum lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding daerah perdesaan.
- Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan cenderung semakin tinggi prevalensi obesitas umum, ini berlaku juga untuk prevalensi obese.

Tabel 3.2.3.1.2
Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun ke atas) menurut Status Indeks Massa Tubuh/IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Indeks Massa Tubuh			
	Kurus	Normal	Berat lebih	Obese
Kelompok Umur (Tahun)				
15-20	20,7	66,1	5,4	7,8
21-25	13,3	74,0	7,8	4,9
26-30	10,0	65,5	4,6	19,8
31-40	3,8	63,8	15,4	17,0
41-50	10,6	52,1	14,8	22,5
51-60	14,1	54,9	13,2	17,9
61-70	19,8	60,9	7,5	11,8
>70	14,9	62,2	14,3	8,5
Pendidikan				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah				
Tamat SD				
Tamat SLTP				
Tamat SLTA				
Tamat PT				
Tipe daerah				
Kota	13,2	59,6	10,6	16,5
Desa	10,3	65,2	10,8	13,7
Jenis Kelamin				
Laki-laki	11,2	67,7	10,3	10,9
Perempuan	12,1	57,9	11,2	18,8
Tingkat pengeluaran RT per kapita				
Kuintil 1	10,1	68,9	11,7	9,3
Kuintil 2	8,3	64,6	11,0	16,1
Kuintil 3	14,8	61,1	9,2	15,0
Kuintil 4	14,4	60,6	7,9	17,1
Kuintil 5	11,3	59,0	12,5	17,2

Kurus : IMT < 18,5 ; Normal : 18,5-24,9 BB lebih IMT : 25-27 Obese IMT ≥ 27

3.2.3.2 Status Gizi Dewasa Berdasarkan Indikator Lingkar Perut (LP)

Tabel 3.2.3.2.1 dan Tabel 3.2.3.2.2 menyajikan prevalensi obesitas sentral menurut Kabupaten/Kota, dan karakteristik penduduk. 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 Provinsi adalah 28,4%. Dari 8 Kabupaten/Kota, 3 di antaranya memiliki prevalensi obesitas sentral di atas angka prevalensi Provinsi (Tabel 3.2.3.2.1).

Tabel 3.2.3.2.1
Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Obesitas Sentral (LP; L > 90, P > 80) *
Halmahera Barat	11,5
Halmahera Tengah	48,5
Kepulauan Sula	22,1
Halmahera Selatan	15,0
Halmahera Utara	25,2
Halmahera Timur	31,9
Kota Ternate	45,2
Kota Tidore	22,7
Maluku Utara	25,0

Catatan: *) LP= lingkar perut ; L =Laki-laki ; P = Perempuan

Tabel 3.2.3.2.2
Prevalensi Obesitas Sentral Penduduk Umur 15 Tahun ke atas menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Obesitas Sentral (LP; L > 90, P > 80) *
Kelompok Umur (Tahun)	
15-20	26,2
21-25	25,7
26-30	24,5
31-40	29,8
41-50	34,0
51-60	26,1
61-70	29,0
>70	35,1
Pendidikan	
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	
Tamat SD	
Tamat SLTP	
Tamat SLTA	
Tamat PT	
Tipe Daerah	
Perkotaan	24,2
Perdesaan	31,9
Jenis Kelamin	
Laki-laki	24,1
Perempuan	32,6
Tingkat pengeluaran RT per kapita	
Kuintil 1	30,8
Kuintil 2	31,7
Kuintil 3	27,1
Kuintil 4	24,3
Kuintil 5	27,9

Catatan: *) LP= lingkar perut ; L =Laki-laki ; P = Perempuan

Prevalensi obesitas sentral menurut tipe daerah tampak lebih rendah di daerah perkotaan (24,2%) dibandingkan daerah perdesaan (31,9%). Tidak ada perbedaan pada tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, pada prevalensi obesitas sentral. Tidak tampak pola kecenderungan antara obesitas sentral menurut kelompok umur (Tabel 3.2.3.2.2).

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

rendah” yaitu bila konsumsi protein lebih rendah dari angka rerata konsumsi protein nasional dari data Riskesdas 2007.

Selanjutnya dalam penulisan tabel 3.2.4.1 disajikan angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari. Tabel 3.2.4.2 adalah informasi prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional dari data Riskesdas 2007 menurut kabupaten; Tabel 3.2.4.3 informasi tentang prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional dari data Riskesdas 2007 menurut klasifikasi desa (kota/desa) dan kuintil pengeluaran RT.

Data pada tabel 3.2.4.1 berikut menunjukkan bahwa rata-rata konsumsi per kapita per hari penduduk Indonesia adalah 1735,45 kkal untuk energi dan 55,5 gram untuk protein. Untuk konsumsi energi, Provinsi Maluku Utara sudah melebihi dari pada angka nasional (1752,1 kkal), sedangkan untuk konsumsi protein Provinsi Maluku Utara juga melebihi dari pada angka nasional (56,4 gram). Kabupaten dengan angka konsumsi energi terendah adalah Kabupaten Halmahera Selatan (1431,8 kkal), dan kabupaten dengan angka konsumsi energi tertinggi adalah Kabupaten Kepulauan Sula (2142,8 kkal). Kabupaten dengan konsumsi protein terendah adalah Kabupaten Halmahera Selatan (46,9 gram), dan kabupaten dengan konsumsi protein tertinggi adalah Kabupaten Halmahera Timur (74,2 gram).

Hampir semua Kabupaten/kota di Maluku Utara rerata angka konsumsi energi dan protein di atas rerata angka konsumsi energi nasional.

Tabel 3.2.4.1
Rerata Konsumsi Energi dan Protein per Kapita per Hari
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Halmahera Barat	1666,7	734,8	55,0	29,0
Halmahera Tengah	1824,7	708,1	67,9	35,1
Kepulauan Sula	2142,8	992,7	56,9	28,6
Halmahera Selatan	1431,8	645,3	46,9	24,4
Halmahera Utara	1719,5	740,3	53,3	23,3
Halmahera Timur	1788,9	745,1	74,2	34,0
Ternate	1827,3	834,9	62,6	31,7
Tidore Kepulauan	1846,3	752,6	58,1	27,1
Maluku Utara	1752,1	807,7	56,4	28,7

Data pada tabel 3.2.4.2 berikut menunjukkan bahwa prevalensi RT dengan konsumsi energi dan protein hampir tidak berbeda dengan rerata nasional sebesar 59 % (energi) dan 58,5 % (protein). Kabupaten yang prevalensi RT dengan *konsumsi energi lebih rendah dari rerata nasional* yang tertinggi adalah Kabupaten Halmahera Selatan (74,0 %); dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah Kepulauan Sula (38,3%). Kabupaten yang prevalensi *konsumsi protein lebih kecil dari rerata nasional RT* yang tertinggi adalah Kabupaten Halmahera Selatan (73,5%); dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah Kabupaten Halmahera Timur (33,1%).

Tabel 3.2.4.2
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Maluku Utara, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Halmahera Barat	63,1	57,9
Halmahera Tengah	51,1	46,0
Kepulauan Sula	38,3	54,6
Halmahera Selatan	74,0	73,5
Halmahera Utara	59,0	63,5
Halmahera Timur	53,3	33,1
Ternate	55,7	51,4
Tidore Kepulauan	50,1	56,6
Maluku Utara	57,7	58,6

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

Data pada tabel 3.2.4.3 berikut menunjukkan bahwa prevalensi RT di kota yang konsumsi energi lebih rendah dari angka rerata nasional lebih tinggi dari RT di desa, sebaliknya prevalensi RT di desa yang konsumsi protein lebih rendah dari angka rerata nasional lebih tinggi dari di Kota. Menurut kuintil pengeluaran RT, tidak ada perbedaan kuintil pengeluaran RT terhadap prevalensi RT yang konsumsi dan protein dibawah angka rerata nasional, kecuali RT yang berada pada kuintil-5, prevalensi RT dengan konsumsi protein lebih rendah dari rerata nasional jumlahnya lebih sedikit.

Tabel 3.2.4.3
Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran RT per Kapita di Provinsi Maluku Utara, Riskedas 2007

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Tipe daerah		
Kota	60,1	56,0
Desa	56,9	59,4
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil – 1	58,4	61,6
Kuintil – 2	57,9	59,3
Kuintil – 3	57,2	59,4
Kuintil – 4	57,2	60,4
Kuintil – 5	57,0	51,4

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

3.2.5 Garam Iodium

Kandungan garam beriodium di kategorikan sebagai berikut : Kriteria kategori cukup, jika garam mengandung ≥ 30 ppm iodat, kategori kurang, jika garam mengandung < 30 ppm iodate dan kategori tidak ada, jika garam tidak mengandung iodat.

Tabel 3.2.5.1
Persentase RT Mengonsumsi Garam Mengandung Cukup Iodium
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Cukup Iodium (%)
Halmahera Barat	85,8
Halmahera Tengah	80,5
Kepulauan Sula	52,4
Halmahera Selatan	78,0
Halmahera Utara	95,5
Halmahera Timur	84,9
Ternate	83,3
Tidore	60,5
Maluku Utara	83,0

Tabel 3.2.5.1 menunjukkan persentase rumah tangga yang mengonsumsi garam cukup Iodium di Maluku Utara. Secara umum sebanyak 83,0% rumah tangga mengonsumsi garam cukup Iodium. Pencapaian ini sudah mendekati 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. Pencapaian rumah tangga yang mengonsumsi garam cukup Iodium di Kabupaten Halmahera Utara sudah diatas 90%, sedangkan kabupaten lain belum mencapai USI. Kepulauan Sula merupakan daerah dengan persentase terendah rumah tangga mengonsumsi garam cukup Iodium (52,4%).

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

Karakteristik	Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Cukup Iodium (%)
Pendidikan KK	
Tidak tamat SD & Tidak sekolah	80,2
Tamat SD	76,3
Tamat SLTP	89,5
Tamat SLTA	86,7
Tamat PT	84,6
Pekerjaan KK	
Tidak bekerja/Sekolah/Ibu rumah tangga	70,2
TNI/Polri/PNS/BUMN	88,8
Pegawai Swasta	99,1
Wiraswasta/Pedagang/Pelayanan Jasa	91,9
Petani/Nelayan	78,7
Buruh/Lainnya	85,9
Tipe daerah	
Perkotaan	89,3
Perdesaan	77,9
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	81,6
Kuintil 2	79,9
Kuintil 3	83,8
Kuintil 4	79,0
Kuintil 5	89,9

Pada Tabel 3.2.5.2 persentase rumah tangga mengonsumsi garam cukup iodium menurut pendidikan kepala keluarga semakin tinggi pendidikan maka semakin tinggi persentase rumah tangga yang mengonsumsi garam cukup iodium. Dilihat dari pekerjaan kepala keluarga, pekerjaan sebagai Pegawai Swasta menunjukkan persentase tertinggi mengonsumsi garam cukup iodium (99,1%). Demikian juga jika dilihat dari tempat tinggal maka perkotaan (89,3%) persentasenya lebih tinggi dalam mengonsumsi garam cukup iodium dibandingkan yang tinggal di perdesaan. Semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita relatif semakin tinggi pula persentase konsumsi garam cukup iodium.

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 provinsi 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
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Halmahera Barat	91,2	46,3	45,5	40,0	91,1
Halmahera Tengah	82,9	60,0	50,0	43,3	73,5
Kepulauan Sula	45,2	37,3	31,4	26,5	50,6
Halmahera Selatan	83,1	71,3	65,3	50,6	85,9
Halmahera Utara	69,9	32,0	30,1	20,0	69,2
Halmahera Timur	76,7	69,9	62,5	51,5	78,6
Ternate	94,0	67,9	65,5	68,9	94,6
Tidore	78,0	71,4	61,7	60,0	87,8
Maluku Utara	78,7	58,3	53,5	45,6	80,8

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

*Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi Maluku Utara untuk BCG 85,5%, polio3 64,2%, DPT3 67,7%, HB3 62,8%, campak 81,6%

Tabel 3.3.1.1 menunjukkan bahwa status imunisasi anak balita di provinsi Maluku Utara adalah BCG 78,7%, Polio3 58,3%, DPT3 53,5%, HB3 45,6%, campak 80,8%. Diantara 5 jenis imunisasi tersebut tertinggi adalah campak sedangkan yang paling rendah adalah HB3. Status imunisasi BCG pada anak balita yang paling tinggi di Kota Ternate sedangkan yang paling rendah Kabupaten Kepulauan Sula. Status imunisasi Polio3 pada anak, paling tinggi Kota Tidore dan paling rendah Kabupaten Kepulauan Sula. Status imunisasi DPT3 pada anak yang paling tinggi di Kota Ternate sedangkan terendah di Kabupaten Kepulauan Sula. Status imunisasi HB3 pada anak, tertinggi di Kota Ternate dan terendah di Kabupaten Kepulauan Sula. Status imunisasi Campak pada anak, paling tinggi terdapat di Kota Ternate dan paling rendah Kabupaten Kepulauan Sula.

Tabel 3.3.1.2
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Umur (bulan)					
12 – 23	85,0	63,3	61,5	54,2	81,0
24 – 35	77,3	59,5	55,5	43,9	83,0
36 – 47	73,0	52,9	49,8	42,4	75,5
48 – 59	81,6	56,9	44,9	40,3	83,2
Jenis kelamin					
Laki-laki	78,2	58,0	51,3	46,3	79,2
Perempuan	79,7	58,4	55,7	44,6	81,9
Tipe Daerah					
Perkotaan	90,3	72,0	68,2	69,8	89,7
Perdesaan	75,4	53,7	48,6	38,2	77,7
Pendidikan KK					
Tidak sekolah	58,8	47,1	43,8	35,7	56,3
Tidak tamat SD	71,1	52,5	47,4	35,3	69,0
Tamat SD	79,3	53,3	53,0	40,0	77,3
Tamat SMP	70,2	53,9	46,3	35,4	77,9
Tamat SMA	86,4	63,8	58,1	57,3	87,6
Perguruan tinggi	92,7	78,2	65,3	65,3	98,2
Pekerjaan KK					
Tidak bekerja	94,7	60,9	73,7	55,0	94,7
Ibu rumah tangga	83,3	33,3	0,0	40,0	100,0
PNS/POLRI/TNI	91,3	69,2	64,2	61,9	93,0
Wiraswasta	88,3	59,4	51,0	55,3	85,9
Petani/helayan/buruh	73,1	54,5	50,5	38,6	74,6
Lainnya	78,1	58,3	51,9	44,8	86,5
Tkt pengeluaran per kapita					
Kuintil 1	65,8	41,6	36,4	26,4	65,6
Kuintil 2	79,6	58,2	56,3	46,3	79,1
Kuintil 3	79,5	61,8	53,3	49,7	85,0
Kuintil 4	86,5	66,7	62,7	55,5	88,7
Kuintil 5	85,9	64,8	58,5	50,9	88,0

Berdasar Tabel 3.3.1.2 karakteristik responden di Provinsi Maluku Utara dapat dilihat bahwa berdasarkan umur, sebaran 5 jenis imunisasi anak tidak ada perbedaan yang berarti sesuai peningkatan kelompok umur responden. Menurut jenis kelamin, sebarannya juga tidak banyak perbedaan baik pada perempuan maupun laki-laki. Sementara berdasarkan pendidikan KK nampak adanya peningkatan status 5 jenis imunisasi anak, sesuai peningkatan tingkat pendidikan KK. Berdasarkan pekerjaan KK ditemukan tidak ada perbedaan yang berarti status 5 jenis imunisasi pada anak. Demikian pula berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tidak tampak tidak ada perbedaan yang berarti yaitu meskipun tingkat kuintilnya makin tinggi tetapi cakupan 5 jenis imunisasi yang dilakukan tetap.

Tabel 3.3.1.3
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Imunisasi dasar		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak sama sekali
Halmahera Barat	25,0	70,0	5,0
Halmahera Tengah	28,9	52,6	18,4
Kepulauan Sula	11,0	48,8	40,2
Halmahera Selatan	42,7	45,4	11,8
Halmahera Utara	10,6	71,4	18,0
Halmahera Timur	44,0	38,7	17,3
Ternate	46,7	50,3	3,0
Tidore	22,2	77,8	0,0
Maluku Utara	31,2	55,5	13,3

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 Maluku Utara untuk lengkap 55,9%, tidak lengkap 32,8% dan tidak sama sekali 11,3%.

Tabel 3.3.1.3 di atas menggambarkan bahwa status imunisasi dasar anak di Provinsi Maluku Utara yang tergolong lengkap sebesar 31,2%, tidak lengkap 55,5% dan anak yang sama sekali tidak mendapat imunisasi dasar sebesar 13,3%. Status imunisasi dasar tergolong lengkap, paling tinggi terdapat di Kota Ternate (46,7%) sedangkan yang paling rendah di kabupaten Halmahera Utara (10,6%).

Tabel 3.3.1.4
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Imunisasi dasar		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak sama sekali
Umur (bulan)			
12 – 23	41,8	48,2	10,0
24 – 35	30,6	55,3	14,1
36 – 47	28,0	55,2	16,8
48 – 59	24,5	63,2	12,3
Jenis kelamin			
Laki-laki	30,7	55,3	14,0
Perempuan	31,9	55,1	12,9
Tipe Daerah			
Perkotaan	48,3	46,1	5,7
Perdesaan	25,7	58,3	16,0
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	17,6	58,8	23,5
Tidak tamat SD	22,4	57,5	20,1
Tamat SD	28,8	57,2	14,0
Tamat SMP	25,5	54,1	20,4
Tamat SMA	39,0	53,0	8,0
Perguruan tinggi	40,0	56,7	3,3
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	45,8	45,8	8,3
Ibu rumah tangga	0,0	100,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	41,6	54,0	4,4
Wiraswasta	39,1	50,0	10,9
Petani/nelayan/buruh	27,0	55,5	17,5
Lainnya	16,7	71,4	11,9
Tkt pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	14,3	64,5	21,2
Kuintil 2	34,9	51,2	13,9
Kuintil 3	31,7	56,1	12,2
Kuintil 4	42,1	49,4	8,4
Kuintil 5	34,8	55,8	9,4

Catatan :

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

Menurut karakteristik responden Maluku Utara, pada tabel 3.3.1.4 dapat dilihat bahwa berdasarkan umur dan jenis kelamin, tidak ada perbedaan yang berarti pada status imunisasi dasar anak yang tergolong lengkap. Berdasarkan tempat tinggal, sebaran imunisasi dasar anak yang tergolong lengkap, lebih tinggi pada anak yang tinggal di kota dibandingkan yang tinggal di desa. Menurut tingkat pendidikan KK, status imunisasi dasar anak makin meningkat sesuai tingkat pendidikan KK. Sementara berdasarkan pekerjaan, tidak terlihat perbedaan yang berarti tentang status imunisasi dasar anak yang tergolong lengkap. Menurut tingkat pengeluaran nampak ada peningkatan persentase status imunisasi dasar anak yang berarti sesuai semakin meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita. Makin tinggi kuintilnya makin banyak balita yang mendapat imunisasi dasar secara lengkap.

3.3.2 Pemantauan Pertumbuhan dan Distribusi Vitamin A

Pemantauan pertumbuhan sangat penting dilakukan untuk mengawal tumbuh kembang yang optimal. Semakin dini penyimpangan pertumbuhan (*growth faltering*) diketahui, semakin dini dapat dilakukan upaya mencegah penurunan status gizi yang umumnya terjadi mulai umur 3-6 bulan. Penimbangan balita setiap bulan sangat diperlukan untuk mengetahui pertumbuhan anak. Kenaikan berat badan setiap bulan yang cukup/ optimal dapat mencegah penurunan status gizi, sedangkan kenaikan berat badan yang tidak optimal dalam waktu tertentu dapat menurunkan status gizi, demikian pula bila berat badan anak tidak naik. Tingkat kenaikan berat badan yang optimal berbeda menurut umur balita dan tertinggi pada bayi.

KMS dan buku KIA merupakan alat yang paling mudah untuk mengetahui tingkat kenaikan berat badan yang optimal setiap bulan. Melalui KMS atau buku KIA, kenaikan berat badan anak dapat dipantau menggunakan dengan garis pertumbuhan atau tidak.

Penimbangan balita dapat dilakukan di berbagai tempat seperti posyandu, polindes, puskesmas atau sarana pelayanan kesehatan yang lain. Di posyandu selain ibu dapat mengetahui pertumbuhan anaknya, mulai anak umur enam bulan diberikan kapsul vitamin A untuk mengatasi masalah kurang vitamin A yang banyak terjadi pada balita. Dalam Riskesdas 2007, dikumpulkan data pemantauan pertumbuhan balita, KMS, Buku KIA, dan distribusi kapsul vitamin A. Frekuensi penimbangan ditanyakan 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 berarti penimbangan teratur.

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

Kabupaten/ Perkotaan	Frekuensi penimbangan (kali)		
	Tidak pernah	1 – 3 kali	4 – 6 kali
Halmahera Barat	20,0	16,4	63,6
Halmahera Tengah	27,8	30,6	41,7
Kepulauan Sula	40,7	29,6	29,6
Halmahera Selatan	19,5	22,5	58,0
Halmahera Utara	31,1	28,3	40,6
Halmahera Timur	32,9	21,4	45,7
Ternate	40,4	16,4	43,3
Tidore	22,4	15,5	62,1
Maluku Utara	28,4	18,9	52,7

Tabel 3.3.2.1 menunjukkan secara keseluruhan sebaran balita di provinsi Maluku Utara yang tidak pernah ditimbang sebanyak 28,4%, ditimbang 1 – 3 kali sebanyak 18,9% dan ditimbang 4 – 6 kali adalah 52,7%

Dalam enam bulan terakhir, kabupaten dengan frekwensi penimbangan balita yang rutin (4 – 6 kali) paling tinggi di Halmahera Barat (63,6%) dan paling rendah di Kepulauan Sula (29,6%).

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

Karakteristik	Frekuensi penimbangan (kali)		
	Tidak pernah	1 – 3 kali	4 – 6 kali
Umur (bulan)			
0 – 5	26,7	50,7	22,7
6 – 11	20,5	23,1	56,4
12 – 23	15,3	23,8	60,8
24 – 35	22,0	24,4	53,6
36 – 47	35,4	17,9	46,7
48 – 59	47,0	11,0	42,0
Jenis kelamin			
Laki-laki	30,2	23,3	46,6
Perempuan	27,4	21,2	51,4
Tipe Daerah			
Perkotaan	39,5	17,7	42,7
Perdesaan	25,3	23,8	50,9
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	45,5	31,8	22,7
Tidak tamat SD	31,6	23,5	44,9
Tamat SD	26,8	24,2	49,1
Tamat SMP	29,6	19,7	50,7
Tamat SMA	28,9	23,4	47,7
Perguruan tinggi	36,2	10,3	53,4
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	30,0	36,7	33,3
Ibu rumah tangga	22,2	44,4	33,3
PNS/POLRI/TNI	34,9	14,7	50,5
Wiraswasta	27,5	25,7	46,8
Petani/nelayan/buruh	28,9	22,7	48,4
Lainnya	35,0	20,0	45,0
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	33,7	20,4	45,9
Kuintil 2	28,9	23,3	47,8
Kuintil 3	24,7	26,4	48,9
Kuintil 4	26,4	21,3	52,3
Kuintil 5	29,8	20,5	49,7

Tabel 3.3.2.2 menampilkan menurut kelompok umur, frekwensi penimbangan balita yang rutin (4 – 6 kali) mulai umur 6 bulan terlihat kecenderungan makin bertambah umur makin rendah cakupan penimbangan balita. Balita perempuan lebih tinggi cakupan penimbangan yang rutin daripada laki-laki. Di perdesaan (50,9%) lebih tinggi daripada di perkotaan (42,7%). Dengan tingkat pendidikan Kepala Keluarga (KK) yang makin tinggi tampak kecenderungan relatif makin tinggi cakupan penimbangan 4 – 6 kali. Berdasarkan pekerjaan, cakupan tinggi pada KK yang bekerja sebagai pegawai negeri (50,5%), sedangkan pada yang tidak bekerja serta ibu rumah tangga cakupan penimbangan 4-6 kali hanya 33,3%. Menurut tingkat pengeluaran per kapita dari kuintil 1 sampai kuintil 4 terdapat kecenderungan peningkatan cakupan penimbangan rutin (4 – 6 kali).

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

Kabupaten/ Perkotaan	Tempat penimbangan anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Halmahera Barat	2,1	4,2	2,1	89,5	2,1
Halmahera Tengah	0,0	7,7	0,0	92,3	0,0
Kepulauan Sula	3,2	2,6	6,1	88,1	0,0
Halmahera Selatan	1,8	3,6	4,4	85,2	5,0
Halmahera Utara	0,7	4,2	1,4	90,1	3,5
Halmahera Timur	2,1	2,1	2,1	93,7	0,0
Ternate	0,0	2,9	0,0	94,2	2,9
Tidore	2,3	6,8	0,0	90,9	0,0
Maluku Utara	0,7	2,3	1,1	95,2	0,7

Tabel 3.3.2.3 secara keseluruhan di provinsi Maluku Utara tempat penimbangan yang paling sering dalam enam bulan terakhir adalah posyandu (95,2%). Kabupaten yang paling tinggi dalam pemanfaatan posyandu sebagai tempat penimbangan adalah Halmahera Timur (94,2%) dan yang terendah adalah Kepulauan Sula (88,1%).

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

Karakteristik	Tempat penimbangan anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Umur (bulan)					
0 – 5	5,0	6,7	3,3	81,7	3,3
6 – 11	3,0	0,0	6,1	87,9	3,0
12 – 23	1,9	10,5	6,2	78,4	3,1
24 – 35	1,7	8,4	5,1	82,6	2,2
36 – 47	0,8	8,3	5,3	81,8	3,8
48 – 59	1,1	3,3	2,2	91,3	2,2
Jenis kelamin					
Laki-laki	2,3	8,5	5,2	80,5	3,5
Perempuan	1,3	6,6	4,7	84,9	2,5
Tipe Daerah					
Perkotaan	2,2	2,2	0,0	93,4	2,2
Perdesaan	1,7	9,0	6,3	79,7	3,3
Pendidikan KK					
Tidak sekolah	0,0	0,0	7,1	92,9	0,0
Tidak tamat SD	2,2	12,9	5,4	74,2	5,4
Tamat SD	1,9	6,2	5,3	83,7	2,9
Tamat SMP	1,0	10,5	4,8	80,0	3,8
Tamat SMA	1,4	6,8	3,4	87,2	1,4
Perguruan tinggi	2,6	0,0	2,6	89,7	5,1
Pekerjaan KK					
Tidak bekerja	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	12,5	0,0	87,5	0,0
PNS/POLRI/TNI	1,4	2,7	0,0	93,2	2,7
Wiraswasta	3,5	8,1	2,3	82,6	3,5
Petani/nelayan/buruh	1,3	7,5	6,5	81,1	3,6
Lainnya					
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil 1	1,6	8,8	4,8	84,8	0,0
Kuintil 2	3,7	14,7	2,9	77,2	1,5
Kuintil 3	1,4	5,8	5,0	84,9	2,9
Kuintil 4	1,5	5,9	5,9	83,0	3,7
Kuintil 5	0,9	1,7	7,8	81,9	7,8

Tabel 3.3.2.4 menunjukkan terjadi kecenderungan peningkatan penggunaan posyandu sebagai tempat penimbangan anak mulai usia 12 bulan. Pada balita perempuan lebih banyak ditimbang di posyandu (84,9%) sedangkan puskesmas lebih banyak dipakai tempat penimbangan balita laki-laki (8,6%). Posyandu diperkotaan (93,4%) lebih banyak dipakai sebagai tempat penimbangan balita dibanding diperdesaan, dengan tingkat pendidikan kepala keluarga yang tidak sekolah (92,2%), dan tidak bekerja (100%). Menurut tingkat pengeluaran per kapita yang paling rendah yang paling rendah menggunakan posyandu sebagai tempat penimbangan balita adalah di kuintil 2 (77,2%).

Tabel 3.3.2.5
Sebaran Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Menerima kapsul vitamin A
Halmahera Barat	71.8
Halmahera Tengah	69.0
Kepulauan Sula	26.9
Halmahera Selatan	79.9
Halmahera Utara	66.2
Halmahera Timur	61.4
Ternate	77.5
Tidore	87.9
Maluku Utara	71,2

Menurut Tabel 3.3.2.5 terlihat gambaran di propinsi Maluku Utara bahwa cakupan anak umur 6-59 bulan yang menerima kapsul vitamin A adalah sebesar 71,2% dengan angka tertinggi terdapat di kabupaten Tidore (87,9%) disusul Halmahera Selatan (79,9%) dan Ternate (77,5%).

Tabel 3.3.2.6
Sebaran Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Menerima kapsul vitamin A
Umur (bulan)	
6 – 11	51.0
12 – 23	75.2
24 – 35	73.6
36 – 47	67.2
48 – 59	61.0
Jenis kelamin	
Laki-laki	65.0
Perempuan	72.5
Tipe Daerah	
Perkotaan	73.2
Perdesaan	67.1
Pendidikan KK	
Tidak sekolah	54.2
Tidak tamat SD	63.6
Tamat SD	66.4
Tamat SMP	64.3
Tamat SMA	75.1
Perguruan tinggi	74.2
Pekerjaan KK	
Tidak bekerja	62.1
Ibu rumah tangga	75.0
PNS/POLRI/TNI	78.9
Wiraswasta	71.5
Petani/nelayan/buruh	64.8
Lainnya	76.6
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	66.5
Kuintil 2	66.5
Kuintil 3	72.9
Kuintil 4	70.9
Kuintil 5	66.1

Menurut karakteristik responden di provinsi Maluku Utara, tabel 3.3.2.6 menggambarkan bahwa berdasarkan umur terlihat bahwa pada kelompok umur 16-11 bulan merupakan angka terkecil yang menerima kapsul vitamin A (51,0%) sedangkan angka terbesar pada kelompok umur 12-23 bulan. Berdasar jenis kelamin dan tempat tinggal, terlihat tidak ada perbedaan yang berarti pada persentase perolehan kapsul vitamin A pada anak. Terlihat kecenderungan peningkatan cakupan vitamin A seiring dengan peningkatan pendidikan KK sedangkan berdasar pekerjaan KK dan tingkat pengeluaran perkapita tidak terlihat perbedaan yang mencolok.

Tabel 3.3.2.7
Sebaran Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Halmahera Barat	17.1	42.1	40.8
Halmahera Tengah	25.6	39.5	34.9
Kepulauan Sula	24.8	21.1	54.1
Halmahera Selatan	25.6	36.2	38.2
Halmahera Utara	20.9	28.3	50.8
Halmahera Timur	31.5	32.6	35.9
Ternate	27.1	54.2	18.7
Tidore	14.8	72.1	13.1
Maluku Utara	24.2	41,0	34,8

* 1 = Memiliki KMS dan dapat menunjukkan

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

3 = Tidak memiliki KMS

Tabel 3.3.2.7 di atas menunjukkan gambaran di provinsi Maluku Utara bahwa KK dengan balita (0-59 bulan), 24,2% yang memiliki KMS dan dapat menunjukkan kartu tersebut kepada surveiyer sedangkan 41,0% menyatakan memiliki KMS tetapi tidak dapat menunjukkannya. Sisanya 34,8% KK tidak memiliki KMS. Kepemilikan KMS (memiliki dan dapat menunjukkan) tertinggi terdapat di kabupaten Halmahera Timur.(31,5%) dan terendah di kabupaten Tidore.

Tabel 3.3.2.8
Sebaran Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden di
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Umur (bulan)			
0 – 5	26.4	15.4	58.2
6 – 11	27.5	17.6	54.9
12 – 23	30.5	31.4	38.1
24 – 35	34.1	36.9	29.0
36 – 47	16.4	49.1	34.6
48 – 59	13.4	45.7	40.9
Jenis kelamin			
Laki-laki	23.1	36.1	40.9
Perempuan	25.4	39.9	34.8
Tipe Daerah			
Perkotaan	27.3	47.2	25.5
Perdesaan	23.3	35.0	41.7
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	15.2	27.3	57.6
Tidak tamat SD	18.2	36.4	45.5
Tamat SD	23.8	35.0	41.2
Tamat SMP	25.1	38.2	36.7
Tamat SMA	24.3	42.0	33.7
Perguruan tinggi	37.1	48.6	14.3
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	12.5	56.3	31.3
Ibu rumah tangga	0.0	20.0	80.0
PNS/POLRI/TNI	26.5	53.8	19.7
Wiraswasta	29.9	38.8	31.3
Petani/nelayan/buruh	22.8	33.8	43.4
Lainnya	21.2	46.2	32.7
Tkt pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	19.2	34.1	46.7
Kuintil 2	21.7	36.6	41.7
Kuintil 3	19.6	41.1	39.3
Kuintil 4	32.5	42.0	25.5
Kuintil 5	29.3	37.9	32.8

* 1 = Memiliki KMS dan dapat menunjukkan

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

3 = Tidak memiliki KMS

Berdasar karakteristik responden, kepemilikan KMS digambarkan dalam tabel 3.3.2.8. Berdasar kelompok umur terlihat bahwa terdapat perbedaan yang cukup besar pada kelompok umur balita 36 - 47 bulan dan 48-59 bulan yaitu 'kepemilikan KMS dan dapat menunjukkan', yang rendah dibanding dengan kelompok umur yang lebih muda. Tidak ada perbedaan yang berarti tentang 'kepemilikan KMS dan dapat menunjukkan' bila dilihat berdasar jenis kelamin dan tempat tinggal di kota atau di desa. Terlihat kecenderungan peningkatan 'kepemilikan KMS dan dapat menunjukkan' seiring dengan peningkatan pendidikan KK serta tingkat pengeluaran per kapita. Bila dilihat berdasar

pekerjaan KK, tidak tampak perbedaan yang berarti antara berbagai jenis pekerjaan kecuali pada jenis pekerjaan 'ibu rumah tangga' dan 'tidak bekerja'.

Tabel 3.3.2.9
Sebaran Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
Halmahera Barat	5.3	16.0	78.7
Halmahera Tengah	6.8	15.9	77.3
Kepulauan Sula	10.1	9.3	80.6
Halmahera Selatan	14.6	19.4	66.0
Halmahera Utara	14.2	9.4	76.4
Halmahera Timur	20.9	13.2	65.9
Ternate	3.0	17.7	79.3
Tidore	10.0	56.7	33.3
Maluku Utara	12,9	21,8	65,3

* 1 = Memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan

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

3 = Tidak memiliki buku KIA

Tabel 3.3.2.9 di atas menunjukkan gambaran di provinsi Maluku Utara bahwa KK dengan balita (0-59 bulan), ternyata 12,9% yang memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan kartu tersebut kepada surveiyer sedangkan 21,8% menyatakan memiliki buku KIA tetapi tidak dapat menunjukkannya. Sisanya 65,3% KK tidak memiliki buku KIA. Kepemilikan buku KIA (memiliki dan dapat menunjukkan) tertinggi terdapat di kabupaten Halmahera Timur.(20,9%) dan terendah di kota Ternate (3,0%).

Tabel 3.3.2.10
Sebaran Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik
Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
Umur (bulan)			
0 – 5	30.0	7.8	62.2
6 – 11	38.8	12.2	49.0
12 – 23	21.6	17.4	61.0
24 – 35	7.3	15.4	77.3
36 – 47	3.4	21.5	75.1
48 – 59	1.7	16.4	81.9
Jenis kelamin			
Laki-laki	11.3	17.0	71.7
Perempuan	11.5	16.6	71.9
Tipe Daerah			
Perkotaan	8.1	21.3	70.6
Perdesaan	12.4	15.4	72.2
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	17.6	5.9	76.5
Tidak tamat SD	8.6	16.6	74.9
Tamat SD	11.0	16.7	72.2
Tamat SMP	10.3	14.4	75.4
Tamat SMA	12.6	16.6	70.8
Perguruan tinggi	9.1	18.2	72.7
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	6.3	34.4	59.4
Ibu rumah tangga	27.3	0.0	72.7
PNS/POLRI/TNI	6.2	20.2	73.6
Wiraswasta	9.8	11.3	78.9
Petani/nelayan/buruh	11.8	15.1	73.1
Lainnya			
Tkt pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	6.7	14.7	78.6
Kuintil 2	10.7	19.0	70.4
Kuintil 3	8.0	16.5	75.4
Kuintil 4	15.9	19.3	64.7
Kuintil 5	17.3	13.8	68.9

* 1 = Memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan

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

3 = Tidak memiliki buku KIA

Berdasar karakteristik responden, kepemilikan buku KIA digambarkan dalam tabel 3.3.2.10. Berdasar kelompok umur terlihat bahwa terdapat perbedaan yang cukup besar pada kelompok umur balita 24 – 35 bulan, 36 - 47 bulan dan 48-59 bulan yaitu 'kepemilikan buku KIA dan dapat menunjukkan', yang rendah dibanding dengan kelompok umur yang lebih muda. Tidak ada perbedaan yang berarti tentang 'kepemilikan buku KIA dan dapat menunjukkan' bila dilihat berdasar jenis kelamin, namun terlihat perbedaan yang agak tinggi tentang 'kepemilikan buku KIA dan dapat menunjukkan' yaitu lebih tinggi di desa (12,4%) daripada di kota (8,1%). Bila dilihat berdasar pendidikan KK, tidak terlihat banyak perbedaan kecuali pada KK yang tidak

sekolah terlihat jauh lebih tinggi dibanding kelompok pendidikan yang lain. Terlihat kecenderungan peningkatan 'kepemilikan buku KIA dan dapat menunjukkan' seiring dengan peningkatan pengeluaran per kapita. Bila dilihat berdasar pekerjaan KK, tidak tampak perbedaan yang berarti antara berbagai jenis pekerjaan kecuali pada jenis pekerjaan 'ibu rumah tangga' yang tampak paling tinggi dalam hal kepemilikan buku KIA dan dapat menunjukkannya.

3.3.3 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Pemeriksaan kesehatan selama hamil merupakan pelayanan kesehatan dasar yang penting bagi kelangsungan hidup ibu dan bayi yang dikandung. Terdapat tiga penyebab utama kematian ibu yang dominan yaitu perdarahan, eklamsi dan infeksi. Dengan pemeriksaan kehamilan yang rutin dan memenuhi standar pelayanan minimal, dapat diketahui kehamilan risiko tinggi sehingga dapat dicegah kemungkinan kematian ibu dan bayi.

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

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

Tabel 3.3.3.1
Sebaran Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Halmahera Barat	12.5	75.0	12.5
Halmahera Tengah	0.0	100.0	0.0
Kepulauan Sula	33.3	61.9	4.8
Halmahera Selatan	8.7	73.9	17.4
Halmahera Utara	2.6	87.3	10.1
Halmahera Timur	10.0	60.0	30.0
Ternate	11.8	76.5	11.8
Tidore	0.0	100.0	0.0
Maluku Utara	6,3	83,9	9,8

Tabel 3.3.3.1 di atas menunjukkan gambaran pengelompokan ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu di provinsi Maluku Utara. Terlihat bahwa ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu yang tergolong 'kecil' sebesar 6,3%, 'normal' 83,9% dan 'besar' sebanyak 9,8%. Bila dilihat berdasar kabupaten/kota, tergambar bahwa ukuran balita yang kecil menurut persepsi ibu, terbanyak terdapat di kabupaten kepulauan Sula.

Tabel 3.3.3.2
Sebaran Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Karakteristik
Responden Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Jenis kelamin			
Laki-laki	10.1	73.9	15.9
Perempuan	17.3	69.2	13.5
Tipe Daerah			
Perkotaan	7.7	84.6	7.7
Perdesaan	15.5	67.0	17.5
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	22.2	44.4	33.3
Tidak tamat SD	5.0	70.0	25.0
Tamat SD	19.2	53.8	26.9
Tamat SMP	10.5	84.2	5.3
Tamat SMA	17.6	76.5	5.9
Perguruan tinggi	0.0	100.0	0.0
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	16.7	83.3	0.0
Ibu rumah tangga	50.0	50.0	0.0
PNS/POLRI/TNI	0.0	100.0	0.0
Wiraswasta	5.6	88.9	5.6
Petani/nelayan/buruh	16.2	62.2	21.6
Lainnya	16.7	66.7	16.7
Tkt pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	19.0	57.1	23.8
Kuintil 2	18.8	56.3	25.0
Kuintil 3	23.5	64.7	11.8
Kuintil 4	7.1	78.6	14.3
Kuintil 5	7.9	84.2	7.9

Tabel 3.3.3.2 di atas menggambarkan pengelompokan ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu di provinsi Maluku Utara berdasar karakteristik responden. Terdapat perbedaan yang cukup besar antara jenis kelamin yaitu ukuran bayi yang 'kecil' menurut persepsi ibu lebih banyak pada perempuan daripada laki-laki dan lebih banyak yang tinggal di desa daripada di kota. Tidak terlihat perbedaan yang berarti tentang Persentase 'ukuran bayi lahir tergolong kecil menurut persepsi ibu', berdasar tingkat pendidikan yang berbeda kecuali pada pendidikan perguruan tinggi (0%) dan tidak tamat SD (5,0%). Terdapat perbedaan yang besar pada kelompok pekerjaan KK 'ibu rumah tangga' mempunyai Persentase 50,0% memiliki bayi dengan ukuran kecil menurut persepsi ibu, dan sebaliknya 0% pada kelompok dengan pekerjaan KK sebagai PNS/POLRI/TNI. Bila dilihat berdasar tingkat pengeluaran per kapita tidak terlihat kecenderungan tertentu meskipun tampaknya ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu terlihat lebih kecil pada kelompok dengan tingkat pengeluaran per kapita yang semakin besar (kuintil 4 dan 5).

Tabel 3.3.3.3
Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Periksa hamil
Halmahera Barat	85.7
Halmahera Tengah	100.0
Kepulauan Sula	36.4
Halmahera Selatan	68.2
Halmahera Utara	86.8
Halmahera Timur	100.0
Ternate	100.0
Tidore	100.0
Maluku Utara	77.5

Tabel 3.3.3.3 di atas menunjukkan gambaran cakupan pemeriksaan kehamilan ibu yang mempunyai bayi menurut di provinsi Maluku Utara yaitu sebesar 77,5%. Terlihat bahwa banyak kabupaten/kota yang mencapai cakupan 100,0% yaitu kabupaten Halmahera Tengah dan Halmahera Timur serta kota Ternate dan Tidore. Cakupan terendah terlihat di kabupaten kepulauan Sula.

Tabel 3.3.3.4
Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Periksa hamil
Tipe Daerah	
Perkotaan	100.0
Perdesaan	70.8
Pendidikan KK	
Tidak sekolah	60.0
Tidak tamat SD	47.4
Tamat SD	77.8
Tamat SMP	89.5
Tamat SMA	79.4
Perguruan tinggi	100.0
Pekerjaan KK	
Tidak bekerja	83.3
Ibu rumah tangga	100.0
PNS/POLRI/TNI	100.0
Wiraswasta	94.1
Petani/nelayan/buruh	66.7
Lainnya	83.3
Tkt pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	57.1
Kuintil 2	62.5
Kuintil 3	68.8
Kuintil 4	96.4
Kuintil 5	86.5

Tabel 3.3.3.4 di atas menggambarkan cakupan pemeriksaan kehamilan ibu yang mempunyai bayi di di provinsi Maluku Utara berdasar karakteristik responden. Terdapat

perbedaan yang cukup besar antara tempat tinggal yaitu di kota 100%) lebih banyak cakupan pemeriksaan ibu hamil dibandingkan di desa (70,8%). Terlihat kecenderungan peningkatan cakupan seiring dengan peningkatan pendidikan, demikian pula dengan tingkata pengeluaran per kapita, terlihat kecenderungan meningkat seiring dengan semakin meningkatnya pengeluaran per kapita. Tidak ada pola spesifik tentang cakupan pemeriksaan kehamilan ibu terkait dengan pekerjaan KK.

Tabel 3.3.3.5
Sebaran Ibu Hamil Menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis pelayanan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Halmahera Barat	50,0	80,0	83,3	100,0	100,0	85,7	20,0	16,7
Halmahera Tengah	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kepulauan Sula	37,5	71,4	87,5	100,0	100,0	100,0	66,7	66,7
Halmahera Selatan	53,3	100,0	86,7	100,0	100,0	100,0	96,6	93,1
Halmahera Utara	67,7	93,5	96,8	100,0	100,0	100,0	3,2	0,0
Halmahera Timur	88,9	100,0	100,0	91,7	90,9	91,7	37,5	50,0
Ternate	68,8	87,5	87,5	100,0	100,0	100,0	66,7	50,0
Tidore	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	66,7
Maluku Utara	64,4	92,0	92,2	98,0	98,0	97,1	46,5	46,5

Jenis pelayanan kesehatan:

a = pengukuran tinggi badan

b = pemeriksaan tekanan darah

c = pemeriksaan tinggi fundus (perut)

d = pemberian tablet Fe

e = pemberian imunisasi TT

f = penimbangan berat badan

g = pemeriksaan hemoglobin

h = pemeriksaan urine

Tabel 3.3.3.6
Sebaran Ibu Hamil Menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan
dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis pelayanan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Tipe Daerah								
Perkotaan	73,1	92,3	92,3	100,0	100,0	100,0	54,3	51,6
Perdesaan	61,5	90,8	90,8	94,7	91,9	92,1	35,1	36,1
Pendidikan KK								
Tidak sekolah	50,0	50,0	83,3	100,0	100,0	66,7	66,7	28,6
Tidak tamat SD	66,7	100,0	88,9	100,0	80,0	90,0	40,0	55,6
Tamat SD	65,0	90,0	90,0	100,0	96,9	100,0	90,3	90,3
Tamat SMP	56,3	100,0	93,8	100,0	100,0	100,0	15,8	25,0
Tamat SMA	69,2	92,3	92,3	92,6	100,0	100,0	19,2	11,5
Perguruan tinggi	88,9	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0	16,7	50,0
Pekerjaan KK								
Tidak bekerja	80,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ibu rumahtangga	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0
PNS/POLRI/TNI	100,0	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0	28,6	57,1
Wiraswasta	58,8	93,8	87,5	100,0	100,0	100,0	14,3	13,6
Petani/ buruh/ nelayan	55,3	89,4	89,1	95,2	92,5	92,7	27,5	25,6
Lainnya	100,0	100,0	100,0					
Tkt pengeluaran per kapita								
Kuintil-1	41,7	83,3	83,3	66,7	100,0	83,3	50,0	16,7
Kuintil-2	60,0	100,0	100,0	100,0	100,0	81,8	10,0	45,5
Kuintil-3	63,6	80,0	90,9	100,0	83,3	100,0	57,1	33,3
Kuintil-4	65,4	92,3	88,5	100,0	94,6	100,0	91,4	88,9
Kuintil-5	75,0	93,8	96,9	100,0	100,0	100,0	16,3	14,6

Jenis pelayanan kesehatan:

a = pengukuran tinggi badan
b = pemeriksaan tekanan darah
c = pemeriksaan tinggi fundus (perut)
d = pemberian tablet Fe

e = pemberian imunisasi TT
f = penimbangan berat badan
g = pemeriksaan hemoglobin
h = pemeriksaan urine

Tabel 3.3.3.7
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Halmahera Barat	57,1	42,9
Halmahera Tengah	50,0	50,0
Kepulauan Sula	10,0	10,0
Halmahera Selatan	40,0	50,0
Halmahera Utara	39,4	39,4
Halmahera Timur	30,0	11,1
Ternate	62,5	31,3
Tidore	75,0	25,0
Maluku Utara	39,3	32,4

Tabel 3.3.3.7 di atas menunjukkan gambaran cakupan pemeriksaan neonatus menurut kabupaten/kota di provinsi Maluku Utara yaitu sebesar 39,3% untuk neonatus umur 0-7 hari dan 32,4% untuk neonatus umur 8-28 hari. Bila dilihat berdasar kabupaten/kota, cakupan tertinggi untuk pemeriksaan neonatus 0-7 hari adalah kota Tidore (75,0%) dan terendah di kabupaten kepulauan Sula (10%). Cakupan tertinggi untuk pemeriksaan neonatus 8-28 hari adalah kabupaten Halmahera Tengah dan Selatan (50%) dan terendah di kabupaten kepulauan Sula (10%).

Tabel 3.3.3.8
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Tipe Daerah		
Perkotaan	72,0	52,0
Perdesaan	29,9	26,7
Jenis kelamin		
Laki-laki	30,6	25,8
Perempuan	50,0	42,0
Pendidikan KK		
Tidak sekolah	50,0	33,3
Tidak tamat SD	12,5	11,8
Tamat SD	30,8	40,0
Tamat SMP	50,0	38,9
Tamat SMA	43,3	20,7
Perguruan tinggi	62,5	77,8
Pekerjaan KK		
Tidak bekerja	100,0	100,0
Ibu rumah tangga	25,0	50,0
PNS/POLRI/TNI	70,0	54,5
Wiraswasta	50,0	33,3
Petani/ buruh/ nelayan	27,3	20,0
Lainnya		
Tkt pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	25,0	19,0
Kuintil-2	26,7	21,4
Kuintil-3	15,4	15,4
Kuintil-4	50,0	42,3
Kuintil-5	51,4	44,4

Tabel 3.3.3.8 di atas menggambarkan cakupan pemeriksaan neonatus menurut kabupaten/kota di provinsi Maluku Utara di di provinsi Maluku Utara berdasar karakteristik responden. Terdapat perbedaan yang cukup besar antara tempat tinggal yaitu di kota lebih banyak cakupan pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari (72,0%) maupun neonatus 8-28 hari (52,0%) dibandingkan di desa (29,9% dan 26,7%). Pemeriksaan neonatus pada jenis kelamin perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Tidak terlihat pola tertentu tentang pemeriksaan neonatus terkait tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan tingkat pengeluaran per kapita.

Tabel 3.3.3.9
Cakupan Persalinan berdasar Jenis Penolong Persalinan 1
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Penolong Persalinan 1					
	Dokter	Bidan	Nakes	Dukun	Famili	Lainnya
Halmahera Barat	6,2	46,2	1,5	36,9	7,7	1,5
Halmahera Tengah	2,5	27,5	0,0	57,5	10,0	2,5
Kepulauan Sula	1,6	15,3	2,4	76,6	0,0	4,0
Halmahera Selatan	0,0	10,0	2,9	86,6	0,5	0,0
Halmahera Utara	0,9	26,1	1,8	70,2	0,9	0,0
Halmahera Timur	4,3	55,7	1,4	35,7	2,9	0,0
Ternate	26,5	62,4	0,0	11,2	0,0	0,0
Tidore	9,8	54,9	0,0	33,3	2,0	0,0
Maluku Utara	6,5	32,8	1,6	56,7	1,6	0,7

Berdasar tabel 3.3.3.9 terlihat, terlihat bahwa di provinsi Maluku Utara penolong persalinan 1 oleh dukun masih tinggi yaitu sebanyak 56,7%, sedangkan yang ditolong bidan 32,8%, dokter 6,5%, tenaga kesehatan dan famili masing-masing 1,6%. Berdasar kabupaten/kota, terlihat bahwa cakupan persalinan yang ditolong dokter tertinggi di kota Ternate (26,5%) dan terendah di kabupaten Halmahera Selatan. Cakupan persalinan dengan penolong1 oleh bidan, tertinggi terdapat di kota Ternate (62,4%) dan terendah di kabupaten Halmahera Selatan (10,0%). Persalinan dengan penolong persalinan 1 oleh dukun tertinggi terdapat di kabupaten 86,6% dan terendah 11,2%.

Tabel 3.3.3.10
Cakupan Persalinan berdasar Jenis Penolong Persalinan 1
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara,
Riskesmas 2007

Karakteristik	Penolong Persalinan 1					
	Dokter	Bidan	Nakes	Dukun	Famili	Lainnya
Tipe Daerah						
Perkotaan	17,5	47,6	0,0	34,9	0,0	0,0
Perdesaan	3,2	28,0	2,2	63,6	2,1	0,8
Pendidikan KK						
Tidak sekolah	3,3	30,0	0,0	56,7	3,3	6,7
Tidak tamat SD	2,9	18,0	1,4	74,8	2,2	0,7
Tamat SD	1,7	21,5	2,4	72,4	1,7	0,3
Tamat SMP	3,5	35,3	1,2	57,8	1,7	0,6
Tamat SMA	13,2	50,2	2,0	32,7	1,5	0,5
Perguruan tinggi	23,2	64,3	0,0	12,5	0,0	0,0
Pekerjaan KK						
Tidak bekerja	13,0	17,4	4,3	65,2	0,0	0,0
Ibu rumahtangga	0,0	75,0	0,0	25,0	0,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	23,8	60,0	0,0	16,2	0,0	0,0
Wiraswasta	13,8	54,1	0,9	29,4	0,9	0,9
Petani/ buruh/ nelayan	1,7	22,9	2,0	70,6	2,0	0,8
Lainnya	4,4	60,0	0,0	33,3	2,2	0,0
Tkt pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	2,3	27,6	0,9	65,4	2,3	1,4
Kuintil-2	7,4	32,9	0,9	56,9	0,9	0,9
Kuintil-3	7,9	31,1	1,7	58,2	1,1	0,0
Kuintil-4	5,6	28,8	3,4	60,5	1,7	0,0
Kuintil-5	12,0	46,7	1,3	38,7	1,3	0,0

Tabel 3.3.3.10 menggambarkan tentang cakupan penolong persalinan 1 di Provinsi Maluku Utara. Cakupan penolong persalinan 1 oleh dokter dan bidan lebih tinggi di kota dibanding desa, sebaliknya penolong persalinan 1 oleh dukun, tenaga kesehatan dan famili lebih tinggi di desa daripada di kota. Berdasar pendidikan terlihat kecenderungan peningkatan cakupan persalinan oleh dokter dan bidan seiring dengan peningkatan pendidikan namun sebaliknya dengan penolong persalinan 1 oleh duku dan famili yang cenderung menurun seiring dengan peningkatan pendidikan KK. Tidak terlihat kecenderungan tertentu terkait dengan cakupan persalinan oleh penolong persalinan1 jenis manapun berdasar pekerjaan KK dan tingkat pengeluaran per kapita.

Tabel 3.3.3.11
Cakupan Persalinan berdasar Jenis Penolong Persalinan 2
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Penolong Persalinan 2					
	Dokter	Bidan	Nakes	Dukun	Famili	Lainnya
Halmahera Barat	4,6	49,2	1,5	40,0	3,1	1,5
Halmahera Tengah	5,1	30,8	0,0	51,3	10,3	2,6
Kepulauan Sula	0,8	16,3	1,6	78,9	0,0	2,4
Halmahera Selatan	0,0	15,3	2,4	82,3	0,0	0,0
Halmahera Utara	2,0	24,0	2,0	69,9	2,0	0,0
Halmahera Timur	3,0	62,1	4,5	28,8	1,5	0,0
Ternate	30,7	62,0	0,0	7,4	0,0	0,0
Tidore	10,4	54,2	0,0	35,4	0,0	0,0
Maluku Utara	7,4	34,2	1,7	55,0	1,2	0,6

Berdasar Tabel 3.3.3.11 terlihat bahwa di provinsi Maluku Utara persalinan dengan penolong persalinan 2 dukun sebanyak 55,0% merupakan cakupan persalinan tertinggi disusul penolong persalinan 2 oleh bidan (34,2%), dokter (7,4%), nakes dan famili. Berdasar kabupaten/kota, terlihat bahwa cakupan persalinan yang ditolong dokter sebagai penolong 2, tertinggi di kota Ternate (30,7%) dan terendah di kabupaten Halmahera Selatan. Cakupan persalinan dengan penolong 2 oleh bidan, tertinggi terdapat di Kabupaten Halmahera Timur (62,1%) dan terendah di kabupaten Halmahera Selatan (15,3%). Persalinan dengan penolong persalinan 2 oleh dukun tertinggi terdapat di kabupaten Halmahera Selatan 82,3% dan terendah di kota Ternate (7,4%).

Tabel 3.3.3.12
Cakupan Persalinan berdasar Jenis Penolong Persalinan 2
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penolong Persalinan 2					
	Dokter	Bidan	Nakes	Dukun	Famili	Lainnya
Tipe Daerah						
Perkotaan	20,9	47,4	0,0	31,6	0,0	0,0
Perdesaan	3,0	30,3	2,0	62,5	1,4	,7
Pendidikan KK						
Tidak sekolah	10,7	28,6	0,0	50,0	3,6	7,1
Tidak tamat SD	3,0	18,0	3,0	74,4	0,8	0,8
Tamat SD	2,1	25,8	2,1	68,9	0,7	0,4
Tamat SMP	3,0	38,9	0,6	56,3	1,2	0,0
Tamat SMA	14,9	50,3	1,5	30,8	2,1	0,5
Perguruan tinggi	26,9	59,6	0,0	13,5	0,0	0,0
Pekerjaan KK						
Tidak bekerja	15,0	20,0	0,0	65,0	0,0	0,0
Ibu rumahtangga	0,0	75,0	0,0	25,0	0,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	25,3	62,1	1,1	11,6	0,0	0,0
Wiraswasta	16,7	51,9	0,0	28,7	1,9	0,9
Petani/ buruh/ nelayan	1,7	25,6	2,3	68,5	1,2	0,7
Lainnya	9,5	57,1	0,0	31,0	2,4	0,0
Tkt pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	2,0	32,8	2,0	61,2	1,0	1,0
Kuintil-2	6,7	35,2	0,5	55,7	1,0	1,0
Kuintil-3	9,5	30,8	2,4	56,8	0,6	0,0
Kuintil-4	7,6	26,3	2,9	61,4	1,8	0,0
Kuintil-5	12,9	47,6	0,7	37,4	1,4	0,0

Tabel 3.3.3.12 menggambarkan tentang cakupan penolong persalinan 2 di Provinsi Maluku Utara. Cakupan penolong persalinan 2 oleh dokter dan bidan lebih tinggi di kota dibanding desa, sebaliknya penolong persalinan 2 oleh dukun, tenaga kesehatan dan famili lebih tinggi di desa daripada di kota. Berdasar pendidikan terlihat kecenderungan peningkatan cakupan persalinan oleh dokter dan bidan seiring dengan peningkatan pendidikan namun sebaliknya dengan penolong persalinan 2 oleh dukun dan famili yang cenderung menurun seiring dengan peningkatan pendidikan KK. Tidak terlihat kecenderungan tertentu terkait dengan cakupan persalinan oleh penolong persalinan 2 jenis manapun berdasar pekerjaan KK dan tingkat pengeluaran per kapita.

Tabel 3.3.3.13
Cakupan Persalinan berdasar Tempat Persalinan
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Tempat Persalinan						
	RS Pemerintah	RS Swasta	Puskesmas	Polindes	RB/RBIA /Klinik	Rumah	Lainnya
Halmahera Barat	6,1	0,0	0,0	1,5	1,5	87,9	3,0
Halmahera Tengah	2,5	2,5	0,0	0,0	2,5	92,5	0,0
Kepulauan Sula	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	96,8	0,8
Halmahera Selatan	0,0	0,0	0,5	1,0	0,5	97,6	0,5
Halmahera Utara	3,1	0,4	0,4	0,0	0,0	96,0	0,0
Halmahera Timur	2,8	1,4	4,2	1,4	1,4	85,9	2,8
Ternate	25,7	21,1	3,5	0,0	14,6	35,1	0,0
Tidore	26,5	2,0	6,1	0,0	0,0	65,3	0,0
Maluku Utara	7,8	4,2	1,5	0,4	3,0	82,5	0,6

Berdasar Tabel 3.3.3.13 terlihat bahwa di provinsi Maluku Utara tempat persalinan yang paling banyak dipilih adalah di rumah yaitu sebanyak 82,5%, disusul persalinan di RS pemerintah (7,8%), di RS swasta (4,2%), RB/RBIA/Klinik (3,0%), puskesmas (1,5%), IINNY 0,6% dan terendah di polindes (0,4%). Berdasar kabupaten/kota, terlihat bahwa tempat persalinan di rumah sakit pemerintah dan puskesmas tertinggi kota Tidore masing-masing 26,5% dan 6,1%. Angka tertinggi untuk persalinan di rumah terdapat di kabupaten Halmahera Selatan. (97,6%) dan terendah di kota Ternate. Pemanfaatan Polindes sebagai tempat persalinan ternyata rendah di seluruh kabupaten/kota provinsi Maluku Utara. Cakupan tertinggi terdapat di kabupaten Halmahera Barat.

Tabel 3.3.3.14
Cakupan Persalinan berdasar Tempat Persalinan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Persalinan						Lainnya
	RS Pemerintah	RS Swasta	Puskesmas	Polindes	RB/RBIA/Klinik	Rumah	
Tipe Daerah							
Perkotaan	18,3	16,2	3,4	0,0	8,9	53,2	0,0
Perdesaan	4,2	0,3	1,0	0,7	1,0	92,1	0,8
Pendidikan KK							
Tidak sekolah	3,4	6,9	0,0	0,0	0,0	89,7	0,0
Tidak tamat SD	4,3	0,0	0,7	1,4	0,0	93,5	0,0
Tamat SD	2,0	1,3	0,7	0,3	0,3	94,3	1,0
Tamat SMP	4,6	1,2	2,3	0,6	0,6	90,8	0,0
Tamat SMA	15,9	9,6	2,9	0,0	6,7	63,0	1,9
Perguruan tinggi	29,1	10,9	3,6	0,0	21,8	34,5	0,0
Pekerjaan KK							
Tidak bekerja	13,0	13,0	0,0	0,0	0,0	73,9	0,0
Ibu rumahtangga	37,5	0,0	0,0	0,0	0,0	62,5	0,0
PNS/POLRI/TNI	26,4	13,2	3,8	0,0	15,1	40,6	0,9
Wiraswasta	16,4	9,1	7,3	0,0	6,4	60,0	0,9
Petani/ buruh/	2,2	0,3	0,5	0,7	0,3	95,3	0,7
Lainnya	11,1	11,1	0,0	0,0	6,7	71,1	0,0
Tkt pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	5,0	1,8	0,0	0,5	0,9	90,9	0,9
Kuintil-2	4,6	5,1	2,3	0,5	4,6	81,9	0,9
Kuintil-3	6,8	5,7	1,7	1,1	4,5	79,5	0,6
Kuintil-4	6,1	5,6	1,1	0,0	1,7	85,5	0,0
Kuintil-5	18,2	3,2	3,2	0,6	3,2	70,8	0,6

Tabel 3.3.3.14 menggambarkan tentang tempat persalinan berdasar karakteristik responden di Provinsi Maluku Utara. Rumah sebagai tempat persalinan yang paling banyak dipilih, lebih banyak terjadi di desa dibanding dengan kota dan tidak ada pola spesifik tempat persalinan terkait dengan tingkat pendidikan KK, jenis pekerjaan KK dan tingkat pengeluaran per kapita. Hal yang sama juga terlihat pada tempat persalinan yang lain.

Tabel 3.3.3.15
Cakupan Pemeriksaan ANC Trimester 1 berdasar Frekuensi Pemeriksaan dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	ANC Trimester 1		
	Tidak pernah	Sekali	≥ 2 kali
Halmahera Barat	24,1	35,2	40,7
Halmahera Tengah	40,5	35,1	24,3
Kepulauan Sula	52,1	31,9	16,0
Halmahera Selatan	61,6	29,7	8,7
Halmahera Utara	16,5	48,9	34,6
Halmahera Timur	31,3	56,7	11,9
Ternate	11,1	26,3	62,6
Tidore	35,9	17,9	46,2
Maluku Utara	34,1	36,9	29,0

Berdasar Tabel 3.3.3.15 terlihat bahwa cakupan 'tidak pernah' pemeriksaan ANC pada trimester 1 di provinsi Maluku Utara adalah 34,1%, 'pemeriksaan 1 kali' 36,9% dan pemeriksaan '≥ 2 kali' sebesar 29,0%. Cakupan pemeriksaan ANC ≥ 2 kali, tertinggi terjadi di kota Ternate (62,6%). Sebaliknya, cakupan tertinggi ibu hamil yang tidak pernah melakukan ANC terjadi di Halmahera Selatan (61,6%) dan terendah di kota Ternate (11,1%). terendah di kabupaten Halmahera Selatan (8,7%).

Tabel 3.3.3.16
Cakupan Pemeriksaan ANC Trimester 1 berdasar Frekuensi Pemeriksaan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskedas 2007

Karakteristik	ANC Trimester 1		
	Tidak pernah	Sekali	≥ 2 kali
Tipe Daerah			
Perkotaan	21,7	25,2	53,1
Perdesaan	37,5	39,5	23,0
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	52,0	44,0	4,0
Tidak tamat SD	42,7	34,0	23,3
Tamat SD	41,7	35,3	23,0
Tamat SMP	33,1	40,3	26,6
Tamat SMA	24,2	36,6	39,2
Perguruan tinggi	8,3	35,4	56,3
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	7,1	28,6	64,3
Ibu rumahtangga	50,0	0,0	50,0
PNS/POLRI/TNI	16,3	36,3	47,5
Wiraswasta	26,5	32,5	41,0
Petani/ buruh/	41,1	38,8	20,0
Lainnya	17,1	20,0	62,9
Tkt pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	51,4	24,6	24,0
Kuintil-2	27,2	45,7	27,2
Kuintil-3	28,6	38,8	32,7
Kuintil-4	33,3	35,8	30,9
Kuintil-5	25,8	41,1	33,1

Tabel 3.3.3.16 menggambarkan tentang pemeriksaan ANC pada trimester 1 berdasar karakteristik responden. Terlihat bahwa pemeriksaan ANC ≥ 2 kali lterdapat perbedaan yang cukup tinggi bila dilihat menurut tempat tinggal yaitu di kota lebih tinggi (53,1%) daripada desa (23,0%). Berdasar pendidikan dan tingkat pengeluaran per kapita terlihat kecenderungan peningkatan pemeriksaan ANC pada trimester 1 seiring dengan semakin membaiknya pendidikan KK dan semakin tingginya tingkat pengeluaran per kapita keluarga. Terlihat adanya cakupan pemeriksaan ANC yang tinggi pada KK tidak bekerja (64,3%) dan terendah pada petani/buruh/nelayan.

Tabel 3.3.3.17
Cakupan Pemeriksaan ANC Trimester 2 berdasar Frekuensi Pemeriksaan dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	ANC Trimester 2		
	Tidak pernah	Sekali	≥ 2 kali
Halmahera Barat	20,4	31,5	48,1
Halmahera Tengah	29,7	29,7	40,5
Kepulauan Sula	46,6	30,5	22,9
Halmahera Selatan	28,8	50,4	20,9
Halmahera Utara	14,5	50,9	34,7
Halmahera Timur	25,8	24,2	50,0
Ternate	10,1	17,2	72,7
Tidore	29,7	29,7	40,5
Maluku Utara	24,9	36,8	38,3

Berdasar Tabel 3.3.3.17 terlihat bahwa cakupan pemeriksaan ANC pada trimester 2 di provinsi Maluku Utara menurut frekuensi pemeriksaan adalah 'tidak pernah' sebesar 24,9%, dilakukan 'sekali' 36,8% dan '≥ 2 kali' sebesar 38,3% responden. Cakupan pemeriksaan ANC ≥ 2 kali tertinggi terjadi di kota Ternate (72,7%) dan terendah di Halmahera Selatan (20,9%). Sebaliknya, cakupan tertinggi ibu hamil yang 'tidak pernah' melakukan ANC trimester 2 terjadi di kabupaten kepulauan Sula (46,6%) dan terendah di kota Ternate (10,1%).

Tabel 3.3.3.18
Cakupan Pemeriksaan ANC Trimester 2 berdasar Frekuensi Pemeriksaan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	ANC Trimester 2		
	Tidak pernah	Sekali	≥ 2 kali
Tipe Daerah			
Perkotaan	14,9	24,1	61,0
Perdesaan	27,2	39,7	33,0
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	57,1	23,8	19,0
Tidak tamat SD	29,1	38,8	32,0
Tamat SD	25,7	47,4	27,0
Tamat SMP	28,6	31,4	40,0
Tamat SMA	15,3	28,0	56,7
Perguruan tinggi	8,9	33,3	57,8
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	7,1	21,4	71,4
Ibu rumahtangga	20,0	0,0	80,0
PNS/POLRI/TNI	10,5	30,3	59,2
Wiraswasta	19,2	26,9	53,8
Petani/ buruh/ nelayan	28,9	41,4	29,7
Lainnya	17,1	20,0	62,9
Status ekonomi			
Kuintil-1	33,7	37,6	28,7
Kuintil-2	24,7	38,7	36,7
Kuintil-3	21,3	30,5	48,2
Kuintil-4	19,4	45,2	35,5
Kuintil-5	20,7	33,9	45,5

Tabel 3.3.3.18 menggambarkan tentang pemeriksaan ANC pada trimester 2 berdasar karakteristik responden. Terlihat bahwa pemeriksaan ANC ≥ 2 kali lterdapat perbedaan yang cukup tinggi bila dilihat menurut tempat tinggal yaitu di kota lebih tinggi (61,0%) daripada desa (33,0%). Berdasar pendidikan dan tingkat pengeluaran per kapita terlihat kecenderungan peningkatan pemeriksaan ANC pada trimester 2 seiring dengan semakin membaiknya pendidikan KK dan semakin tingginya tingkat pengeluaran per kapita keluarga. Terlihat bahwa pada pekerja KK petani/nelayan/buruh, cakupan pemeriksaan ANC trimester 2 yang paling rendah sedangkan tertinggi pada pekerjaan KK sebagai ibu rumah tangga.

Tabel 3.3.3.19
Cakupan Pemeriksaan ANC Trimester 3 berdasar Frekuensi Pemeriksaan dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	ANC Trimester 3		
	Tidak pernah	Sekali	≥ 2 kali
Halmahera Barat	17,0	20,8	41,5
Halmahera Tengah	32,4	27,0	27,0
Kepulauan Sula	49,2	26,7	14,2
Halmahera Selatan	34,8	35,5	26,1
Halmahera Utara	18,0	43,5	14,9
Halmahera Timur	23,9	16,4	22,4
Ternate	3,2	12,8	16,0
Tidore	21,6	10,8	32,4
Maluku Utara	26,0	28,1	21,4

Berdasar Tabel 3.3.3.19 terlihat bahwa cakupan pemeriksaan ANC pada trimester 3di provinsi Maluku Utara menurut frekuensi pemeriksaan adalah 'tidak pernah' sebesar 26,0%, dilakukan 'sekali' 28,1% dan ' ≥ 2 kali' sebesar 21,4%. Cakupan pemeriksaan ANC ≥ 2 kali trimester 3 tertinggi terjadi di kabupaten Halmahera Barat dan terendah di kota Ternate. Sebaliknya, cakupan ibu hamil yang 'tidak pernah' melakukan ANC trimester 3 tertinggi terjadi di kabupaten kepulauan Sula (49,2%) dan terendah di kota Ternate (3,2%).

Tabel 3.3.3.20
Cakupan Pemeriksaan ANC Trimester 3 berdasar Frekuensi Pemeriksaan
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara,
Riskesmas 2007

Karakteristik	ANC Trimester 3		
	Tidak pernah	Sekali	≥ 2 kali
Tipe Daerah			
Perkotaan	13,1	18,2	14,6
Perdesaan	29,1	30,7	23,0
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	42,9	42,9	4,8
Tidak tamat SD	35,4	25,0	20,8
Tamat SD	27,4	34,1	21,1
Tamat SMP	32,9	22,1	26,4
Tamat SMA	14,4	27,5	17,6
Perguruan tinggi	8,7	19,6	23,9
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	0,0	21,4	28,6
Ibu rumahtangga	20,0	40,0	20,0
PNS/POLRI/TNI	10,3	20,5	19,2
Wiraswasta	19,2	16,7	25,6
Petani/ buruh/ nelayan	31,7	32,3	20,4
Lainnya	17,1	8,6	28,6
Status ekonomi			
Kuintil-1	35,7	28,7	17,5
Kuintil-2	24,1	29,0	25,5
Kuintil-3	22,2	26,4	20,8
Kuintil-4	22,0	33,1	18,6
Kuintil-5	22,7	25,2	24,4

Tabel 3.3.3.20 menggambarkan tentang pemeriksaan ANC pada trimester 3 berdasar karakteristik responden. Terlihat bahwa pemeriksaan ANC ≥ 2 kali yang lebih tinggi di desa (23,0%) dibanding di kota (14,6%) Berdasar pendidikan KK, pekerjaan KK dan tingkat pengeluaran per kapita, tidak terlihat perbedaan yang berarti kecuali pada kelompok yang tidak sekolah.

Tabel 3.3.3.21
Cakupan Pemeriksaan ANC Trimester 123 berdasar Frekuensi Pemeriksaan
dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesmas 2007

Kabupaten/ Kota	ANC Trimester 123		
	Tidak pernah	< 4 kali	≥ 4 kali
Halmahera Barat	11,1	33,3	55,6
Halmahera Tengah	21,1	44,7	34,2
Kepulauan Sula	37,8	42,9	19,3
Halmahera Selatan	23,2	60,1	16,7
Halmahera Utara	8,1	62,9	28,9
Halmahera Timur	17,9	32,8	49,3
Ternate	3,0	27,7	69,3
Tidore	5,0	60,0	35,0
Maluku Utara	16,4	48,7	34,9

Berdasar tabel 3.3.3.21 terlihat bahwa cakupan pemeriksaan ANC pada trimester 1, 2 dan 3 di provinsi Maluku Utara menurut frekuensi pemeriksaan adalah 'tidak pernah' sebesar 16,4%, dilakukan '<4 kali' 48,7% dan '≥ 4kali' sebesar 34,9%. Cakupan pemeriksaan ANC ≥ 4 kali trimester 123 tertinggi terjadi di kota Ternate (69,3%) dan terendah di kabupaten Halmahera Selatan (16,7%). Sebaliknya, cakupan ibu hamil yang 'tidak pernah' melakukan ANC trimester 123 tertinggi terjadi di kabupaten kepulauan Sula (37,82%) dan terendah di kota Ternate (3,0%).

Tabel 3.3.3.22
Cakupan Pemeriksaan ANC Trimester 123 berdasar Frekuensi Pemeriksaan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskedas 2007

Karakteristik	ANC Trimester 123		
	Tidak pernah	< 4 kali	≥ 4 kali
Tipe Daerah			
Perkotaan	6,9	36,6	56,6
Perdesaan	18,7	51,6	29,7
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	26,9	65,4	7,7
Tidak tamat SD	22,7	50,0	27,3
Tamat SD	16,7	57,1	26,3
Tamat SMP	20,3	42,0	37,8
Tamat SMA	8,4	43,5	48,1
Perguruan tinggi	6,3	31,3	62,5
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	0,0	35,7	64,3
Ibu rumahtangga	0,0	50,0	50,0
PNS/POLRI/TNI	6,3	36,7	57,0
Wiraswasta	12,0	38,6	49,4
Petani/ buruh/ nelayan	20,0	54,0	26,0
Lainnya	8,6	20,0	71,4
Status ekonomi			
Kuintil-1	26,9	48,4	24,7
Kuintil-2	13,8	51,9	34,4
Kuintil-3	14,0	43,3	42,7
Kuintil-4	11,7	57,0	31,3
Kuintil-5	12,9	42,7	44,4

Tabel 3.3.3.22 menggambarkan tentang pemeriksaan ANC pada trimester 123 berdasar karakteristik responden. Terlihat bahwa pemeriksaan ANC ≥ 4 kali lterdapat perbedaan yang cukup tinggi bila dilihat menurut tempat tinggal yaitu di kota lebih tinggi (56,6%) daripada desa (29,7%). Berdasar pendidikan KK dan tingkat pengeluaran per kapita, terlihat kecenderungan peningkatan pemeriksaan ANC pada trimester 123 seiring dengan semakin membaiknya pendidikan KK dan semakin tingginya tingkat pengeluaran per kapita keluarga. Terlihat bahwa pada pekerjaaa KK petani/nelayan/buruh, cakupan pemeriksaan ANC trimester 123 sebanyak > 4 kali menunjukkan angka yang paling rendah sedangkan tertinggi pada pekerjaan KK lainnya.

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).

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 Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Malaria			Filariasis		DBD	
	DG	D	O	DG	D	DG	D
Halmahera Barat	16.2	11.1	56.5	0.1	0.0	2.8	0.3
Halmahera Tengah	13.0	8.9	43.9	0.3	0.3	1.3	0.0
Kepulauan Sula	6.7	2.6	80.2	0.3	0.3	0.8	0.2
Halmahera Selatan	7.2	2.8	37.9	0.0	0.0	0.9	0.6
Halmahera Utara	9.3	2.4	34.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Halmahera Timur	6.3	2.4	49.0	0.1	0.1	2.3	0.3
Ternate	1.9	1.3	69.4	0.0	0.0	0.0	0.0
Tidore	2.6	1.6	42.3	0.1	0.1	0.1	0.0
Maluku Utara	7.23	3.31	49.27	0.09	0.06	0.77	0.18

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

Tabel 3.4.1.1 menunjukkan bahwa prevalensi malaria dalam 12 bulan terakhir di Provinsi Maluku Utara dijumpai sebesar 7,2 %, dengan rentang 1,9 – 16,2%. Beberapa daerah di Provinsi Maluku Utara masih merupakan daerah reseptif terhadap malaria, yang artinya di daerah tersebut masih memungkinkan terjadi penularan karena terdapat vektor potensial malaria. Prevalensi malaria yang rendah dijumpai di Kotamadya Ternate, yang prevalensinya tinggi Kabupaten Halmahera Barat mencapai 16,2%. Dalam Riskesdas ini, juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria klinis dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Tampak bahwa di tiga Kabupaten dengan prevalensi malaria relatif tinggi di atas, persentase orang yang minum obat program masih di bawah 50%, persentase terendah yang minum obat adalah di Kabupaten Halmahera Utara persentasenya hanya 34,6%.

Filariasis merupakan penyakit kronis yang tidak menimbulkan kematian, tetapi menyebabkan kecacatan, antara lain : kaki gajah dan pembesaran kantong buah zakar (scrotum). Dalam 12 bulan terakhir, di Provinsi Maluku Utara filariasis klinis terdeteksi dengan prevalensi yang sangat rendah. Namun ada 2 Kabupaten yang prevalensinya lebih dari 1 per mil, lebih tinggi dari prevalensi filariasis di Provinsi Maluku Utara secara keseluruhan yaitu Halmahera Tengah dan Kepulauan Sula.

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, DBD klinis di Provinsi Maluku Utara prevalensinya 0,8%. Kabupaten yang prevalensinya lebih tinggi daripada provinsi adalah Halmahera Barat (2,8%), Halmahera Timur (2,3%), Halmahera Tengah (1,3%) dan Halmahera Selatan (0,9%).

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

Karakteristik	Malaria			Filariasis		DBD	
	DG	D	O	DG	D	DG	D
Kelompok umur (tahun)							
<1	3,7	1,2	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-4	9,1	4,5	67,6	0,0	0,0	0,8	0,3
5-14	7,0	3,0	51,2	0,1	0,1	0,8	0,3
15-24	5,5	2,2	55,9	0,1	0,1	0,7	0,2
25-34	7,3	3,2	45,8	0,1	0,0	0,5	0,1
35-44	7,7	3,5	37,0	0,1	0,0	0,7	0,1
45-54	6,8	3,3	38,8	0,0	0,0	0,9	0,1
55-64	8,3	4,7	48,0	0,5	0,5	1,3	0,3
65-74	10,0	4,5	37,9	0,3	0,0	1,6	0,0
>75	7,1	4,5	44,4	0,0	0,0	1,8	0,0
Jenis kelamin							
Laki-laki	7,3	3,5	49,8	0,1	0,1	0,8	0,2
Perempuan	7,2	3,1	48,8	0,1	0,1	0,7	0,2
Pendidikan							
Tidak Sekolah	7,9	5,2	45,2	0,2	0,2	1,2	0,2
Tidak tamat SD	9,3	3,4	33,5	0,1	0,0	1,1	0,1
Tamat SD	8,1	3,6	47,5	0,1	0,1	0,9	0,2
Tamat SMP	5,7	2,2	42,2	0,1	0,1	0,6	0,1
Tamat SMA	4,2	2,2	59,7	0,0	0,0	0,5	0,1
Tamat SMA Plus	4,6	2,8	58,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Pekerjaan							
Tidak kerja	6,2	2,8	35,7	0,2	0,2	0,4	0,0
Sekolah	5,8	2,5	50,5	0,1	0,1	0,9	0,2
Ibu RT	7,6	3,0	37,6	0,1	0,1	0,2	0,0
Pegawai	5,6	3,1	64,3	0,0	0,0	0,2	0,0
Wiraswasta	4,9	2,7	48,1	0,0	0,0	0,5	0,0
Petani/Nelayan/Buruh	8,6	3,8	43,5	0,1	0,0	1,5	0,3
Lainnya	5,0	3,4	71,4	0,0	0,0	0,7	0,0
Tempat tinggal							
Kota	3,8	2,6	67,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Desa	8,4	3,6	46,6	0,1	0,1	0,1	0,2
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil_1	6,0	2,4	43,8	0,0	0,0	0,6	0,1
Kuintil_2	6,8	3,0	52,9	0,0	0,0	2,2	0,2
Kuintil_3	7,3	3,5	48,3	0,2	0,0	0,9	0,4
Kuintil_4	8,9	3,8	47,7	0,1	0,1	3,3	0,2
Kuintil_5	4,9	3,8	57,1	0,1	0,0	0,7	0,0

Karakteristik responden yang menderita penyakit tular vektor di atas berbeda-beda, Dalam Riskesdas 2007 ini, DBD terutama dijumpai pada anak di bawah 15 tahun, namun tampak sudah menyebar pula ke kelompok dewasa, Sedangkan malaria tersebar di semua kelompok umur (kecuali bayi), terutama di kelompok usia produktif,

Tidak ada perbedaan mencolok pada jenis kelamin penderita filariasis, DBD dan malaria. Demikian juga bahwa DBD tidak ada perbedaan yang banyak dijumpai pada kelompok responden berpendidikan, pada responden yang tinggal di wilayah perkotaan atau di perdesaan, pekerjaan dan tingkat pengeluaran rumah tangga. Tingkat pendidikan, tempat tinggal tampaknya tidak berpengaruh terhadap prevalensi malaria, kemungkinan karena kasus-kasus yang ada terdapat pada semua daerah. Namun penyakit ini lebih banyak ditemukan pada kelompok ekonomi paling bawah (berdasarkan tingkat pengeluaran Rumah Tangga),

3.4.2 Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), Campak

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan penyakit yang sering dijumpai dengan manifestasi ringan sampai berat. ISPA yang mengenai jaringan paru-paru atau ISPA berat, dapat menjadi pneumonia. Pneumonia merupakan penyakit infeksi penyebab kematian utama, terutama pada balita. Dalam Riskesdas ini dikumpulkan data ISPA ringan dan pneumonia. Kepada responden ditanyakan apakah dalam satu bulan terakhir pernah didiagnosis ISPA/pneumonia oleh tenaga kesehatan. Bagi responden yang menyatakan tidak pernah, ditanyakan apakah pernah menderita gejala ISPA dan pneumonia.

Tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit menular kronis yang menjadi isu global. Di Indonesia penyakit ini termasuk salah satu prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit karena berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta sering mengakibatkan kematian. Walaupun diagnosis pasti TB berdasarkan pemeriksaan sputum BTA positif, diagnosis klinis sangat menunjang untuk diagnosis dini terutama pada penderita TB anak. Kepada responden ditanyakan apakah dalam 12 bulan terakhir pernah didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan, dan bila tidak, ditanyakan apakah menderita gejala batuk lebih dari dua minggu atau batuk berdahak bercampur darah.

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Di Indonesia masih terdapat kantong-kantong penyakit campak sehingga tidak jarang terjadi KLB. Kepada responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis campak oleh tenaga kesehatan, ditanyakan apakah pernah menderita gejala demam tinggi dengan mata merah dan penuh kotoran, serta ruam pada kulit terutama di leher dan dada.

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan penyakit yang sering dijumpai dengan manifestasi ringan sampai berat. ISPA yang mengenai jaringan paru-paru atau ISPA berat, dapat menjadi pneumonia. Pneumonia merupakan penyakit infeksi penyebab kematian utama, terutama pada balita. Dalam Riskesdas ini dikumpulkan data ISPA ringan dan pneumonia. Kepada responden ditanyakan apakah dalam satu bulan terakhir pernah didiagnosis ISPA/pneumonia oleh tenaga kesehatan. Bagi responden yang menyatakan tidak pernah, ditanyakan apakah pernah menderita gejala ISPA dan pneumonia.

Tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit menular kronis yang menjadi isu global. Di Indonesia penyakit ini termasuk salah satu prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit karena berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta sering mengakibatkan kematian. Walaupun diagnosis pasti TB berdasarkan pemeriksaan sputum BTA positif, diagnosis klinis sangat menunjang untuk diagnosis dini terutama pada penderita TB anak. Kepada responden ditanyakan apakah dalam 12 bulan terakhir pernah didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan, dan bila tidak, ditanyakan apakah menderita gejala batuk lebih dari dua minggu atau batuk berdahak bercampur darah.

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Di Indonesia masih terdapat kantong-kantong penyakit campak sehingga tidak jarang terjadi KLB. Kepada responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis campak oleh tenaga kesehatan, ditanyakan apakah pernah menderita gejala demam tinggi dengan mata merah dan penuh kotoran, serta ruam pada kulit terutama di leher dan dada.

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

Kabupaten/Kota	ISPA		Pneumonia		TBC		Campak	
	DG	D	DG	D	DG	D	DG	D
Halmahera Barat	16,0	6,5	3,2	0,8	0,7	0,3	1,7	0,2
Halmahera Tengah	39,4	17,8	7,0	3,2	1,3	0,3	1,3	0,6
Kepulauan Sula	18,8	2,5	4,9	0,4	0,3	0,2	0,7	0,1
Halmahera Selatan	21,8	2,4	2,4	0,7	0,4	0,4	2,1	0,7
Halmahera Utara	31,7	6,4	1,0	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Halmahera Timur	17,9	7,4	2,4	0,4	2,9	0,3	2,5	0,4
Ternate	32,9	12,6	1,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Tidore	25,1	10,0	2,3	0,9	0,1	0,1	0,3	0,2
Maluku Utara	25,2	6,9	2,4	0,5	0,5	0,2	1,0	0,3

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) tersebar di seluruh Provinsi Maluku Utara dengan angka prevalensi ISPA dalam sebulan terakhir di Provinsi Maluku Utara adalah 25,2%, prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Halmahera Tengah (39,4%) dan terendah yaitu Kabupaten Halmahera Barat (16%).

Secara umum, di Provinsi Maluku Utara prevalensi Pnemonia sebulan terakhir adalah 2,4%, prevalensi tinggi dijumpai di Kabupaten Halmahera Tengah (7%). Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit. Di provinsi ini TB terdeteksi dengan prevalensi 5 per 1000, dengan prevalensi tinggi di Halmahera Tengah (1,3%).

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan termasuk dalam program imunisasi nasional. Di Provinsi Maluku Utara dalam 12 bulan terakhir penyakit ini masih terdeteksi dengan prevalensi 1%. (Tabel 3.4.2.1)

Tabel 3.4.2.2
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kelompok umur	ISPA		Pneumonia		TBC		Campak	
	DG	D	DG	D	DG	D	DG	D
Kelompok Umur (tahun)								
<1	33,9	12,2	3,7	0,6	0,6	0,0	0,6	0,0
1-4	41,7	11,6	5,2	1,4	0,3	0,1	2,4	0,8
5-14	27,3	7,3	2,0	0,3	0,2	0,1	1,3	0,4
15-24	19,1	4,3	0,9	0,1	0,2	0,1	0,8	0,2
25-34	19,3	6,0	1,4	0,3	0,3	0,1	0,4	0,1
35-44	22,1	6,3	2,0	0,4	0,6	0,1	0,6	0,1
45-54	23,8	5,6	2,9	0,5	0,7	0,3	0,2	0,0
55-64	23,6	7,0	5,0	2,0	1,8	1,3	0,8	0,0
65-74	28,6	7,1	3,5	0,6	1,3	0,6	1,3	0,0
>75	30,4	9,8	6,3	0,0	0,9	0,9	0,9	0,0
Jenis Kelamin								
Laki-laki	25,2	7,2	2,7	0,5	0,5	0,1	1,0	0,2
Perempuan	25,2	6,6	2,2	0,5	0,4	0,2	1,0	0,3
Pendidikan								
Tidak sekolah	30,2	7,4	4,0	1,0	1,2	0,2	1,2	0,0
Tidak tamat SD	23,6	5,0	2,6	0,5	0,8	0,4	1,3	0,2
Tamat SD	20,1	5,2	2,3	0,6	0,6	0,3	0,7	0,1
Tamat SMP	19,9	5,9	1,1	0,2	0,4	0,0	0,5	0,1
Tamat SMA	21,1	6,1	1,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,1
Tamat SMA plus	22,6	9,0	1,3	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0
Pekerjaan								
Tidak kerja	22,3	6,5	2,8	0,4	0,4	0,2	0,3	0,0
Sekolah	21,6	4,6	1,4	0,3	0,3	0,2	1,3	0,2
Ibu RT	22,7	6,6	1,8	0,3	0,2	0,1	0,4	0,1
Pegawai	24,6	8,4	1,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Wiraswasta	19,8	7,8	1,6	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0
Petani/nelayan/buruh	21,0	4,6	2,9	0,7	1,2	0,4	1,1	0,1
Lainnya	19,5	5,4	0,7	0,3	0,3	0,0	0,3	0,0
Tipe daerah								
Kota	29,4	11,3	1,7	0,4	0,2	0,2	1,2	0,6
Desa	23,8	5,5	2,7	0,5	0,6	0,2	0,9	0,2
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil _1	27,0	5,7	2,4	0,5	0,4	0,1	0,5	0,1
Kuintil _2	24,1	6,5	1,9	0,4	0,7	0,4	1,0	0,4
Kuintil _3	26,2	6,6	2,7	0,6	0,5	0,3	1,3	0,3
Kuintil _4	24,5	7,9	2,9	0,7	0,3	0,1	1,2	0,4
Kuintil _5	23,1	7,4	2,1	0,2	0,4	0,1	0,7	0,2

Tabel 3.4.2.2 menunjukkan prevalensi ISPA di Maluku Utara menurut kelompok umur tinggi pada usia 0 sampai 14 tahun dan 65 tahun keatas. Diperkotaan lebih tinggi prevalensinya daripada diperdesaan. Cenderung tinggi pada tingkat pendidikan tidak sekolah dan tidak tamat SD merata pada semua pekerjaan dan meningkat dengan makin rendahnya status ekonomi.

Prevalensi Pneumonia tinggi pada golongan umur 1 – 4 tahun dan 55 tahun keatas, pada tingkat pendidikan tidak sekolah serta tidak bekerja atau petani, nelayan dan buruh. Di perdesaan lebih tinggi prevalensinya dari pada diperkotaan.

Pada TB tampak adanya kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia dan makin tinggi dengan makin rendahnya tingkat pendidikan dan maikin rendahnya status ekonomi.

Prevalensi Campak tinggi pada kelompok usia 1 sampai 14 tahun. Makin tinggi prevalensinya dengan makin rendahnya tingkat pendidikan. Diperkotaan lebih tinggi dibanding perdesaan.

3.4.3 Prevalensi Tifoid, Hepatitis, 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.

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 menurut Kabupaten/Kota di
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tifoid		Hepatitis		Diare		O
	DG	D	DG	D	D	DG	
Halmahera Barat	1,3	0,3	3,0	0,7	6,6	9,0	62,3
Halmahera Tengah	3,2	1,9	0,9	0,3	8,9	13,6	59,5
Kepulauan Sula	1,8	0,4	0,4	0,0	1,1	1,8	44,4
Halmahera Selatan	1,3	0,5	0,6	0,3	2,2	4,6	39,8
Halmahera Utara	0,7	0,0	0,5	0,0	2,3	4,8	25,5
Halmahera Timur	2,3	0,1	1,4	0,3	3,8	6,1	51,0
Ternate	0,1	0,0	0,0	0,0	1,1	2,1	33,3
Tidore	1,5	0,8	0,0	0,0	1,9	2,6	33,3
Maluku Utara	1,2	0,3	0,7	0,2	2,6	4,4	43,8

Tabel 3.4.3.1 menunjukkan prevalensi Tifoid, hepatitis dan diare. Di Provinsi Maluku Utara prevalensi Tifoid 1,2%, Hepatitis 0,7%, Diare 4,4%. Prevalensi Tifoid tertinggi di Kabupaten Halmahera Tengah (3,25%), Prevalensi Hepatitis tertinggi di Kabupaten Halmahera Barat (3%), Prevalensi Diare tertinggi di Kabupaten Halmahera Tengah (13,6%).

Tabel 3.4.3.2
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	DG	D	DG	D	D	DG	O
Kelompok umur (tahun)							
<1	0,0	0,0	0,0	0,0	7,4	4,3	50,0
1-4	2,8	0,8	0,3	0,0	7,9	4,6	46,5
5-14	1,0	0,2	0,4	0,2	4,9	2,7	42,1
15-24	0,7	0,2	0,9	0,2	3,1	1,7	38,8
25-34	1,2	0,2	0,5	0,1	3,7	2,2	44,8
35-44	0,7	0,3	1,1	0,2	3,4	2,0	41,5
45-54	0,9	0,4	0,7	0,1	3,7	2,5	35,1
55-64	1,5	0,8	1,3	0,2	4,7	3,1	50,0
65-74	1,9	0,3	1,6	0,3	5,1	3,5	50,0
>75	0,9	0,0	0,9	0,0	2,7	1,8	75,0
Jenis Kelamin							
Laki-laki	1,3	0,4	0,8	0,1	4,9	2,9	43,4
Perempuan	1,0	0,3	0,6	0,2	4,0	2,3	44,5
Pendidikan							
Tidak sekolah	1,2	0,7	1,0	0,2	3,6	2,6	46,7
Tidak tamat SD	1,6	0,2	1,0	0,2	4,7	2,8	48,8
Tamat SD	0,9	0,4	0,9	0,3	3,9	2,3	41,0
Tamat SMP	0,5	0,1	0,8	0,2	2,8	1,5	37,5
Tamat SMA	0,5	0,2	0,7	0,2	3,0	2,0	40,4
Tamat SMA plus	0,5	0,0	0,0	0,0	2,6	0,8	18,2
Pekerjaan							
Tidak kerja	0,9	0,1	0,4	0,1	3,3	1,8	41,4
Sekolah	0,5	0,1	0,4	0,2	2,7	1,3	26,8
Ibu rt	0,7	0,1	0,5	0,2	3,4	2,2	51,8
Pegawai	0,8	0,2	0,2	0,2	3,3	1,7	47,1
Wiraswasta	0,5	0,2	0,5	0,0	3,6	2,6	40,0
Petani/nelayan/buruh	1,4	0,6	1,5	0,2	4,5	2,7	39,8
Lainnya	1,0	0,3	1,0	0,3	3,3	1,7	40,0
Tipe daerah							
Kota	0,4	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2	42,3
Desa	1,4	0,4	0,8	0,2	0,7	0,2	44,2
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil _1	1,3	0,4	0,4	0,1	3,4	0,9	37,5
Kuintil _2	0,8	0,1	0,8	0,3	3,9	1,5	36,1
Kuintil _3	1,4	0,4	0,7	0,0	5,1	6,3	39,6
Kuintil _4	1,0	0,2	0,9	0,1	4,5	2,0	52,5
Kuintil _5	1,0	0,2	0,6	0,3	5,0	2,9	48,2

Tifoid, hepatitis dan diare ditemukan pada hampir semua kelompok umur. Tetapi diare paling banyak ditemukan pada kelompok umur bayi dan balita. Tifoid hampir merata ditemukan pada semua tingkat pendidikan, sedangkan diare malah prevalensinya kecil pada kelompok yang tidak sekolah. Jenis kelamin dan pekerjaan tidak mempengaruhi prevalensi ke tiga penyakit ini.

Dilihat dari aspek pekerjaan, prevalensi tifoid merata dijumpai pada semua kelompok tingkat pendidikan, konsisten dengan data pada kelompok umur, Prevalensi diare tertinggi diidentifikasi pada kelompok buruh/nelayan/petani (4,5). Dari sudut tempat tinggal, tifoid, hepatitis dan diare tidak terlihat perbedaan antara perkotaan dan perdesaan, Hal ini konsisten dengan temuan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tifoid dan hepatitis cenderung tidak ada perbedaan, tetapi pada diare cenderung lebih rendah pada Rumah Tangga dengan status ekonomi rendah.

3.5 Penyakit Tidak Menular

3.5.1 Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit sendi, Penyakit Keturunan dan Faktor Resiko Penyakit Tidak Menular

Tabel 3.5.1.1
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, Stroke menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Halmahera Barat	14,9	29,6	4,7	5,1	21,9	7,7	10,2
Halmahera Tengah	13,8	27,1	5,9	7,2	22,0	5,3	10,6
Kepulauan Sula	4,8	19,7	0,8	0,8	24,7	0,0	2,2
Halmahera Selatan	6,1	19,0	8,1	8,1	16,3	4,7	7,0
Halmahera Utara	9,6	27,3	1,8	1,8	27,4	6,3	7,1
Halmahera Timur	20,0	26,2	8,3	8,5	23,7	4,1	4,1
Ternate	14,0	20,8	6,3	6,4	35,1	7,9	7,9
Tidore	10,7	19,1	3,8	4,5	21,2	5,8	5,8
Maluku Utara	10,7	22,9	5,0	5,2	28,4	5,6	6,7

Catatan : D= Diagnosa oleh Nakes

O = Minum obat

U = Hasil Pengukuran

D/G= Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

*) Peny, Persendian dan Stroke dinilai pada penduduk umur > 15 tahun, dan penyakit Hipertensi dinilai pada penduduk umur >18 tahun

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

Tabel 3.5.1.1 menunjukkan 10,7% penduduk Provinsi Maluku Utara mengalami gangguan persendian sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan tenaga kesehatan dan prevalensi gangguan sendi berdasar diagnosa dan atau gejala sebesar 22,9%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi penyakit persendian berdasar diagnosa dan gejala di Maluku Utara berkisar antara 19,0% - 29,6% dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Halmahera Barat dan terendah di Kabupaten Halmahera Selatan. Prevalensi penyakit persendian yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan berkisar antara 4,8% – 20,0%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Halmahera Timur, sebaliknya prevalensi terendah di Kabupaten Kepulauan Sula,

Pada tabel di atas juga dapat dilihat bahwa prevalensi hipertensi di Maluku Utara berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 28,4%, dan hanya berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 5,0%, sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 5,2%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah berkisar antara 16,3% - 35,1%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kota Ternate, sedangkan terendah di Kabupaten Halmahera Selatan. Prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 0,8% - 8,3%. Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di Maluku Utara, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di kota Ternate. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di Maluku Utara belum ditanggulangi dengan baik.

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di Maluku Utara adalah 6,7 per 1000 penduduk. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi stroke berkisar antara 2,2‰ -10,6 ‰, dan Halmahera Tengah mempunyai prevalensi tertinggi berdasarkan diagnosis dan atau gejala (Tabel 3.5.1.1)

Tabel 3.5.1.2 menggambarkan prevalensi penyakit persendian, hipertensi dan stroke menurut karakteristik responden di provinsi Maluku Utara. Dilihat bahwa berdasarkan umur, prevalensi penyakit sendi, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur responden. Menurut jenis kelamin, prevalensi penyakit sendi lebih tinggi pada perempuan baik berdasarkan diagnosis maupun gejala. Prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah nampak tidak berbeda baik pada laki-laki maupun perempuan, sebaliknya berdasarkan diagnosis maupun riwayat minum obat ditemukan lebih tinggi pada perempuan. Pola prevalensi stroke menurut jenis kelamin nampak pada perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki.

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

Karakteristik	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Umur							
15-24 Tahun	1,4	3,7	2,8	2,9	9,0	1,2	1,2
25-34 Tahun	7,2	10,6	2,4	2,4	16,2	0,5	0,5
35-44 Tahun	10,8	22,0	3,5	3,7	24,6	3,2	3,8
45-54 Tahun	22,5	37,7	10,2	10,3	44,3	3,9	4,9
55-64 Tahun	21,6	40,4	13,2	13,7	37,5	22,8	26,1
65-74 Tahun	22,0	53,4	23,4	23,4	67,3	35,5	41,9
75+ Tahun	32,2	71,1	24,4	25,6	61,7	26,8	45,0
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	8,9	15,8	4,2	4,2	25,7	6,7	7,9
Perempuan	11,6	22,4	6,5	6,7	26,0	4,3	5,6
Pendidikan							
Tidak Sekolah	29,6	47,8	11,5	12,1	46,6	8,0	13,4
Tdk Tamat SD	15,9	30,6	5,4	5,9	33,6	6,8	9,3
Tamat SD	11,3	21,8	7,5	7,6	21,3	5,8	7,2
Tamat SMP	4,6	13,0	3,7	3,7	27,3	2,1	2,1
Tamat SMA	8,1	11,4	3,2	3,2	22,9	4,5	4,5
Tamat SMA+	11,3	15,0	5,0	5,3	20,1	15,5	15,6
Pekerjaan							
Tidak Kerja	12,0	21,1	7,5	7,9	23,7	14,5	18,4
Sekolah	1,2	2,9	0,7	,7	7,0	1,5	1,5
Ibu RT	11,5	22,8	5,3	5,3	26,0	3,0	18,4
Pegawai	6,7	10,9	4,6	4,7	18,8	5,8	5,8
Wiraswasta	7,8	16,3	6,0	6,1	36,9	9,2	9,2
Tani/Nelayan/Buruh	14,0	24,3	5,3	5,4	26,1	4,3	5,9
Lainnya	4,9	14,2	6,7	6,8	33,7	3,4	3,5
Tipe daerah							
Kota	9,2	15,9	4,7	4,8	23,8	8,4	9,5
Desa	11,3	21,9	5,9	6,1	27,6	4,8	5,9
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	7,6	21,6	4,6	4,6	29,6	5,7	5,7
Kuintil-2	7,4	16,7	4,9	4,9	21,7	5,2	6,0
Kuintil-3	9,2	14,5	4,5	4,6	23,0	5,1	7,3
Kuintil-4	13,3	20,8	7,8	8,0	25,1	6,7	8,0
Kuintil-5	12,4	19,9	5,0	5,2	27,2	5,6	6,2

* penyakit hipertensi dinilai pada penduduk umur ≥ 18 tahun,

Pada Tabel 3.5.1.2 juga dapat dilihat bahwa pola prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah. Kasus hipertensi dan stroke nampak sedikit meningkat kembali pada tingkat pendidikan Tamat SMA plus. Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi pada tani/nelayan/buruh ditemukan lebih tinggi dari jenis pekerjaan lainnya, sedangkan prevalensi hipertensi dan stroke, ditemukan lebih tinggi pada mereka yang tidak bekerja.

Berdasarkan tempat tinggal, penyakit persendiaan dan hipertensi lebih tinggi di desa daripada di kota sedangkan prevalensi stroke lebih tinggi di kota daripada di desa. Berdasar status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita, prevalensi penyakit sendi berdasar diagnosa petugas kesehatan (D) di Maluku Utara nampak cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan status ekonomi. Prevalensi hipertensi maupun stroke, cenderung tidak berbeda pada semua tingkat status ekonomi.

Tabel 3.5.1.3
Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor**
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Halmahera Barat	3,2	5,2	1,4	14,4	0,9	1,6	0,8
Halmahera Tengah	5,4	7,9	3,3	10,5	0,7	1,6	0,0
Kepulauan Sula	0,9	1,3	0,5	1,6	0,4	0,4	0,6
Halmahera Selatan	1,0	2,6	0,9	4,4	0,4	0,4	0,9
Halmahera Utara	0,4	1,8	0,2	7,5	0,4	0,5	0,9
Halmahera Timur	2,1	4,2	0,4	5,6	0,6	1,0	1,3
Ternate	2,3	2,8	0,8	4,4	0,8	1,3	4,9
Tidore	0,6	1,2	1,1	4,4	0,8	1,2	4,0
Maluku Utara	1,5	2,7	0,8	5,9	0,6	0,9	1,8

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes

D/G= Di diagnosis oleh nakes atau degan gejala

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

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

Prevalensi penyakit asma berdasar diagnosa oleh tenaga kesehatan di Provinsi Maluku Utara sebesar 1,5% (kisaran 0,4 – 5,4%) sedangkan prevalensi berdasar diagnosa dan gejala sebesar 2,7%. Angka tertinggi di Halmahera Tengah dan terendah di Kepulauan Sula. Prevalensi penyakit jantung berdasar diagnosa oleh tenaga kesehatan di provinsi Maluku Utara sebesar 0,8% (kisaran 0,2 – 3,3%), tertinggi di Halmahera Tengah dan terendah di Halmahera Utara sedangkan prevalensi penyakit jantung berdasar diagnosa dan gejala sebesar 5,9 (kisaran 1,6%-14,4%) dengan angka tertinggi di Halmahera Barat dan terendah di kepulauan Sula.

Prevalensi penyakit diabetes berdasar diagnosa tenaga kesehatan di provinsi Maluku Utara sebesar 0,6% (kisaran 0,4 – 0,9%), tertinggi di Kabupaten Halmahera Barat. Prevalensi penyakit diabetes berdasar diagnosa tenaga kesehatan dan gejala di provinsi Maluku Utara sebesar 0,9% (kisaran 0,4 – 1,6%), tertinggi di Kabupaten Halmahera Barat dan Halmahera Tengah.

Prevalensi penyakit tumor/kanker di provinsi Maluku Utara sebesar 1,8‰ (kisaran 0,0 – 4,9‰), tertinggi di Kota Ternate.

Prevalensi penyakit yang didapat belum mencerminkan prevalensi yang sebenarnya karena adanya hanya ditentukan berdasar pertanyaan melalui kuesioner tanpa adanya

pemeriksaan. Ada kemungkinan responden sudah menderita penyakit tapi tidak merasakan gejala dan diagnosa belum ditegakkan oleh tenaga kesehatan.

Tabel 3.5.1.4
Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* Dan Tumor menurut**
Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (%)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Kelompok Umur (tahun)							
< 1	0,9	1,4	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
1-4	1,4	1,7	0,1	0,7	0,0	0,0	0,0
5-14	0,8	1,2	0,5	1,1	0,0	0,1	0,0
15-24	0,9	2,0	0,4	3,6	0,4	0,5	1,2
25-34	1,3	2,2	0,3	6,2	0,2	0,5	1,6
35-44	1,3	3,2	0,8	9,8	0,6	1,0	3,9
45-54	2,5	4,3	1,6	12,2	1,3	1,7	4,9
55-64	3,9	7,0	2,6	14,7	3,3	4,2	4,9
65-74	5,8	10,3	3,5	21,9	3,5	4,2	0,0
75+	0,9	8,9	2,7	23,2	1,8	4,5	0,0
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	1,4	2,8	0,9	5,2	0,5	0,9	2,1
Perempuan	1,6	2,6	0,7	6,6	0,6	0,8	1,9
Pendidikan							
Tidak Sekolah	2,6	6,9	1,4	13,4	1,2	1,4	7,2
Tdk Tamat SD	1,6	4,3	1,0	10,6	0,5	0,8	2,7
Tamat SD	1,7	2,8	0,8	6,9	0,7	1,0	1,8
Tamat SMP	2,0	3,3	0,7	5,9	0,7	1,1	0,7
Tamat SMA	1,2	1,7	0,8	5,4	0,8	1,1	1,9
Tamat SMA+	2,1	2,6	1,3	8,6	2,3	3,9	13,0
Pekerjaan							
Tidak Kerja	1,6	3,3	0,5	5,8	0,8	1,0	1,1
Sekolah	1,2	1,7	0,2	2,0	0,3	0,5	1,8
Ibu RT	1,9	3,3	0,8	9,6	0,5	0,7	1,8
Pegawai	1,3	1,5	0,2	5,1	1,6	2,5	5,8
Wiraswasta	1,1	3,1	1,5	7,4	1,3	2,6	7,4
Tani/Nelayn/Buruh	2,2	4,6	1,3	11,6	0,9	1,3	3,1
Lainnya	1,7	2,3	1,0	5,8	1,0	2,0	0,0
Tipe daerah							
Kota	2,0	2,5	0,7	4,6	0,8	1,3	3,9
Desa	1,3	2,8	0,8	6,3	0,5	0,7	1,4

Tabel 3.5.1.4 (lanjutan)

Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	1,5	2,7	0,6	4,9	0,4	0,7	0,0
Kuintil-2	1,4	2,5	0,4	4,8	0,5	0,9	0,9
Kuintil-3	1,3	2,6	1,2	7,2	0,6	0,7	2,7
Kuintil-4	1,5	2,6	1,1	6,7	0,7	1,0	3,1
Kuintil-5	1,7	2,7	0,6	5,9	0,7	1,1	3,5

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes

D/G= Di diagnosis oleh nakes atau degan gejala

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

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

Penyakit asma dan jantung terdapat di semua kelompok umur, semakin meningkat usia prevalensi semakin meningkat, namun cenderung menurun pada kelompok umur 75 tahun atau lebih. Diabetes mulai terdapat pada usia 15 tahun keatas dan prevalensi meningkat sesuai dengan meningkatnya usia, Tumor mulai terdapat pada usia 15 tahun keatas, cenderung meningkat sesuai usia, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 45 - 54 tahun dan 55 – 64 tahun.

Prevalensi penyakit asma dan diabetes sesuai diagnosa dan gejala, lebih banyak pada laki-laki daripada perempuan. Penyakit jantung sesuai diagnosa dan gejala , lebih banyak pada perempuan sedangkan prevalensi tumor/kanker tidak berbeda antara laki-laki dan perempuan. Prevalensi asma berdasar diagnosa tenaga kesehatan dan gejala, demikian pula dengan penyakit jantung. Penyakit diabetes relatif tinggi pada penduduk dengan pendidikan tamat SMA+ dibanding penduduk dengan pendidikan yang lebih rendah. Prevalensi penyakit jantung tidak banyak berbeda antara tingkat pendidikan, Diabetes tinggi pada yang tamat perguruan tinggi/SMA plus.

Tingginya penyakit asma pada yang tidak sekolah, kiranya perlu dilakukan penyuluhan pada kelompok yang tidak sekolah untuk mencegah terjadinya penyakit tersebut maupun memperlambat komplikasi. Begitu pula pada penyakit diabetes, kemungkinan dengan pendidikan yang tinggi maka cenderung mempunyai pola makan yang berlebihan. Hal ini erat kaitannya dengan gaya hidup perkotaan yang kurang sehat seperti kurang gerak, makanan tinggi gula dan garam

Prevalensi asma dan jantung, tinggi pada kelompok pekerjaan petani/nelayan/buruh. Prevalensi diabetes tinggi pada wiraswasta dan pegawai, demikian pula dengan prevalensi tumor. Prevalensi asma dan jantung lebih tinggi di desa daripada kota, sebaliknya diabetes dan tumor lebih tinggi di kota daripada di desa. Penyakit asma, jantung, diabetes dan tumor prevalensinya tidak banyak perbedaan di semua kuintil.

Tabel 3.5.1.5
Prevalensi Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemia, Hemofili) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007 (permil)

Kabupaten/kota	Jiwa	Buta Warna	Glau Koma	Sum Bing	Der-Matitis	Rhi Nitis	Tala semia	Hemo Fili
Halmahera Barat	0,9	0,9	0,0	0,0	17,3	5,2	0,0	0,9
Halmahera Tengah	0,0	6,7	16,7	0,0	116,3	63,3	0,0	0,0
Kepulauan Sula	0,6	3,2	1,3	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Halmahera Selatan	2,3	16,7	1,8	0,5	2,3	1,8	0,0	0,0
Halmahera Utara	0,4	0,4	2,2	0,4	110,7	21,9	0,0	0,4
Halmahera Timur	1,3	6,5	1,3	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0
Ternate	3,0	3,0	1,5	1,5	53,9	21,8	0,0	0,0
Tidore	2,2	3,2	1,1	1,11	18,4	4,3	1,1	1,1
Maluku Utara	1,5	5,4	1,9	0,7	39,5	11,4	0,3	0,4

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

Prevalensi gangguan jiwa berat di Provinsi Maluku Utara 1,5‰ (kisaran 0,0 – 3,0‰), tertinggi di kota Ternate. Prevalensi buta warna 5,4‰ (kisaran 0,4 -16,7‰), tertinggi di Halmahera Selatan. Prevalensi glaukoma 1,9‰, bibir sumbing 0,7‰, dermatitis 39,5‰ tertinggi di Halmahera Tengah dan Halmahera Utara, rhinitis 11,4‰ tertinggi di Halmahera Tengah, thalasemia 0,3‰ dan hemofili 0,4‰, Prevalensi penyakit keturunan ini sangat kecil di semua Kabupaten/kota.

Prevalensi rhinitis 0,9% (kisaran 0,0 – 6,3%), tertinggi di Halmahera Tengah, Hemofili seperti buta warna mempunyai prevalensi yang sama yaitu 0,5% (kisaran 0,0 – 1,3%), tertinggi di Kabupaten Halmahera Tengah,

Prevalensi dermatitis 3,9% (0,0 – 11,6%), tertinggi di Halmahera Tengah dan Halmahera Utara.

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 rumah tangga (ART) yang berusia ≥ 15 tahun. Ke-20 butir pertanyaan ini mempunyai pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Nilai batas pisah yang ditetapkan pada survei ini adalah 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 seluruh responden.

Tabel 3.5.2.1
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk 15 Tahun ke atas
(berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*) menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Gangguan mental emosional (%)
Halmahera Barat	14,9
Halmahera Tengah	14,6
Kepulauan Sula	11,9
Halmahera Selatan	10,3
Halmahera Utara	6,8
Halmahera Timur	6,5
Ternate	7,4
Tidore	2,8
Maluku Utara	8,9

* Nilai batas pisah (cut off point) ≥ 6

Dari Tabel 3.5.2.1 di atas terlihat prevalensi Gangguan Mental Emosional di provinsi Maluku Utara rata-rata sebesar 8,9%, sedangkan di tingkat kabupaten/kota prevalensi tertinggi di kabupaten Halmahera Barat (14,9%).

Tabel 3.5.2.2
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk 15 Tahun ke atas
(berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*) menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Gangguan mental emosional (%)
Umur (tahun)	
15-24	6,2
25-34	7,7
35-44	6,9
45-54	8,4
55-64	15,4
65-74	19,7
75+	32,4
Jenis kelamin	
Laki-laki	7,3
Perempuan	10,3
Pendidikan	
Tidak sekolah	20,3
Tidak tamat SD	14,2
Tamat SD	8,6
Tamat SMP	7,5
Tamat SMA	4,4
Tamat PT	6,1
Pekerjaan	
Tidak kerja	11,7
Sekolah	5,3
Ibu rt	10,0
Pegawai	6,6
Wiraswasta	6,0
Petani/nelayan/buruh	9,4
Lainnya	5,2
Tipe daerah	
Perkotaan	7,4
Perdesaan	9,4
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil-1	10,6
Kuintil-2	8,8
Kuintil-3	9,6
Kuintil-4	7,2
Kuintil-5	8,2

* Nilai batas pisah (cut off point) ≥ 6

Dari tabel di atas terlihat prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan penambahan umur. Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional antara lain perempuan, pendidikan rendah, tidak bekerja, dan tinggal di desa, Untuk tingkat pengeluaran perkapita rumah tangga prevalensinya hampir merata pada semua kuintil.

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

3.5.3 Penyakit Mata

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

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

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

Dalam Riskesdas 2007, 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
Sebaran Penduduk Usia 6 Tahun ke atas menurut *Low Vision* dan
Kebutaan (dengan atau tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Low vision *	Kebutaan**
Halmahera Barat	3,9	0,5
Halmahera Tengah	3,7	0,5
Kepulauan Sula	6,7	0,7
Halmahera Selatan	2,2	0,3
Halmahera Utara	3,1	0,7
Halmahera Timur	2,1	1,1
Ternate	3,8	1,1
Tidore	1,5	0,2
Maluku Utara	3,4	0,6

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

**) Kisaran visus $< 3/60$

Persentase *low vision* di Provinsi Maluku Utara rata-rata 3,4% berkisar antara 1,5% (kota Tidore) sampai 6,7% (kabupaten kepulauan Sula). Persentase kebutaan rata-rata di provinsi Maluku Utara sebesar 0,6% berkisar 0,2 (kota Tidore) sampai 1,1% (Halmahera Timur dan Ternate). Dibandingkan dengan Persentase *low vision* di tingkat Provinsi, 4 Kabupaten yang ada masih memiliki Persentase lebih tinggi, Persentase kebutaan tingkat provinsi sebesar 0,6%, lebih rendah dari Persentase tingkat nasional (0,9%) dan terdapat 7 kabupaten /kota kecuali kota Ternate dan kabupaten Halmahera Timur yang menunjukkan Persentase lebih tinggi dibanding Persentase tingkat Provinsi dan nasional.

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

Tabel 3.5.3.2 di bawah menunjukkan bahwa Persentase *low vision* makin meningkat sesuai pertambahan usia dan meningkat tajam pada kisaran usia 55 tahun keatas, sedangkan Persentase kebutaan meningkat tajam pada golongan usia 75 tahun keatas. Beberapa penelitian tentang *low vision* dan kebutaan di negara tetangga melaporkan bahwa katarak senilis (proses degeneratif) merupakan penyebab tersering yang ditemukan pada penduduk golongan umur 50 tahun keatas. Katarak adalah salah satu penyebab gangguan visus yang dapat dikoreksi dengan operasi, sehingga besar harapan bagi penderita *low vision* dan kebutaan akibat katarak untuk dapat melihat kembali pasca operasi dan koreksi, Perlu disusun kebijakan oleh pihak berwenang dalam upaya rehabilitasi *low vision* dan kebutaan akibat katarak, sehingga kebergantungan penderita dapat dihilangkan.

Dalam Tabel 3.5.3.2 tampak pula bahwa Persentase *low vision* dan kebutaan pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki, dan mungkin berkaitan dengan Persentase penduduk perempuan golongan usia 55 tahun keatas yang lebih besar dibanding laki-laki. Hal lain yang mungkin berkaitan dengan tingginya Persentase perempuan yang menderita *low vision* dan kebutaan adalah belum tercapainya persamaan hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di provinsi Maluku Utara.

Tabel 3.5.3.2
Sebaran Penduduk Umur 6 Tahun ke atas menurut *Low Vision* dan
Kebutaan (dengan atau tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan
Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	<i>Low vision</i> *	Kebutaan**
Kelompok umur (tahun)		
5 – 14	0,7	0,0
15 – 24	0,4	0,0
25 – 34	0,8	0,1
35 – 44	1,8	0,3
45 – 54	5,5	0,6
55 – 64	16,4	2,0
65 – 74	33,0	4,8
75+	27,8	24,7
Jenis kelamin		
Laki-laki	3,1	0,5
Perempuan	3,7	0,7
Lama pendidikan		
Tidak sekolah	13,8	6,2
Tidak tamat SD	5,1	1,1
Tamat SD	4,2	0,4
Tamat SMP	1,3	0,1
Tamat SMA	1,7	0,2
Tamat PT	1,9	0,3
Pekerjaan		
Tidak bekerja	7,9	2,7
Sekolah	0,5	0,1
Mengurus RT	5,0	0,3
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	1,4	0,0
Wiraswasta	3,3	0,4
Petani/ nelayan/ buruh	4,4	0,8
Lainnya	6,1	0,4
Tipe daerah		
Kota	3,2	0,9
Desa	3,4	0,5
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	3,4	0,6
Kuintil-2	3,0	0,7
Kuintil-3	3,5	0,9
Kuintil-4	3,5	0,4
Kuintil-5	3,7	0,6

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

**) Kisaran visus $< 3/60$

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

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

Tabel 3.5.3.3
Persentase Penduduk Usia 30 tahun ke atas dengan Katarak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskedas 2007

Kabupaten/kota	Diagnosis oleh nakes	Penglihatan berkabut & masalah dengan sinar (silau)	Diagnosis atau gejala
Halmahera Barat	1,6	22,5	23,8
Halmahera Tengah	1,7	18,5	19,8
Kepulauan Sula	1,3	25,0	25,9
Halmahera Selatan	0,6	15,5	16,0
Halmahera Utara	0,7	10,7	11,3
Halmahera Timur	1,0	26,0	27,1
Ternate	3,2	27,4	29,8
Tidore	0,6	8,5	9,1
Maluku Utara	1,4	18,8	20,0

Secara keseluruhan, Tabel 3.5.3.3 memperlihatkan bahwa 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 sekitar 1: 17 di tingkat Provinsi. Rasio ini lebih tinggi dibanding dengan rasio tingkat nasional. Fakta ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh nakes di hampir semua Kabupaten di wilayah Maluku Utara, kecuali di Kabupaten Halmahera Utara yang mempunyai rasio sekitar 1 : 5, yang dapat berarti bahwa Persentase katarak di Kabupaten ini memang rendah. Persentase diagnosis oleh nakes terendah ditemukan di Kabupaten Halmahera Selatan dan kota Tidore (0,6%) dan yang tertinggi adalah di Ternate (3,2%). Namun demikian, Persentase katarak yang didiagnosis di Provinsi Maluku Utara (1,4%) sedikit lebih rendah dibandingkan Persentase tingkat nasional (1,8%).

Khusus untuk Kabupaten yang ada di pulau Halmahera yang mencakup 5 Kabupaten Halmahera Barat, Halmahera Utara, Halmahera Tengah dan Halmahera Timur, tampak bahwa Persentase katarak yang didiagnosis nakes terbesar ditemukan di Halmahera Tengah. Adapun rasio Persentase katarak berdasarkan diagnosis atau gejala yang terendah adalah Halmahera Utara dan tertinggi kota Ternate.

Keadaan ini dapat berarti bahwa oleh karena satu dan lain hal, sehingga pemerintah daerah (Pemda) selayaknya memikirkan strategi khusus untuk dapat menjangkau penderita katarak secara aktif, terutama yang sudah mengalami gangguan penglihatan *low vision* dan kebutaan untuk menjalani rehabilitasi berupa operasi katarak yang prosedur penatalaksanaan dan pembiayaannya mungkin juga memerlukan dukungan penuh dari Pemda dan sektor terkait lainnya.

Tabel 3.5.3.4 di bawah menunjukkan bahwa Persentase diagnosis katarak oleh nakes meningkat sesuai pertambahan usia dan cenderung lebih besar pada perempuan (1,8%) dan sedikit lebih besar di daerah kota (2,5%). Seperti halnya *low vision* dan kebutaan, Persentase diagnosis katarak oleh nakes lebih besar pada penduduk dengan latar pendidikan 6 tahun atau kurang dan pada kelompok penduduk yang tidak bekerja. Hal

tersebut mungkin berkaitan dengan meningkatnya berbagai program penjarangan kasus katarak secara gratis dan massal yang dikelola oleh organisasi profesi (dokter ahli mata) bekerja sama dengan berbagai sarana pemerintah (pemanfaatan ASKESKIN), maupun swasta (rumah sakit, organisasi/yayasan sosial). Persentase diagnosis katarak oleh nakes yang masih sangat rendah mungkin juga berhubungan dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kesehatan matanya, meskipun mereka telah mengalami gejala gangguan penglihatan.

Tabel 3.5.3.4
Persentase Penduduk Usia 30 tahun ke atas dengan Katarak
menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Maluku Utara, Riskedas 2007

Karakteristik	D	DG
Kelompok umur (tahun)		
30 – 34	0,1	5,4
35 – 44	0,6	11,3
45 – 54	1,5	24,2
55 – 64	2,6	35,0
65 – 74	3,2	49,2
75+	8,9	55,0
Jenis kelamin		
Laki-laki	1,0	17,4
Perempuan	1,8	22,5
Lama pendidikan		
< 6 tahun	1,5	22,9
7 – 12 tahun	1,2	15,4
> 12 tahun	1,2	15,4
Pekerjaan		
Tidak kerja	4,4	38,3
Sekolah	2,5	21,1
Ibu rt	1,3	19,7
Pegawai	1,4	13,1
Wiraswasta	1,5	20,3
Petani/nelayan/buruh	,8	17,6
Lainnya	3,5	24,6
Tipe daerah		
Kota	2,5	23,7
Desa	1,0	18,7
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	,6	20,1
Kuintil-2	1,0	19,0
Kuintil-3	2,0	19,6
Kuintil-4	1,1	20,0
Kuintil-5	2,0	21,4

Besarnya Persentase penduduk yang bekerja di sektor informal juga dapat mengakibatkan persepsi negatif bahwa untuk bisa beraktivitas/bekerja sehari-hari, misalnya sebagai ibu rumah tangga, petani, atau nelayan, masyarakat tidak memerlukan tajam penglihatan yang maksimal. Persentase diagnosis katarak oleh nakes juga tersebar merata pada 5 kuintil yang dikelompokkan berdasarkan pengeluaran per kapita per bulan dalam rumah tangga, tetapi tampak bahwa prevalensi katarak tertinggi

berdasar diagnosa dan gejala ditemukan pada kuintil tertinggi (21,4%). Mengingat bahwa patogenesis katarak berkaitan dengan multifaktor, maka tingginya prevalensi pada kuintil 5 perlu diinvestigasi lebih lanjut, sehingga dapat diidentifikasi faktor yang menekan terjadinya katarak pada kuintil ini, Hal ini mungkin juga berkaitan dengan tingginya prevalensi di daerah perkotaan.

Besarnya Persentase penduduk yang mempunyai gejala utama katarak, tetapi belum didiagnosis oleh nakes 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 Usia 30 tahun ke atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak atau Mamakai Kacamata setelah Operasi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Risesdas 2007

Kabupaten/kota	Operasi katarak	Pakai kacamata pasca operasi
Halmahera Barat	12,5	0,0
Halmahera Tengah	50,0	100,0
Kepulauan Sula	0,0	0,0
Halmahera Selatan	20,0	100,0
Halmahera Utara	33,3	100,0
Halmahera Timur	25,0	100,0
Ternate	21,4	71,4
Tidore	25,0	100,0
Maluku Utara	20,6	76,9

Catatan : *) Responden yang pernah didiagnosis Katarak oleh nakes

Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi Maluku Utara adalah sebesar 20,3% dengan kisaran terendah adalah di kepulauan Sula (0,0%) dan tertinggi di kabupaten Halmahera Tengah (50,0%).

Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di tingkat Provinsi adalah cukup tinggi sebesar 78,6. 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 ke atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak atau Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Operasi katarak	Pakai kacamata pasca operasi
Kelompok umur (tahun)		
30 – 34		100,0
35 – 44	27,3	100,0
45 – 54	6,7	100,0
55 – 64	12,5	40,0
65 – 74	50,0	100,0
75+	30,0	100,0
Jenis kelamin		
Laki-laki	17,4	100,0
Perempuan	22,5	66,7
Lama pendidikan		
≤ 6 tahun	24,4	70,0
7-12 tahun	16,7	100,0
>12 tahun	0,0	0,0
Pekerjaan		
Tidak bekerja	14,3	0,0
Sekolah	100,0	100,0
Mengurus rt	20,0	66,7
Pegawai (negeri, swasta, polri)	33,3	100,0
Wiraswasta	16,7	100,0
Petani/ nelayan/ buruh	13,3	100,0
Lainnya	33,3	100,0
Tipe daerah		
Kota	17,2	66,7
Desa	22,5	66,7
Tingkat pendapatan per kapita		
Kuintil-1	20,0	100,0
Kuintil-2	25,0	100,0
Kuintil-3	35,3	66,7
Kuintil-4	10,0	100,0
Kuintil-5	14,3	66,7

Catatan : *) Responden yang pernah di diagnosis katarak oleh nakes

Persentase operasi katarak pada perempuan menurut tabel 3.5.3.6 di atas, cenderung lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki. Hal ini sesuai dengan Persentase diagnosis katarak oleh nakes pada perempuan lebih besar. Fakta ini memperlihatkan asumsi bahwa kesempatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (operasi katarak) tampaknya sama besar pada laki-laki dan perempuan, sehingga pada akhirnya tidak ada lagi kesenjangan tersebut.

Persentase operasi katarak lebih besar pada kelompok penduduk dengan usia antara 65 - 74 tahun, dan lebih besar di daerah pedesaan. Hal ini mungkin berkaitan dengan adanya pelayanan Askeskin sehingga banyak masyarakat pedesaan memanfaatkan pelayanan ini. Melihat tabel di atas bahwa Persentase operasi katarak lebih tinggi pada yang tingkat pendapatan menengah (kuintil-3) dan yang lebih rendah, kemungkinan karena banyak yang memanfaatkan pelayanan Askeskin terutama di wilayah pedesaan,

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 (satu) gigi; penduduk umur 18 tahun bebas gigi yang dicabut (komponen M=0); penduduk umur 35-44 tahun memiliki minimal 20 gigi berfungsi sebesar 90 %, dan penduduk umur 35-44 tanpa gigi (edentulous) ≤ 2 %; penduduk umur 65 tahun ke atas masih mempunyai gigi berfungsi sebesar 75 % dan penduduk tanpa gigi ≤ 5 %. (WHO, 1995)

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, dan jenis perawatan yang diterima dari tenaga medis gigi, dan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi. Sedangkan pertanyaan tentang perilaku pemeliharaan kesehatan/kebersihan gigi ditanyakan kepada masyarakat yang berumur 10 tahun ke atas.

Penilaian dan pemeriksaan status kesehatan gigi-mulut dilakukan oleh pengumpul data dengan latar belakang yang bervariasi. Pemeriksaan ini dilakukan pada kelompok umur 12 tahun keatas dengan cara observasi (hanya yang terlihat) menggunakan instrumen genggam (kaca mulut) dengan bantuan penerangan senter. Penilaian untuk kebutuhan perawatan penyakit periodontal *Community Periodontal Index Treatment Need (CPITN)* tidak dilakukan, karena untuk penilaian CPITN ini diperlukan alat (*hand instrument*) yang spesifik. Analisis untuk *dentally fit* tidak bisa dilakukan, karena pemeriksaan perlu menggunakan instrumen genggam lengkap.

Tabel 3.5.4.1
Prevalensi penduduk bermasalah gigi mulut, menurut karakteristik
Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Bermasalah gigi mulut	Menerima perawatan Dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
Umur			
< 1	1,2	0,0	0,0
1 - 4	6,4	13,2	0,1
5 - 9	15,1	11,2	0,1
10 - 14	17,9	13,2	0,0
15 - 24	21,3	15,8	0,0
25 - 34	30,6	19,1	0,1
35 - 44	33,6	15,3	0,2
45 - 54	33,5	16,1	1,1
55 - 64	37,5	12,2	4,4
65+	38,1	11,3	14,4
Jenis kelamin			
Laki-laki	23,8	15,3	1,0
Perempuan	24,1	14,9	0,9
Tipe desa			
Perkotaan	23,9	31,3	1,1
Perdesaan	24,0	9,8	0,9
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	19,5	7,5	0,7
Kuintil-2	23,5	11,9	0,8
Kuintil-3	24,2	13,7	1,0
Kuintil-4	26,4	16,8	0,9
Kuintil-5	25,0	24,0	1,3

Table 3.5.4.1 menunjukkan penduduk di Maluku Utara yang bermasalah dengan gigi dan mulut meningkat sejalan dengan peningkatan umur dan tertinggi pada kelompok umur 55 tahun keatas. Kelompok umur 25 - 34 tahun merupakan kelompok yang terbanyak menerima perawatan dari tenaga medis gigi, sedangkan penduduk umur 65 tahun keatas merupakan kelompok terbanyak kehilangan seluruh gigi asli.

Tabel 3.5.4.2
Prevalensi penduduk bermasalah gigi mulut menurut kabupaten/Kota
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Bermasalah gigi mulut	Menerima perawatan dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
Halmahera Barat	25,3	12,3	1,1
Halmahera Tengah	25,0	16,5	0,9
Kepulauan Sula	25,4	1,7	0,6
Halmahera Selatan	21,7	17,2	1,4
Halmahera Utara	28,1	6,9	0,5
Halmahera Timur	18,9	23,2	0,9
Ternate	23,4	33,7	1,1
Tidore	20,6	16,9	0,8
Maluku Utara	24,0	15,1	0,9

Catatan:

Yang termasuk Tenaga Medis Gigi: Perawat Gigi, Dokter Gigi, Atau Dokter Spesialis Kesehatan Gigi Dan Mulut

Sebesar 24% penduduk di Maluku Utara bermasalah gigi dan mulut, 15,1 % diantaranya menerima perawatan dari tenaga medis gigi. Penduduk yang kehilangan seluruh gigi asli mencapai 0,9% penduduk. Penduduk bermasalah gigi dan mulut terbanyak terdapat di Halmahera Utara (28,1%) dan terendah di Halmahera Timur (18,9%). Penduduk yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi terbanyak di Ternate (33,7%) dan terendah di Kepulauan Sula (1,7%).

Tabel 3.5.4.3
**Persentase Jenis Perawatan yang diterima Penduduk untuk Masalah Gigi-
mulut menurut karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara,
Riskedas 2007**

Karakteristik	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah gigi	Pemasangan Gigi palsu Lepasan atau Gigi palsu cekat	Konseling Perawatan/ Kebersihan gigi	Lain Nya
Umur					
< 1					
1 - 4	100,0	50,0	0,0	0,0	0
5 - 9	92,9	18,5	0,0	7,4	3
10 - 14	90,0	13,8	0,0	6,7	6
15 - 24	85,7	35,7	0,0	22,8	0
25 - 34	85,3	42,2	0,0	18,3	1
35 - 44	89,9	30,8	3,8	31,6	1
45 - 54	89,1	40,7	7,3	9,1	1
55 - 64	57,1	39,3	15,4	30,8	1
65+	64,7	29,4	5,9	5,9	1
Jenis kelamin					
Laki-laki	83,0	37,1	3,9	19,0	3
Perempuan	87,7	32,7	2,0	18,0	3
Tipe desa					
Perkotaan	87,3	39,2	1,9	20,8	2
Perdesaan	82,9	30,3	4,1	15,7	4
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil-1	84,4	18,8	3,0	12,5	3
Kuintil-2	88,7	37,7	3,2	14,5	1
Kuintil-3	83,6	39,7	0,0	15,1	2
Kuintil-4	93,9	34,3	4,1	12,1	1
Kuintil-5	79,0	34,6	3,6	28,5	5

Tabel 3.5.4.3 menunjukkan tingginya Persentase penduduk (9 diantara 10 penduduk) yang menerima pengobatan masalah gigi dan mulut khususnya pada usia muda sampai 54 tahun. Sebaliknya hanya sebagian kecil diantara mereka yang bermasalah gigi dan mulut, Pemasangan gigi palsu lepasan atau gigi palsu cekat mulai nampak pada umur 35-44 tahun sebesar 3,8%, dan meningkat pada umur 45-54 tahun sebesar 7,3% dan pada 55-64 tahun dan 65 tahun ke atas mencapai masing-masing 15,4% dan 5,9%. Konseling perawatan kebersihan gigi terbanyak pada kelompok umur 35 - 44 tahun (31,6%), lebih tinggi di perkotaan (20,8%) dan pada kuintil 5 (28,5%).

Tabel 3.5.4.4
Persentase Jenis Perawatan yang diterima Penduduk untuk Masalah
Gigi-mulut menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara,
Riskesmas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ pencabutan/ bedah gigi	Pemasangan protesa/ bridge	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lainnya
Halmahera Barat	88,9	22,2	11,1	8,3	8,6
Halmahera Tengah	92,3	15,4	0,0	15,4	0,0
Kepulauan Sula*	42,9	62,5	42,9	28,6	14,3
Halmahera Selatan	88,1	31,0	0,0	12,0	2,4
Halmahera Utara	73,8	28,6	2,5	39,0	2,5
Halmahera Timur	91,4	14,7	0,0	2,9	0,0
Ternate	88,2	43,1	1,2	21,7	3,1
Tidore	73,5	45,5	5,9	20,6	0,0
Maluku Utara	85,2	34,9	2,9	18,3	3,2

Kepulauan Sula* : sampel kecil (responden yg menerima perawatan dari tenaga medis gigi).

Di Provinsi Maluku Utara jenis perawatan gigi yang terbanyak berupa pengobatan (85,2%). Perawatan pengobatan gigi, terbanyak diterima oleh penduduk di Halmahera Tengah (92,3%), Halmahera Timur (91,4%), Halmahera Barat (88,9%), Ternate (86,2%) dan dan halmahera Selatan (88,1%). Penambalan/pencabutan/bedah gigi tertinggi di Tidore (45,5%) dan Ternate (43,1%). Pemasangan protesa/bridge, terbanyak diterima penduduk di Halmahera Barat (11,1%) dan Tidore (5,9%). Sedangkan konseling perawatan kebersihan gigi terbanyak dilakukan penduduk di Halmahera Utara (39%), Ternate (21,7%) dan Tidore (20,6%).

Tabel 3.5.4.5
Persentase Penduduk ≥ 10 Tahun yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi, menurut Karakteristik Responden di Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perilaku menggosok gigi	
	Menggosok gigi setiap hari	Berperilaku benar menggosok gigi
Umur		
10 – 14	84,4	6,5
15 – 24	93,7	11,7
25 – 34	88,8	10,3
35 – 44	86,6	9,0
45 – 54	79,7	5,9
55 – 64	65,7	5,9
65+	48,4	1,9
Jenis kelamin		
Laki-laki	83,3	7,5
Perempuan	84,5	9,4
Tipe desa		
Perkotaan	93,0	13,9
Perdesaan	80,8	6,6
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	79,0	5,0
Kuintil-2	82,2	7,0
Kuintil-3	83,7	7,4
Kuintil-4	86,5	10,4
Kuintil-5	87,7	12,2

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 menunjukkan Persentase penduduk 10 tahun ke atas yang menggosok gigi setiap hari cukup tinggi yaitu pada laki-laki 83,3% dan pada perempuan 84,5%; Di perkotaan 93% dan di Perdesaan 80,8%. Perilaku menggosok gigi setiap hari pada umur 10-54 tahun cukup tinggi yaitu di atas 80%, sedangkan pada usia lanjut mulai menurun yaitu 65,7% pada umur 55-64 tahun dan 48,4% pada umur 65 tahun ke atas.

Perilaku menggosok gigi setiap hari semakin meningkat sejalan dengan semakin baiknya status ekonomi dari 79,0% pada kuintil-1 dan 87,7% pada kuintil-5.

Walaupun penduduk yang menggosok gigi setiap hari cukup tinggi, namun yang berperilaku benar menggosok gigi masih sangat rendah yaitu pada laki-laki 7,5% dan pada perempuan 9,4%; Di perkotaan 13,9% dan di Perdesaan 6,6%. Perilaku benar menggosok gigi pada umur 10 tahun 6,5%, kemudian Persentase lebih tinggi pada umur yang lebih tinggi, dan pada usia 45-54 tahun menurun menjadi 5,9% dan hanya mencapai 1,9% pada umur 65 tahun ke atas.

Perilaku benar menggosok gigi meningkat sejalan dengan semakin baiknya status ekonomi dari 5,0% pada kuintil-1 dan 12,2% pada kuintil-5.

Tabel 3.5.4.6
Persentase Penduduk ≥ 10 Tahun yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan
Pada Waktu yang Tepat menurut Kabupaten/Kota di Maluku Utara,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perilaku menggosok gigi	
	Mengosok gigi setiap hari	Berperilaku benar menyikat gigi
Halmahera Barat	69,7	8,4
Halmahera Tengah	82,2	5,0
Kepulauan Sula	96,9	8,0
Halmahera Selatan	70,3	7,7
Halmahera Utara	85,1	2,5
Halmahera Timur	87,5	18,0
Ternate	94,8	12,0
Tidore	82,1	10,8
Maluku Utara	84,0	8,5

Catatan :

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

Kebiasaan menggosok gigi setiap hari di Maluku Utara sebanyak 84,0% namun yang berperilaku benar dalam menyikat gigi hanya 8,5%; perilaku benar dalam menggosok gigi terendah di Halmahera Utara (2,5%).

Tabel 3.5.4.7
Persentase Waktu Menyikat Gigi Pada Penduduk ≥ 10 Tahun yang
Menggosok Gigi Setiap Hari menurut Karakteristik di Maluku Utara,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Mengosok gigi setiap hari				
	Saat mandi pagi dan sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lainnya
Umur					
10 – 14	87,5	15,8	38,2	23,8	3,5
15 – 24	89,8	22,1	39,8	32,6	2,0
25 – 34	87,9	20,7	40,5	31,6	3,0
35 – 44	88,0	20,1	43,3	27,3	3,5
45 – 54	86,1	16,5	43,1	24,2	3,8
55 – 64	84,8	19,8	43,7	26,9	4,6
65+	80,9	9,9	34,3	21,1	4,9
Jenis kelamin					
laki-laki	87,7	18,8	40,4	26,2	2,9
perempuan	87,7	19,8	41,2	30,4	3,4
Klasifikasi desa					
perkotaan	94,4	23,7	36,9	46,4	2,4
perdesaan	85,0	17,5	42,4	21,2	3,5
Tingkat pengeluaran per kapita					
kuintil-1	87,6	13,6	35,0	19,2	2,6
kuintil-2	84,0	17,1	40,5	25,0	3,0
kuintil-3	87,7	19,8	38,8	28,0	2,9
kuintil-4	87,1	22,1	44,9	30,8	4,4
kuintil-5	90,9	22,8	42,7	37,1	3,0

Tabel 3.5.4.7 menunjukkan penduduk Maluku Utara (usia di atas 10 tahun) terbanyak melakukan sikat gigi setiap hari saat mandi pagi dan atau sore, tidak banyak perbedaan antara kelompok umur meskipun ada kecenderungan semakin tua semakin sedikit yang menggosok gigi saat mandi pagi atau sore. Tidak banyak perbedaan waktu menggosok gigi antara saat mandi pagi dan atau sore, sesudah makan pagi, sesudah bangun pagi dan sebelum tidur malam pada laki-laki dengan perempuan. Demikian juga penduduk yang tinggal di pedesaan dan perkotaan maupun kuintil status ekonomi tidak banyak perbedaan.

Tabel 3.5.4.8
Persentase Waktu Menyikat Gigi pada Penduduk ≥ 10 Tahun yang
Menggosok Gigi setiap hari menurut Kabupaten/Kota di
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Mengosok gigi setiap hari				
	Saat mandi pagi dan atau sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lainnya
Halmahera Barat	82,9	18,6	41,1	22,6	3,1
Halmahera Tengah	87,2	15,5	45,6	18,3	5,0
Kepulauan Sula	98,4	15,8	48,6	31,8	2,5
Halmahera Selatan	81,1	27,6	41,4	18,2	5,5
Halmahera Utara	85,1	5,8	36,2	17,9	1,8
Halmahera Timur	89,4	36,2	54,2	27,4	3,6
Ternate	96,1	19,5	31,4	47,0	2,6
Tidore	70,6	29,8	47,1	28,7	4,6
Maluku Utara	87,9	19,3	40,9	28,6	3,2

Di Maluku Utara 87,7% penduduk menggosok gigi setiap hari saat mandi pagi dan atau sore. Menggosok gigi setiap hari sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam hanya sebesar 19,3% dan 8,4%. Kebiasaan menggosok gigi sesudah bangun pagi meliputi 40,9%, dan kebiasaan menyikat gigi setiap hari di waktu lainnya cukup rendah (3,2%), biasanya dilakukan sebelum shalat dan sewaktu akan bepergian.

Tabel 3.5.4.9
Rata-rata Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rata-rata			Index DMF-T
	Gigi lubang (D-T)	Gigi hilang (M-T)	Gigi tumpat (F-T)	
Umur				
12	0,6	0,1	0,0	0,8
15	0,7	0,5	0,0	1,0
18	0,7	0,5	0,0	1,2
35 – 44	1,8	2,4	0,1	4,4
65 +	1,6	14,9	0,2	16,7
Jenis kelamin				
Laki-laki	1,5	3,2	0,1	4,9
Perempuan	1,5	2,8	0,0	4,3
Tipe desa				
Perkotaan	1,5	2,9	0,1	4,5
Perdesaan	1,5	3,0	0,0	4,6
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	1,4	2,7	0,0	4,1
Kuintil-2	1,5	2,9	0,0	4,3
Kuintil-3	1,5	3,1	0,1	4,8
Kuintil-4	1,5	2,9	0,1	4,6
Kuintil-5	1,6	3,4	0,1	5,1

Rata-rata gigi lubang dan gigi hilang terlihat meningkat seiring dengan meningkatnya umur, namun tidak banyak perbedaan berdasarkan jenis kelamin dan lokasi tempat tinggal serta status ekonomi.

Tabel 3.5.4.10
Rata-rata Komponen D, M, F Dan Index DMF-T menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rata-rata			Index DMF-T
	Gigi lubang (D-T)	Gigi hilang (M-T)	Gigi tumpat (F-T)	
Halmahera Barat	1,4	3,2	0,0	4,6
Halmahera Tengah	1,1	2,9	0,1	4,2
Kepulauan Sula	1,0	2,7	0,0	3,8
Halmahera Selatan	0,8	3,9	0,0	4,7
Halmahera Utara	1,3	2,4	0,1	3,8
Halmahera Timur	0,8	3,1	0,0	3,9
Ternate	1,3	3,1	0,1	4,6
Tidore	4,9	2,8	0,0	8,0
Maluku Utara	1,5	3,01	0,05	4,6

Catatan:

D-T : rata-rata jumlah gigi berlubang per orang

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

F-T : rata-rata jumlah gigi ditumpat

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

Rata-rata gigi lubang, gigi hilang dan gigi ditumpat penduduk Maluku Utara masing-masing adalah 1,5%, 3% dan 0,1%. Sedangkan index DMF-T atau rata-rata jumlah kerusakan gigi per orang (baik yg masih berupa decay, dicabut maupun ditumpat) sebanyak 4,6%. (Tabel 3.5.4.10)

Tabel 3.5.4.11
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Orang Tanpa karies	Orang dengan Karies aktif	Orang Tanpa pengalaman karies	Orang dengan Pengalaman karies
Umur				
12	75,9	24,1	72,6	27,4
15	70,1	29,9	67,3	32,7
18	70,7	29,3	58,1	41,9
35 – 44	48,4	51,6	25,2	74,8
65 +	64,3	35,7	6,4	93,6
Jenis Kelamin				
Laki-laki	56,8	43,2	34,5	65,5
Perempuan	56,1	43,9	34,9	65,1
Tipe Desa				
Perkotaan	52,3	47,7	33,4	66,6
Perdesaan	57,9	42,1	35,2	64,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	60,9	39,1	41,1	58,9
Kuintil-2	55,7	44,3	34,7	65,3
Kuintil-3	55,6	44,4	32,9	67,1
Kuintil-4	55,4	44,6	33,4	66,6
Kuintil-5	55,0	45,0	32,0	68,0

Catatan :

- Orang Tanpa karies : orang yang tidak memiliki karies/ lubang gigi atau komponen D=0
- Orang dengan karies aktif = orang yang memiliki D>0 atau karies yang belum tertangani
- Orang dengan pengalaman karies= orang yang memiliki memiliki DMFT >0
- Orang tanpa pengalaman karies= orang yang memiliki memiliki DMFT =0

Tabel 3.5.4.11 menunjukkan penduduk Maluku Utara yang bebas karies terbanyak pada kelompok umur 12 tahun. Prevalensi karies aktif lebih tinggi pada umur yang lebih tinggi; dari 24,1% pada umur 12 tahun menjadi 51,6% pada umur 35-44 tahun

Prevalensi karies berdasarkan jenis kelamin, lokasi tempat tinggal (pedesaan dan perkotaan) dan status ekonomi, tidak menunjukkan banyak perbedaan.

Penduduk dengan pengalaman karies, meningkat seiring meningkatnya umur, dan status ekonomi, namun tidak dijumpai banyak perbedaan bila dilihat berdasar jenis kelamin dan lokasi tempat tinggal.

Tabel 3.5.4.12
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Orang Tanpa karies	Orang dengan Karies aktif	Orang Tanpa pengalaman karies	Orang dengan Pengalaman karies
Halmahera Barat	57,1	42,9	35,2	64,8
Halmahera Tengah	59,0	41,0	36,1	63,9
Kepulauan Sula	58,9	41,1	37,4	62,6
Halmahera Selatan	70,2	29,8	39,7	60,3
Halmahera Utara	56,9	43,1	38,8	61,2
Halmahera Timur	64,0	36,0	36,5	63,5
Ternate	50,2	49,8	29,3	70,7
Tidore	31,6	68,4	21,5	78,5
Maluku Utara	56,4	43,6	34,7	65,3

Catatan :

- Orang Tanpa karies : orang yang tidak memiliki karies/ lubang gigi atau komponen D=0
- Orang dengan karies aktif = orang yang memiliki D>0 atau karies yang belum tertangani
- Orang tanpa pengalaman karies= orang yang memiliki memiliki DMFT =0
- Orang dengan pengalaman karies= orang yang memiliki memiliki DMFT >0

Tabel 3.5.4.12 menunjukkan prevalensi penduduk Maluku Utara yang mempunyai pengalaman karies (DMFT>0) yaitu mereka yang memiliki karies gigi, gigi ditumpat maupun gigi dicabut sebanyak 65,3%, sementara penduduk dengan karies aktif yang belum tertangani mencapai 43,6%, terbanyak di Tidore (68,4%).

Tabel 3.5.4.13
Required Treatment Index (RTI), Performance Treatment Index (PTI) dan
Missing Treatment Index (MTI) Penduduk ≥ 12 Tahun menurut Karakteristik
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	RTI = (D/DMF-T)x100%	PTI = (F/DMF-T)x100%	MTI = (M/DMF-T)x100%
Umur			
12	81.5	0	16.2
15	71.5	0.8	47.6
18	56.0	0	45.3
35 – 44	41.4	1.3	56.2
65 +	9.6	1.1	89.1
Jenis kelamin			
Laki-laki	31.4	1.4	66.2
Perempuan	34.0	0.9	64.6
Tipe desa			
Perkotaan	32.1	2.0	65.0
Perdesaan	32.9	0.9	65.5
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	34.9	0.4	64.3
Kuintil-2	33.9	0.3	66.0
Kuintil-3	31.7	1.2	65.7
Kuintil-4	32.8	2.4	64.0
Kuintil-5	31.3	1.2	66.1

Catatan :

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) 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) tertinggi pada umur 12 dan 15 tahun yaitu 81,5% dan 71,5%. Hal ini berarti pada usia muda tersebut banyak kerusakan gigi yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan. Tidak banyak dijumpai perbedaan RTI dan PTI bila dilihat berdasarkan jenis kelamin, lokasi tempat tinggal. Nampak kerusakan gigi yang belum ditangani lebih tinggi pada kuintil yang lebih rendah. MTI semakin meningkat seiring dengan meningkatnya usia, namun tidak ada atau tidak banyak perbedaan bila dilihat berdasar jenis kelamin, lokasi tempat tinggal dan kuintil status ekonomi.

Tabel 3.5.4.14
Required Treatment Index (RTI), Performance Treatment Index (PTI) dan
Missing Treatment Index (MTI) Penduduk ≥ 12 Tahun menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RTI = (D/DMF-T)x100%	PTI = (F/DMF-T)x100%	MTI = (M/DMF-T)x100%
Halmahera barat	30.9	0.1	69.6
Halmahera tengah	26.1	1.9	70.3
Kepulauan sula	27.2	1.2	70.4
Halmahera selatan	17.2	0.8	82.2
Halmahera utara	35.5	1.9	62.2
Halmahera timur	20.08	0.3	79.1
Ternate	28.9	2.5	68.5
Tidore	61.6	0.1	34.5
Maluku Utara	32.7	1.2	65.4

Catatan :

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

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.

Sebesar 32,7% penduduk 12 tahun ke atas mengalami kerusakan gigi yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan. Namun motivasi penduduk untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap sangat rendah (1,2%). Sebagian besar mencabut gigi yang mengalami kerusakan (65,4%). Penduduk Tidore tertinggi mengalami kerusakan gigi yang belum ditangani (61,6%), sementara motivasi penduduk untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap sangat rendah (0,1%). Sebagian besar mencabut gigi yang mengalami kerusakan (34,5%).

Tabel 3.5.4.15
Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi, Penduduk Edentulous
dan penduduk pemakai protesa menurut Karakteristik
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Fungsi normal gigi	Edentulous	Pemakai protesa
Umur			
12	100,0	0,0	0,0
15	99,5	0,0	0,0
18	99,4	0,0	0,0
35 – 44	97,0	0,2	3,8
65 +	49,6	14,3	5,9
Jenis kelamin			
Laki-laki	92,8	1,4	3,9
Perempuan	93,8	1,2	2,0
Klasifikasi Desa			
Perkotaan	93,1	1,4	1,9
Perdesaan	93,4	1,2	4,1
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	94,6	1,0	3,0
Kuintil-2	93,7	1,3	3,2
Kuintil-3	92,8	1,4	0,0
Kuintil-4	93,7	1,2	4,1
Kuintil-5	92,4	1,6	3,6

Catatan :

Fungsi normal gigi = penduduk dengan minimal 20 gigi berfungsi (jumlah gigi \geq 20)
 Edentulous= orang tanpa gigi
 Pemakai protesa = orang yang memakai protesa

Fungsi normal gigi terendah terdapat pada kelompok umur 65 tahun ke atas sedangkan kelompok umur yang lain tidak banyak. Fungsi normal gigi tidak banyak perbedaan pada laki-laki dan perempuan, di perkotaan maupun pedesaan serta kuintil status ekonomi. Prevalensi penduduk dengan edentulous (tanpa gigi) dan orang dengan protesa tertinggi terdapat pada kelompok umur 65 tahun ke atas dan lebih banyak pada laki-laki daripada perempuan dan tinggal di pedesaan. Prevalensi edentulous tertinggi pada kuintil 5.

Tabel 3.5.4.16
Presentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi, Penduduk Edentulous dan pemakai protesa menurut Karakteristik Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Fungsi normal gigi	Edentulous	Pemakai protesa
Halmahera Barat	93,4	1,5	11,1
Halmahera Tengah	90,7	1,5	0,0
Kepulauan Sula	94,4	0,7	42,9
Halmahera Selatan	90,7	2,3	0,0
Halmahera Utara	96,3	0,6	2,5
Halmahera Timur	92,1	1,1	0,0
Ternate	92,7	1,5	1,2
Tidore	93,6	1,1	5,9
Maluku Utara	94,2	1,3	1,6

Catatan :

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

Edentulous= orang tanpa gigi

Pemakai protesa = orang yang memakai protesa

Secara umum di Maluku Utara fungsi gigi normal masih cukup banyak (94,2%) dan yang memakai protesa (gigi palsu) hanya 1,6%.

3.6. Cedera dan Disabilitas

3.6.1 Cidera

3.6.1.1 Cedera Menurut Penyebab Cedera

Data cedera diperoleh berdasarkan wawancara kepada responden semua umur tentang riwayat cedera dalam 12 bulan terakhir. Cedera didefinisikan sebagai kecelakaan dan peristiwa yang sampai membuat kegiatan sehari-hari responden menjadi terganggu.

Tabel 3.6.1.1.1

Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Penyebab cedera															
	Cedera	Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Halmahera Barat	7,5	20,0	0,0	1,1	66,7	9,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	4,5
Halmahera Tengah	5,6	23,5	0,0	0,0	70,6	17,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kepulauan Sula	3,7	13,6	1,7	0,0	57,6	15,5	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	12,1
Halmahera Selatan	4,0	4,3	0,0	0,0	72,8	21,7	1,1	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Halmahera Utara	6,5	24,3	0,0	0,0	51,4	27,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,7
Halmahera Timur	4,3	38,2	2,9	0,0	33,3	32,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9
Ternate	2,3	34,0	0,0	0,0	53,2	10,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4
Tidore	1,9	15,0	0,0	0,0	40,0	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0
Maluku Utara	4,4	20,1	0,4	0,2	58,0	19,4	1,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	1,2	0,0	0,0	3,7

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

* Kolom penyebab cedera usaha bunuh diri dihilangkan karena tidak ada kasus

Tabel 3.6.1.1.1 memberikan gambaran Persentase penyebab cedera menurut kabupaten/kota. Urutan penyebab cedera terbanyak di provinsi Maluku Utara adalah jatuh (58,0%), diikuti kecelakaan transportasi darat (20,1%) dan terluka benda tajam atau tumpul (19,4%). Sedangkan Persentase penyebab cedera lainnya sangat bervariasi tetapi rata-rata kecil atau sedikit. Malah ada beberapa penyebab cedera yang tidak ada Persentasenya.

Persentase jatuh tertinggi ditemukan di kabupaten Halmahera Tengah (72,8%), sedangkan yang terendah di kabupaten Halmahera Selatan (33,3%). Terdapat 3 kabupaten/kota dengan Persentase karena cedera karena jatuh di atas angka nasional (58,0%).

Persentase cedera akibat kecelakaan transportasi di darat untuk tingkat nasional adalah 25,9%. Untuk provinsi Maluku Utara Persentase tertinggi terdapat di kabupaten Halmahera Selatan (38,2%), sedang yang terendah terdapat di kabupaten Halmahera Tengah (4,3%). Terdapat 2 kabupaten/kota di Maluku Utara dengan Persentase cedera karena kecelakaan transportasi di darat di atas angka nasional.

Persentase terluka karena benda tajam atau tumpul paling tinggi terdapat di kabupaten Halmahera Selatan (32,4%), melebihi angka Persentase Nasional yaitu 20,6%. Persentase terendah ditemukan di kabupaten Halmahera Tengah (9,0%). Terdapat 2 kabupaten/kota dengan Persentase terluka karena benda tajam atau tumpul di atas rerata nasional.

Penyebab cedera lain hampir merata di setiap provinsi. Penyebab cedera yang relatif menonjol adalah lainnya, menunjukkan angka Persentase tertinggi sekitar 3,8% terdapat di kabupaten Kepulauan Sula (12,1%).

Tabel 3.6.1.1.2
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Cedera	Penyebab cedera															
		Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka 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	0,0	2,2	0,0	0,0	76,6	14,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	2,2	0,0	0,0	2,1
1—4	4,0	7,5	0,6	0,6	69,4	19,4	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,3	0,0	0,0	2,5
5 – 14	5,4	44,3	0,0	0,0	45,0	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	1,3	0,0	0,0	3,8
15 – 24	4,7	33,8	0,0	0,0	36,5	25,3	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0
25 – 34	4,1	23,0	0,0	0,0	51,7	21,7	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	5,0
35 – 44	3,9	11,9	2,4	0,0	56,1	19,5	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4
45 – 54	4,1	22,7	0,0	0,0	59,1	22,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0
55 – 64	3,5	10,5	0,0	0,0	78,9	15,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3
65 – 74	6,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Karakteristik	Cedera	Penyebab cedera															
		Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka 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
75+	1,1	2,2	0,0	0,0	76,6	14,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	2,2	0,0	0,0	2,1
Jenis kelamin																	
Laki-laki	5,8	21,9	0,6	0,3	56,7	17,7	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	1,2	0,0	0,0	4,3
Perempuan	3,0	16,5	0,0	0,0	60,8	22,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	2,8
Pendidikan																	
Tidak sekolah	3,5	6,7	0,0	0,0	73,3	13,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	0,0	7,1
Tidak tamat SD	5,9	14,8	0,0	0,9	58,7	22,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,9	0,0	0,0	2,8
Tamat SD	4,3	16,1	0,0	0,0	58,8	20,3	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	3,4
Tamat SMP	3,4	29,4	0,0	0,0	54,9	18,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	9,8
Tamat SMA	3,9	49,2	1,7	0,0	33,9	13,3	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3
Tamat PT	4,7	55,6	0,0	0,0	22,2	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7
Pekerjaan																	
Tidak kerja	4,5	31,7	0,0	0,0	56,1	14,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4
Sekolah	5,8	18,6	0,0	1,0	66,0	12,4	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2,1	0,0	0,0	4,1
Ibu RT	2,3	23,7	0,0	0,0	50,0	23,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6

Karakteristik	Cedera	Penyebab cedera															
		Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka 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
Pegawai	3,3	58,8	5,9	0,0	22,2	17,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1
Wiraswasta	5,3	39,3	0,0	0,0	50,0	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4
Petani/nelayan/buruh	4,9	15,9	0,0	0,0	54,0	26,2	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	6,3
Lainnya	4,5	61,5	0,0	0,0	23,1	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tipe daerah																	
Perkotaan	3,1	30,7	0,0	1,1	52,3	10,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5
Perdesaan	4,8	17,7	0,5	0,0	59,4	21,3	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	1,4	0,0	0,0	3,8
Tingkat pengeluaran per kapita																	
Kuintil 1	3,9	8,0	0,0	0,0	55,2	27,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	5,7
Kuintil 2	4,6	10,6	1,0	0,0	58,7	26,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,9
Kuintil 3	4,1	17,4	0,0	0,0	65,2	14,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	5,4
Kuintil 4	4,2	23,7	0,0	0,0	55,7	16,5	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	4,1
Kuintil 5	4,9	36,9	0,9	0,9	54,1	12,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8

Tabel 3.6.1.1.2 menunjukkan bahwa untuk penyebab cedera karena jatuh Persentase lebih tinggi pada usia yang lebih muda, kemudian menurun pada usia produktif dan meningkat kembali pada usia lanjut. Persentase cedera akibat kecelakaan transportasi di darat mengelompok pada usia anak dan remaja (5 – 24 tahun) dan Persentase tertinggi (44,3%) terdapat pada kelompok umur 5-14 tahun.

Secara umum dari semua penyebab cedera dijumpai lebih banyak pada laki-laki. Persentase cedera karena kecelakaan transportasi di darat, jatuh lebih tinggi pada laki-laki, sedangkan penyebab cedera karena benda tajam atau tumpul terbanyak pada perempuan. Penyebab cedera lainnya merata pada laki-laki dan perempuan.

Menurut tingkat pendidikan, penyebab cedera karena kecelakaan transportasi di darat meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pendidikan, tertinggi pada kelompok tamat perguruan tinggi (55,6%) dan terendah pada yang tidak sekolah (6,7%). Sedangkan penyebab cedera karena jatuh berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan, yaitu semakin meningkat tingkat pendidikan, maka Persentase jatuh semakin menurun. Persentase cedera yang disebabkan oleh benda tajam atau tumpul, hampir merata pada semua tingkat pendidikan.

Berdasarkan jenis pekerjaan, penyebab cedera karena jatuh, tertinggi pada mereka yang masih sekolah (66,0%) dan terendah pada yang bekerja sebagai pegawai (22,2%). Persentase cedera yang disebabkan oleh kecelakaan transportasi di darat, tertinggi pada kelompok lainnya (61,5%), sedangkan yang terendah pada petani/nelayan/buruh (15,9%). Persentase cedera karena terluka benda tajam atau tumpul tertinggi pada petani (26,2%) dan terendah pada sekolah (12,4%).

Menurut tipe daerah, tidak terdapat perbedaan mencolok untuk prevalensi cedera antara perkotaan dan perdesaan. Namun, jika dilihat dari penyebab kecelakaan, maka didapatkan Persentase cedera karena kecelakaan transportasi di darat terbanyak pada daerah perkotaan sekitar 30,7%. Akan tetapi Persentase cedera karena jatuh (59,4%) dan terluka benda tajam dan tumpul (21,3%) ditemukan lebih tinggi di perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan, Persentase penyebab cedera umumnya hampir sama pada semua tingkat kuintil kecuali pada cedera karena kecelakaan transportasi di darat. Makin tinggi tingkat kuintil makin tinggi pula Persentase penyebab cederanya.

3.6.1.2 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 3.6.1.2.1
Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Bagian tubuh terkena cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, atas lengan	Siku, bawah lengan	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Halmahera Barat	15,7	4,5	10,1	9,0	9,0	14,4	13,5	3,4	19,1	38,9
Halmahera Tengah	11,8	5,9	5,9	11,8	5,9	5,9	23,5	11,8	23,5	35,3
Kepulauan Sula	11,9	0,0	8,5	8,5	3,4	3,4	11,9	10,3	19,0	20,3
Halmahera Selatan	9,8	0,0	1,1	7,6	4,3	11,0	23,9	10,9	32,6	16,3
Halmahera Utara	8,1	0,0	5,4	6,8	1,4	21,6	27,0	2,7	20,3	19,6
Halmahera Timur	8,8	0,0	8,8	8,8	6,1	12,1	24,2	6,1	9,1	38,2
Ternate	20,8	0,0	6,4	0,0	10,6	27,1	20,8	10,6	27,1	27,1
Tidore	25,0	0,0	5,0	0,0	5,0	15,0	20,0	0,0	10,0	21,1
Maluku Utara	12,1	0,8	5,9	6,9	5,1	15,5	21,0	6,3	21,8	25,0

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

Tabel 3.6.1.2.1 menunjukkan bahwa Persentase tertinggi bagian tubuh yang terkena cedera berdasarkan kabupaten di propinsi Maluku Utara adalah bagian tumit dan kaki (25,0%), sedangkan yang terendah adalah anggota tubuh bagian leher (0,8%). Persentase bagian tubuh yang terkena cedera paling besar terdapat di kabupaten Halbar (38,9%) yaitu di bagian tumit dan kaki. Angka ini Persentasenya lebih besar dibanding angka propinsi (25,0%). Persentase yang terkecil terdapat di kabupaten Halsel (1,1%) yaitu bagian tubuh dada.

Tabel 3.6.1.2.2
Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Karakteristik
Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Bagian tubuh terkena cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tannan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai	Bagian tumit dan kaki
Kelompok umur (tahun)										
< 1										
1—4	21,3	2,1	14,9	10,6	2,2	4,3	14,9	0,0	21,3	8,7
5 – 14	8,2	0,6	3,8	5,0	3,1	18,2	25,2	1,3	28,3	23,8
15 – 24	8,9	0,0	5,0	6,3	2,5	24,1	20,3	10,1	26,6	20,3
25 – 34	16,2	0,0	2,7	2,7	1,3	14,7	21,3	8,1	21,3	33,3
35 – 44	9,8	3,3	11,5	10,0	11,7	15,0	23,0	6,6	16,7	32,8
45 – 54	16,7	2,4	4,8	7,1	14,3	9,8	14,3	9,8	9,5	14,6
55 – 64	18,2	4,5	13,6	9,1	4,5	4,5	22,7	9,1	14,3	36,4
65 – 74	10,5	0,0	0,0	15,8	5,3	10,5	10,5	26,3	5,3	31,6
75+	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Jenis kelamin										
Laki-laki	9,9	1,1	7,3	8,8	7,0	15,9	17,6	5,5	23,9	26,1
Perempuan	15,8	0,7	3,4	2,7	2,0	14,4	27,4	8,2	17,8	21,9
Pendidikan										
Tidak sekolah	26,7	6,7	13,3	6,7	0,0	0,0	20,0	6,7	7,1	26,7
Tidak tamat SD	7,3	0,0	5,5	11,1	5,5	14,0	23,1	10,1	21,3	26,9
Tamat SD	10,1	1,7	6,7	5,9	9,2	16,8	26,1	8,5	17,6	19,3
Tamat SMP	9,8	0,0	3,9	5,9	3,9	13,7	15,7	12,0	26,0	33,3
Tamat SMA	15,0	1,7	3,3	5,1	3,3	26,7	20,0	3,3	25,0	26,7
Tamat PT	22,2	0,0	0,0	5,6	16,7	16,7	5,6	0,0	22,2	50,0
Pekerjaan										
Tidak kerja	12,2	0,0	7,3	12,2	2,4	36,6	19,5	12,2	22,0	22,0
Sekolah	8,2	1,0	4,1	6,2	5,2	20,8	25,0	4,2	26,8	17,5
Ibu RT	10,5	0,0	0,0	0,0	5,1	15,8	28,9	7,9	15,8	31,6
Pegawai	17,6	0,0	0,0	0,0	17,6	11,8	11,1	0,0	35,3	50,0
wiraswasta	14,3	0,0	3,4	3,6	3,4	14,3	21,4	0,0	31,0	37,9
Petani/nelayan/buruh	13,5	2,4	7,9	11,1	9,5	8,7	19,8	13,4	14,3	27,0
Lainnya	14,3	0,0	14,3	7,7	0,0	15,4	7,1	0,0	21,4	21,4
Tipe daerah										
Perkotaan	14,6	0,0	6,8	1,1	7,9	25,8	21,3	5,6	31,5	19,1
Perdesaan	11,5	1,0	5,8	7,9	4,6	13,2	20,9	6,5	20,0	26,0
Tingkat pengeluaran per kapita										
Kuintil 1	12,6	1,1	4,6	4,6	11,5	20,7	23,0	6,8	13,8	21,8
Kuintil 2	6,7	0,0	1,9	5,8	1,0	13,6	31,7	1,9	29,8	26,9
Kuintil 3	8,7	2,2	9,8	9,8	5,4	15,2	18,5	10,9	16,3	22,8
Kuintil 4	15,5	1,0	8,2	6,2	4,1	13,5	14,6	9,4	26,0	26,8
Kuintil 5	15,3	0,9	6,3	8,1	5,4	14,4	15,5	2,7	22,7	25,2

Tabel 3.6.1.2.2 menggambarkan bahwa cedera menurut bagian tubuh yang terkena cedera hampir merata pada semua kelompok umur. Menurut bagian tubuh yang terkena cedera, Persentase responden yang mengalami cedera di kepala, dada, bahu, siku, lutut/tungkai bawah, tumit dan kaki lebih banyak ditemukan pada laki-laki.

Berdasarkan tingkat pendidikan, Persentase cedera tumit dan kaki merupakan yang tertinggi (50,0%) dan ditemukan pada tingkat pendidikan tamat PT. Untuk cedera pada bagian tubuh lain Persentasenya hampir merata untuk setiap tingkat pendidikan.

Persentase cedera di kepala tertinggi dialami oleh kelompok wiraswasta dan kelompok tidak bekerja, masing-masing sebesar 12,9%. Untuk semua kelompok pekerjaan, secara umum bagian tubuh yang paling sering cedera adalah anggota gerak.

Ditinjau dari tipe daerah, Persentase cedera menurut bagian tubuh yang terkena lebih banyak dijumpai di perkotaan. Pada bagian lutut dan tungkai bawah (31,5%) lebih banyak dijumpai di perkotaan, sedangkan tumit dan kaki (26,0%) lebih banyak dijumpai di pedesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, Persentase bagian tubuh yang mengalami cedera tersebar merata, tidak menunjukkan pola yang khusus.

3.6.1.3 Cedera Menurut Jenis Cedera

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

Tabel 3.6.1.3.1
Prersentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak tarnitus	keracunan	Lainnya
Halmahera Barat	27,0	53,4	16,9	1,1	14,6	14,8	1,1	0,0	5,7
Halmahera Tengah	17,6	58,8	17,6	0,0	23,5	5,9	0,0	0,0	0,0
Kepulauan Sula	39,0	20,7	17,2	1,7	11,9	8,8	5,3	0,0	3,5
Halmahera Selatan	30,4	31,9	23,9	1,1	13,0	6,5	0,0	0,0	0,0
Halmahera Utara	30,6	42,9	25,9	4,1	12,9	4,8	0,0	0,7	0,0
Halmahera Timur	15,2	44,1	30,3	0,0	14,7	12,1	0,0	0,0	2,9
Ternate	51,1	43,8	19,1	0,0	23,4	10,4	0,0	0,0	4,2
Tidore	30,0	26,3	35,0	0,0	15,0	20,0	0,0	0,0	10,5
Maluku Utara	35,9	40,2	22,7	2,0	14,7	9,0	0,8	0,2	2,4

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

Berdasarkan Tabel 3.6.1.3.1 diperlihatkan bahwa Persentase jenis cedera tertinggi di propinsi Maluku Utara adalah luka lecet (40,2%) dan terendah jenis cedera keracunan (0,2%). Kabupaten/kota yang Persentase cederanya tertinggi di kota ternate (51,1%) dengan jenis cedera benturan. Tidak ada perbedaan Persentase yang menonjol di masing-masing jenis cedera pada semua kabupaten/kota di provinsi maluku utara

Tabel 3.6.1.3.2
Persentase Jenis Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi
Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Kelompok umur (tahun)									
< 1									
1—4	37,0	36,2	15,2	4,3	8,7	4,3	0,0	0,0	0,0
5 – 14	28,3	49,1	18,8	2,5	11,3	4,4	0,0	0,0	3,2
15 – 24	36,7	51,9	22,8	2,5	13,9	5,1	2,5	2,5	0,0
25 – 34	39,2	40,0	29,3	0,0	17,3	10,7	0,0	0,0	2,7
35 – 44	27,9	34,4	29,5	1,7	14,8	16,4	1,7	1,7	3,4
45 – 54	31,7	19,5	32,5	0,0	14,3	10,0	0,0	0,0	2,4
55 – 64	22,7	18,2	18,2	4,5	27,3	23,8	0,0	0,0	0,0
65 – 74	10,5	21,1	10,5	0,0	42,1	20,0	5,3	5,3	5,3
75+	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Jenis kelamin									
Laki-laki	32,0	41,7	22,0	2,5	14,3	9,2	0,9	0,3	2,2
Perempuan	30,1	37,1	24,4	1,1	15,4	8,5	0,6	0,0	2,3
Pendidikan									
Tidak sekolah	26,7	33,3	20,0	14,3	13,3	26,7	0,0	0,0	0,0
Tidak tamat SD	26,6	38,9	22,0	0,9	14,7	9,2	0,9	0,0	2,8
Tamat SD	24,8	34,5	24,8	1,7	16,9	8,6	1,7	0,0	2,6
Tamat SMP	31,4	39,2	24,0	2,0	19,6	11,8	0,0	0,0	5,9
Tamat SMA	40,0	48,3	27,1	0,0	16,7	11,7	1,7	0,0	1,7
Tamat PT	55,6	50,0	16,7	0,0	27,8	5,6	0,0	0,0	0,0
Pekerjaan									
Tidak kerja	29,3	41,0	19,5	0,0	34,1	7,3	2,4	0,0	0,0
Sekolah	32,0	51,5	16,5	4,1	12,4	3,1	1,0	0,0	4,1
Ibu RT	28,2	18,4	28,9	0,0	20,5	21,1	0,0	0,0	2,6
Pegawai	64,7	47,1	35,3	0,0	27,8	11,8	0,0	0,0	0,0
wiraswasta	44,8	50,0	25,0	0,0	21,4	10,3	0,0	0,0	3,4
Petani/nelayan/buruh	24,2	31,5	29,6	0,8	13,4	12,9	1,6	0,0	3,3
Lainnya	38,5	50,0	0,0	0,0	7,7	14,3	0,0	0,0	0,0
Tipe daerah									
Perkotaan	40,9	49,4	22,5	0,0	22,5	6,7	0,0	0,0	2,3
Perdesaan	29,2	38,3	22,7	2,4	13,0	9,4	1,0	0,2	2,2
Tingkat pengeluaran per kapita									
Kuintil 1	13,8	49,4	29,5	2,4	8,0	6,9	0,0	0,0	2,3
Kuintil 2	33,7	42,3	28,8	1,0	18,1	5,8	1,0	0,0	1,9
Kuintil 3	32,6	29,3	14,1	1,1	18,5	13,0	1,1	1,1	3,3
Kuintil 4	35,8	35,1	27,4	4,2	13,5	11,7	2,1	0,0	3,2
Kuintil 5	40,0	42,3	14,4	0,9	15,5	8,2	0,0	0,0	1,8

Menurut tabel 3.6.1.3.2 tidak ada perbedaan Persentase yang mencolok pada tingkat kelompok umur. Demikian juga menurut jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Menurut tipe daerah Persentase jenis cedera lebih banyak terdapat di daerah perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, Persentase jenis cedera tersebar merata, tidak menunjukkan pola yang khusus

3.6.2 Status Disabilitas/Ketidakkampuan

Status disabilitas dikumpulkan dari kelompok penduduk umur 15 tahun ke atas berdasarkan pertanyaan yang dikembangkan oleh WHO dalam *International*

Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Tujuan pengukuran ini adalah untuk mendapatkan informasi mengenai kesulitan/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 atau 5 untuk kedua puluh pertanyaan termaksud.

Tabel 3.6.2.1
Persentase Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas
Dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial di Provinsi Maluku Utara,
Riskesdas 2007

Status Disabilitas	Sangat baik
Melihat jarak jauh (20 m)	7.4
Melihat jarak dekat (30 cm)	6.7
Mendengar suara normal dalam ruangan	3.7
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	3.4
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	5.6
Nafas pendek setelah latihan ringan	6.2
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	3.4
Mengalami gangguan tidur	5.3
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	3.7
Kesulitan berdiri selama 30 menit	5.3
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	7.5
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	5.0
Membersihkan seluruh tubuh	2.5
Mengenakan pakaian	2.1
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	3.3
Paham pembicaraan orang lain	3.1
Bergaul dengan orang asing	3.6
Memelihara persahabatan	3.1
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	3.4
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	4.2

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

Berdasarkan tabel 3.6.2.1 tentang status stabilitas penduduk Maluku Utara yang berumur 15 tahun ke atas tampak bahwa persentase bermasalah yang agak menonjol dalam hal masalah kesulitan berjalan jauh (1km), mengerjakan pekerjaan sehari-hari, melihat jarak jauh (20 m), napas pendek setelah latihan ringan, berperan di kegiatan masyarakat dan melihat jarak dekat (30 cm). Sedangkan dalam hal

mengalami gangguan tidur, masalah kesehatan mempengaruhi emosi dan memelihara persahabatan merupakan permasalahan yang kecil.

Dalam menilai status disabilitas kriteria “Bermasalah” dirinci menjadi “Bermasalah” dan “Sangat bermasalah”. Kriteria “Sangat bermasalah” apabila responden menjawab ya untuk salah satu dari tiga pertanyaan tambahan. Di DKI Jakarta rata-rata status disabilitas dengan kriteria “Sangat bermasalah” adalah sebesar 2,6% dan “Bermasalah” 24,0%.

Tabel 3.107 menunjukkan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat di Kabupaten Halmahera Tengah (6,3%), sedangkan Kepulauan Tidore dengan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” terendah (1,1%). Prevalensi disabilitas “Bermasalah” tertinggi ditemukan di Halmahera Timur (31,5%), sedangkan prevalensi disabilitas “Bermasalah” terendah adalah Ternate (8,5%).

Tabel 3.6.2.2
Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke atas
Menurut Status dan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara,
Riskesmas 2007

Kabupaten	Sangat masalah	Masalah
Halmahera Barat	2.4	22.9
Halmahera Tengah	6.2	29.5
Kep. Sula	1.6	14.8
Halmahera Selatan	3.1	22.2
Halmahera Utara	2.2	12.1
Halmahera Timur	2.2	31.6
Ternate	2.3	8.5
Kep. Tidore	1.1	8.6
Maluku Utara	2.3	16.2

Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa prevalensi disabilitas menunjukkan variabilitas menurut karakteristik responden. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” semakin meningkat dengan bertambahnya umur terutama pada umur usia lanjut. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” pada perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi disabilitas pada laki-laki. Menurut tingkat pendidikan penduduk prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” menonjol pada penduduk yang tidak sekolah. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat pada responden yang tidak bekerja, sedangkan yang terendah pada responden yang sekolah. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tidak tampak kecenderungan menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan (Tabel 3.6.2.3).

Tabel 3.6.2.3
Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke atas Menurut Status dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sangat masalah	Masalah	Tidak masalah
Golongan umur :			
15-24 tahun	0,7	8,0	91,3
25-34 tahun	1,0	9,3	89,7
35-44 tahun	0,9	12,0	87,1
45-54 tahun	1,4	23,1	75,5
55-64 tahun	4,2	38,2	57,6
65-74 tahun	10,6	48,2	41,2
>75 tahun	40,2	41,1	18,8
Jenis kelamin :			
Laki-laki	1,8	15,0	83,2
Perempuan	2,7	17,2	80,0
Pendidikan :			
Tidak sekolah	11,2	36,6	52,1
Tidak tamat SD	2,9	25,9	71,2
Tamat SD	2,5	17,8	79,8
Tamat SMP	0,8	10,8	88,3
Tamat SMA	0,8	7,5	91,7
Tamat PT	1,5	11,9	86,6
Pekerjaan :			
Tidak bekerja	7,1	20,5	72,4
Sekolah	0,8	7,0	92,2
Mengurus RT	1,7	18,5	79,8
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	1,0	8,5	90,5
Wiraswasta	1,3	10,1	88,7
Petani/Nelayan/Buruh	1,9	19,0	79,1
Lainnya	2,1	11,7	86,3
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil 1	2,0	16,0	82,0
Kuintil 2	1,8	14,1	84,1
Kuintil 3	2,8	14,6	82,6
Kuintil 4	2,2	17,3	80,5
Kuintil 5	2,4	18,1	79,4

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

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

No	Kabupaten /Kota	Perokok saat ini		Tidak merokok	
		Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
1	Halmahera Barat	25,8	3,6	4,4	66,2
2	Halmahera Tengah	27,5	4,3	2,4	65,9
3	Kepulauan Sula	22,6	5,3	0,5	71,6
4	Halmahera Selatan	25,9	4,9	1,1	68,1
5	Halmahera Utara	18,7	10,2	1,6	69,5
6	Halmahera Timur	29,2	6,2	0,5	64,1
7	Ternate	24,2	6,3	4,6	64,8
8	Tidore	25,8	5,6	2,6	66,0
	Maluku Utara	23,9	6,3	2,3	67,5

Tabel 3.7.1.1 menunjukkan Persentase penduduk Maluku Utara umur lebih dari 10 tahun yang merokok tiap hari sebesar 23,9%. Persentase yang paling rendah dibandingkan dengan kabupaten lainnya adalah di Halmahera Utara sebesar 18,7%.

Tabel 3.7.1.2
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Umur				
10-14 tahun	0,3	1,4	0,2	98,1
15-24 tahun	15,9	7,6	0,8	75,7
25-34 tahun	29,6	6,7	0,8	63,0
35-44 tahun	32,4	6,7	1,8	59,1
45-54 tahun	36,7	7,1	3,9	52,3
55-64 tahun	34,3	7,8	6,8	51,1
65-74 tahun	30,2	12,0	10,4	47,4
75+ tahun	17,3	3,6	18,2	60,9
Jenis kelamin				
Laki	46,7	10,8	4,0	38,6
Perempuan	2,4	2,1	0,7	94,7
Pendidikan				
Tidak sekolah	21,0	7,4	5,0	66,6
Tidak tamat SD	19,2	5,5	1,8	73,4
Tamat SD	23,2	4,8	1,8	70,3
Tamat SMP	23,1	7,3	2,1	67,5
Tamat SMA	31,4	8,9	2,5	57,1
Tamat SMA +	27,2	5,2	5,5	62,0
Tipe daerah				
Perkotaan	22,6	6,6	3,9	66,9
Perdesaan	24,3	6,2	1,7	67,7
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	21,9	5,8	2,1	70,3
Kuintil-2	24,8	5,8	2,3	67,2
Kuintil-3	24,8	6,3	2,7	66,2
Kuintil-4	24,1	6,3	2,1	67,5
Kuintil-5	23,9	7,1	2,4	66,5

Tabel 3.7.1.2 menggambarkan perilaku merokok penduduk umur 10 tahun ke atas menurut karakteristik responden. Persentase tinggi pada kelompok umur 35-64 tahun dengan rata-rata Persentase 34,5%. Pada laki-laki (46,7%) hampir 20 kali lebih tinggi dari pada perempuan (2,4%). Menurut pendidikan, Persentase tertinggi pada penduduk tamat SMA (31,4%). Pada tingkat pengeluaran perkapita per bulan merata pada semua kuintil.

Pada perokok kadang-kadang, Persentase tinggi mulai pada kelompok umur 65 – 74 tahun (12%), pada laki-laki (10,8%) 5 kali lebih banyak dibandingkan perempuan (2,1%). Sedangkan mantan perokok Persentase tertinggi pada kelompok umur diatas 75 tahun.

Tabel 3.7.1.3
Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di
Propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No.	Kabupaten/Kota	Perokok saat ini	
		%	Rerata Jumlah Batang Rokok /Hari
1	Halmahera Barat	29,4	10,73
2	Halmahera Tengah	31,8	9,15
3	Kepulauan Sula	27,9	13,70
4	Halmahera Selatan	30,8	8,74
5	Halmahera Utara	28,9	8,86
6	Halmahera Timur	35,4	14,29
7	Ternate	30,5	9,94
8	Tidore	31,4	9,91
Maluku Utara		30,2	10,4

Tabel 3.7.1.3 menunjukkan perilaku merokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap menurut kabupaten. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi perokok saat ini paling tinggi di Halmahera Timur (35,4%) dengan rerata jumlah batang rokok per hari adalah 14 batang per hari. Kabupaten yang prevalensinya di bawah angka propinsi adalah Halmahera Barat (29,4%), Kepulauan Sula (27,9%) dan Halmahera Utara (28,9%). Rerata jumlah batang rokok yang dihisap 10,4 batang perhari.

Tabel 3.7.1.4
Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden
di Maluku Utara , Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok saat ini	
	%	Rerata jumlah batang rokok yang dihisap
Kelompok umur (tahun)		
10-14	1,7	9,38
15-24	23,4	8,85
25-34	36,2	10,63
35-44	39,1	10,90
45-54	43,8	10,68
55-64	42,1	9,72
65-74	42,2	11,06
75+	20,9	13,19
Jenis kelamin		
Laki	57,4	10,5
Perempuan	4,6	8,17
Pendidikan		
Tidak sekolah	28,5	9,53
Tidak tamat SD	24,7	10,45
Tamat SD	28,0	10,00
Tamat SMP	30,4	10,21
Tamat SMA	40,3	10,58
Tamat SMA +	32,5	12,84
Tipe daerah		
Perkotaan	29,2	9,94
Perdesaan	30,6	10,51
Tingkat pengeluaran perkapita per bulan		
Kuintil-1	27,6	8,95
Kuintil-2	30,6	9,44
Kuintil-3	31,1	10,86
Kuintil-4	30,4	10,71
Kuintil-5	31,1	11,69

Tabel 3.7.1.4 menggambarkan prevalensi perokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap per hari menurut karakteristik responden. Perokok saat ini adalah penduduk yang merokok setiap hari dan perokok kadang-kadang. Menurut kelompok umur, rerata jumlah batang rokok yang dihisap setiap hari terbanyak pada umur 65 tahun keatas yaitu antara 11 – 13 batang. Pada umumnya mereka berada pada status ekonomi kuintil 2 sampai 5. Prevalensi perokok saat ini pada laki-laki (57,4%) lebih tinggi dibandingkan perempuan (4,6%). Prevalensi perokok saat ini lebih tinggi pada penduduk tamat SMA, di daerah perkotaan sama banyak dengan di perdesaan.

Tabel 3.7.1.5
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang merokok menurut
Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara,
Riskedas 2007

No	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	
1	Halmahera Barat	1,3	3,8	47,7	13,5	3,4	1,3	29,1
2	Halmahera Tengah	1,7	10,2	44,1	27,1	3,4	3,4	10,2
3	Kepulauan Sula	2,9	9,4	36,1	22,1	4,1	2,0	23,4
4	Halmahera Selatan	1,5	7,3	34,5	17,1	7,3	6,1	26,2
5	Halmahera Utara	0,9	4,7	28,5	14,4	3,4	2,2	45,8
6	Halmahera Timur	1,8	4,1	31,8	26,5	7,6	5,3	22,9
7	Ternate	1,3	7,9	34,9	16,7	5,6	3,3	30,3
8	Tidore	0,5	3,3	36,3	23,1	4,9	4,4	27,5
	Maluku Utara	1,4	6,4	35,6	18,4	5,2	3,5	29,5

Tabel 3.7.1.5 menunjukkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari. Usia mulai merokok tiap hari tertinggi mulai usia 15 – 19 tahun (35,6%) hampir merata di seluruh kabupaten di Maluku Utara.

Tabel 3.7.1.6
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden,
di Provinsi Maluku 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	
Umur							
10-14 tahun	37,5	18,8	0,0	0,0	0,0	0,0	43,8
15-24 tahun	0,7	11,1	59,8	7,4	0,0	0,0	21,0
25-34 tahun	1,1	8,0	41,5	18,1	6,1	0,6	24,6
35-44 tahun	1,0	4,6	31,3	23,5	7,2	3,6	28,9
45-54 tahun	1,4	4,4	27,5	20,2	3,3	5,7	37,6
55-64 tahun	1,5	2,9	23,4	21,0	7,3	11,7	32,2
65-74 tahun	0,0	5,4	22,8	18,5	7,6	6,5	39,1
75+ tahun	0,0	15,0	15,0	0,0	10,0	5,0	55,0
Jenis kelamin							
Laki	1,2	6,7	36,9	19,0	5,1	2,9	28,2
Perempuan	5,1	0,9	14,5	8,5	6,8	13,7	50,4
Pendidikan							
Tidak sekolah	4,6	4,6	27,6	13,8	3,4	11,5	34,5
Tidak tamat sd	1,4	6,7	33,4	16,6	4,2	3,9	33,7
Tamat sd	1,4	6,9	33,9	16,8	6,9	3,8	30,4
Tamat smp	1,2	7,7	36,9	18,6	4,4	2,1	29,2
Tamat sma	1,2	5,4	40,5	21,6	4,2	2,7	24,3
Tamat sma +	0,0	3,8	33,0	23,6	7,5	3,8	28,3
Tipe daerah							
Perkotaan	1,6	10,4	36,7	14,7	4,5	3,3	28,9
Perdesaan	1,3	5,1	35,2	19,6	5,5	3,7	29,6
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	1,8	4,4	29,3	19,4	4,4	2,6	38,1
Kuintil-2	1,8	4,8	38,7	15,8	5,6	4,1	29,3
Kuintil-3	1,8	7,6	35,7	15,7	5,1	5,8	28,4
Kuintil-4	1,4	8,8	36,8	17,3	5,0	2,6	28,0
Kuintil-5	0,2	6,0	36,4	23,7	5,8	2,8	25,1

Dalam tabel 3.7.1.6 menunjukkan umur pertama kali merokok setiap hari pada kelompok umur 10 – 14 tahun dimulai pada usia 5 – 9 tahun (37,5%). Pada laki-laki terbanyak mulai merokok tiap hari pada usia 15 -19 tahun (36,9%), menurut pendidikan, umur mulai merokok tiap hari pada usia 15 – 19 tahun merata disemua tingkat pendidikan. Mulai merokok tiap hari pada usia 5-9 tahun, paling banyak pada penduduk tidak sekolah (4,6%). Sedangkan menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan, umur mulai merokok tiap hari pada penduduk miskin (kuintil1 dan kuintil 3) lebih tinggi daripada penduduk kaya (kuintil4 dan kuintil5) terbanyak mulai merokok tiap hari pada usia 15 – 19 tahun.

Tabel 3.7.1.7
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Usia Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	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	
1	Halmahera Barat	0,3	2,3	33,9	10,3	2,7	1,0	49,5
2	Halmahera Tengah	1,4	6,9	40,3	19,4	6,9	6,9	18,1
3	Kepulauan Sula	1,6	8,5	32,9	14,7	2,3	2,6	37,5
4	Halmahera Selatan	2,6	5,0	31,8	17,4	3,6	2,4	37,2
5	Halmahera Utara	0,8	3,3	25,1	8,4	2,7	1,6	58,0
6	Halmahera Timur	1,4	7,1	31,9	20,0	3,3	3,3	32,9
7	Ternate	0,9	11,7	40,1	8,2	4,4	3,9	30,9
8	Tidore	1,4	3,7	29,7	19,2	5,9	5,5	34,7
Maluku Utara		1,3	6,2	32,7	13,1	3,6	2,9	40,2

Tabel 3.7.1.7 memperlihatkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia pertama kali merokok/mengunyah tembakau. Usia mulai merokok atau mengunyah tembakau mencakup juga penduduk yang baru pertama kali mencoba merokok atau mengunyah tembakau. Usia pertama kali merokok tertinggi mulai usia 15 – 19 tahun di Maluku Utara 32,7%, merata di seluruh kabupaten.

Tabel 3.7.1.8
Persentase Penduduk ≥ 10 tahun yang Merokok Berdasarkan Umur Pertama Kali Merokok, menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku 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	
Umur							
10-14 tahun	13,3	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7
15-24 tahun	2,2	12,1	54,7	4,4	0,0	0,0	26,6
25-34 tahun	1,5	6,0	40,3	14,4	3,0	0,8	34,0
35-44 tahun	0,3	6,1	26,3	17,7	5,3	3,9	40,4
45-54 tahun	1,1	4,7	26,7	14,0	3,4	4,7	45,4
55-64 tahun	0,7	1,7	25,3	14,6	4,2	5,9	47,6
65-74 tahun	0,0	2,5	13,7	11,2	6,8	5,6	60,2
75+ tahun	2,4	7,1	9,5	4,8	7,1	4,8	64,3
Jenis Kelamin							
Laki	1,1	6,5	34,8	13,6	3,3	1,5	39,1
Perempuan	2,6	3,0	10,8	7,3	6,5	18,1	51,7
Pendidikan							
Tidak sekolah	3,1	1,5	23,1	9,2	3,8	10,8	48,5
Tidak tamat SD	1,3	6,1	25,8	12,2	3,4	3,6	47,7
Tamat SD	0,7	5,2	31,6	14,0	3,6	3,6	41,3
Tamat SMP	2,1	8,7	30,9	12,7	2,7	1,1	41,9
Tamat SMA	1,4	7,3	42,3	13,4	3,5	1,2	30,9
Tamat SMA +	0,0	4,9	32,9	14,0	7,0	4,2	37,1
Tipe daerah							
Perkotaan	2,2	10,5	35,5	10,4	4,6	3,8	33,0
Perdesaan	0,9	4,7	31,7	14,1	3,2	2,6	42,8
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	1,1	4,2	30,2	9,9	3,1	2,0	49,6
Kuintil-2	1,6	6,9	33,0	13,4	2,2	2,2	40,9
Kuintil-3	1,3	6,4	35,1	12,7	3,7	4,5	36,3
Kuintil-4	0,9	8,2	35,4	13,5	4,6	2,7	34,7
Kuintil-5	1,3	5,6	30,3	15,5	4,2	2,7	40,4

Dalam tabel 3.7.1.8 menunjukkan umur pertama kali merokok pada kelompok umur 10 – 14 tahun dimulai pada usia 10-14 tahun (20%). Pada laki-laki terbanyak mulai merokok pada usia 15 -19 tahun (34,8%), dan pada perempuan mulai pada umur lebih dari 30 tahun (18,1%). Menurut pendidikan, umur pertama kali merokok pada usia 15 – 19 tahun merata disemua tingkat pendidikan. Umur pertama kali merokok pada usia 5-9 tahun lebih tinggi diperkotaan (2,2%) dari pada di perdesaan (0,9%), paling banyak pada penduduk dengan pendidikan tidak sekolah (3,1%). Sedangkan menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan, umur mulai merokok pada penduduk miskin (kuintil1 dan kuintil 2) tidak tampak perbedaan pada penduduk kaya (kuintil4 dan kuintil5) terbanyak mulai merokok pada usia 15 – 19 tahun.

Tabel 3.7.1.9
Prevalensi Perokok dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga
yang lain menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Perokok di dalam rumah
1	Halmahera Barat	94,3
2	Halmahera Tengah	90,8
3	Kepulauan Sula	92,7
4	Halmahera Selatan	95,4
5	Halmahera Utara	77,9
6	Halmahera Timur	84,3
7	Ternate	85,4
8	Tidore	73,4
Maluku Utara		86,7

Tabel 3.7.1.9 menunjukkan di Maluku Utara perokok didalam rumah berkisar antara 73,4% sampai 95,4%. Hal ini menunjukkan banyak anggota rumah tangga yang terpapar oleh asap rokok dari perokok aktif di dalam rumah.

Tabel 3.7.1.10
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Jenis rokok yang dihisap, dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Maluku Utara,
Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Jenis rokok yang dihisap							
		Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cang klong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
1	Halmahera Barat	74,1	21,3	23,2	19,8	0,0	0,8	3,1	1,9
2	Halmahera Tengah	79,1	14,9	20,6	26,9	0,0	0,0	14,9	0,0
3	Kepulauan Sula	72,3	17,3	10,4	26,9	1,7	1,7	2,7	0,3
4	Halmahera Selatan	81,5	12,0	12,7	21,9	0,0	2,2	2,0	0,0
5	Halmahera Utara	69,4	17,2	10,1	6,3	0,0	0,0	6,7	0,0
6	Halmahera Timur	56,1	7,6	27,9	26,9	0,5	0,5	2,0	0,5
7	Ternate	78,3	17,4	16,3	1,5	0,4	0,6	1,7	0,0
8	Tidore	77,7	25,0	7,7	8,7	1,4	1,4	5,9	2,9
Maluku Utara		74,3	16,6	14,7	14,8	0,4	0,9	3,7	0,5

Di Maluku Utara 74,3% jenis rokok yang dihisap adalah jenis rokok kretek dengan filter, disusul kretek tanpa filter (16,6%). Sedang penduduk yang mengunyah tembakau 3,7 %. (Tabel 3.7.1.10)

Tabel 3.7.1.11
Persentase Penduduk ≥ 10 tahun yang Merokok Berdasarkan Jenis Rokok
yang dihisap, menurut Karakteristik Responden di Provinsi Maluku Utara,
Riskedas 2007

Karakteristik	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Umur								
10-14 tahun	60,0	12,5	31,3	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0
15-24 tahun	77,7	11,9	23,4	4,7	0,3	0,8	2,4	0,3
25-34 tahun	78,8	15,4	18,1	12,6	0,3	0,3	1,6	0,6
35-44 tahun	79,1	17,0	14,0	14,3	0,5	0,5	3,2	0,3
45-54 tahun	69,1	21,1	7,0	17,2	0,5	1,6	4,0	1,2
55-64 tahun	65,2	19,0	10,5	23,4	0,8	2,0	6,5	0,4
65-74 tahun	56,5	13,7	6,5	33,9	0,0	3,2	12,1	0,0
75+ tahun	65,2	27,3	22,7	22,7	0,0	0,0	19,0	0,0
Jenis Kelamin								
Laki	75,8	17,2	15,2	15,0	0,4	0,9	2,5	0,5
Perempuan	55,0	9,4	9,6	12,3	0,6	1,1	18,4	0,6
Pendidikan								
Tidak sekolah	59,3	16,8	11,2	26,2	0,9	1,9	14,8	1,9
Tidak tamat SD	64,3	16,2	11,3	24,5	0,2	1,2	5,5	0,7
Tamat SD	74,8	15,4	11,9	18,3	0,4	0,9	5,3	0,3
Tamat SMP	77,9	22,5	18,4	12,7	0,5	0,9	1,2	0,2
Tamat SMA	80,0	14,2	17,7	5,1	0,3	0,8	0,7	0,5
Tamat SMA	80,7	15,3	17,8	4,2	0,8	0,8	0,8	1,7
Tipe daerah								
Perkotaan	78,8	17,7	16,6	2,3	0,5	0,5	2,3	0,2
Perdesaan	72,7	16,2	14,1	19,0	0,4	1,1	4,1	0,6
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil-1	70,6	17,3	12,7	21,5	0,2	1,0	2,9	0,2
Kuintil-2	71,5	17,0	15,0	17,4	0,2	0,4	3,6	0,2
Kuintil-3	75,8	15,5	12,9	16,5	0,8	1,7	5,5	1,1
Kuintil-4	76,8	16,4	12,9	12,8	0,4	0,6	3,7	0,4
Kuintil-5	75,1	17,4	18,9	7,7	0,4	0,4	2,4	0,4

Pada semua kelompok umur tertinggi jenis rokok yang dihisap adalah rokok kretek dengan filter. Pada laki-laki dan perempuan lebih banyak menggunakan jenis rokok kretek dengan filter. Mengunyah tembakau pada perempuan (18,4%) tujuh kali lipat daripada laki-laki. Pada semua tingkat pengeluaran perkapita tertinggi menggunakan jenis rokok kretek dengan filter. (Tabel 3.7.1.11)

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.

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

No	Kabupaten/Kota	Kurang makan buah dan sayur*)
1	Halmahera Barat	99,3
2	Halmahera Tengah	95,1
3	Kepulauan Sula	85,8
4	Halmahera Selatan	98,2
5	Halmahera Utara	98,8
6	Halmahera Timur	92,9
7	Ternate	97,9
8	Tidore	94,1
Maluku Utara		96,1

*) konsumsi sayur dan buah kurang dari 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu.

Tabel 3.7.2.1 menunjukkan secara keseluruhan hanya 3,9 persen penduduk umur 10 tahun ke atas di Maluku Utara yang cukup mengkonsumsi sayur dan buah. Hampir seluruh penduduk (96,1%) kurang mengkonsumsi sayur dan buah. Berdasarkan kabupaten, maka daerah yang paling baik kecukupan sayur dan buah adalah Kepulauan Sula (14,2%).

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

Karakteristik	Kurang makan buah dan sayur*)
Umur	
10-14 tahun	95,5
15-24 tahun	96,1
25-34 tahun	97,0
35-44 tahun	94,6
45-54 tahun	97,0
55-64 tahun	95,6
65-74 tahun	98,0
75+ tahun	99,0
Jenis Kelamin	
Laki-laki	96,2
Perempuan	96,0
Pendidikan	
Tidak sekolah	95,3
Tidak tamat SD	96,9
Tamat SD	95,8
Tamat SMP	96,9
Tamat SMA	95,1
Tamat SMA +	95,7
Tipe daerah	
Perkotaan	96,3
Perdesaan	96,0
Pekerjaan	
Tidak bekerja	95,6
Sekolah	95,9
Ibu Rumah Tangga	95,0
Pegawai negeri	96,1
Swasta	96,5
Petani/nelayan/buruh	96,9
Lainnya	95,4
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil-1	96,5
Kuintil-2	96,2
Kuintil-3	96,9
Kuintil-4	96,7
Kuintil-5	94,3

*) konsumsi sayur dan buah kurang dari 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu.

Pada tabel Tabel 3.7.2.2 tampak bahwa kelompok umur yang paling kurang konsumsi buah dan sayur adalah pada kelompok umur 65 tahun keatas. Tidak ada perbedaan konsumsi buah dan sayur antara laki-laki dan perempuan, demikian juga dengan tingkat pendidikan, hampir tidak ada perbedaan. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, dengan meningkatnya strata juga tampak pengurangan prevalensi kurang konsumsi buah dan sayur, dengan perkataan lain, semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita perbulan, semakin tinggi konsumsi buah dan 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 3.7.3.1
Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 12 Bulan Terakhir dan 1 Bulan Terakhir, menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Konsumsi alkohol 12 Bulan terakhir	Konsumsi alkohol 1 Bulan terakhir
1	Halmahera Barat	14,8	9,6
2	Halmahera Tengah	5,2	3,2
3	Kepulauan Sula	5,9	4,5
4	Halmahera Selatan	8,4	6,0
5	Halmahera Utara	8,2	3,9
6	Halmahera Timur	6,3	4,3
7	Ternate	4,6	1,8
8	Tidore	4,0	2,8
Maluku Utara		7,4	4,4

Tabel 3.7.3.1 menunjukkan prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir yang tertinggi terdapat di Halmahera Barat yaitu 14,8 persen, sedangkan yang terendah di Tidore (4%) dan Ternate (4,6%). Prevalensi untuk yang konsumsi alkohol 1 bulan terakhir yang tertinggi di Halmahera Barat yaitu 9,6 persen, terendah adalah di Ternate yaitu 1,8 persen.

Tabel 3.7.3.2
Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 12 Bulan Terakhir dan 1 Bulan Terakhir, menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Konsumsi alkohol 12 Bulan terakhir	Konsumsi alkohol 1 Bulan terakhir
Umur		
10-14 tahun	0,2	0,2
15-24 tahun	8,8	5,0
25-34 tahun	10,8	6,9
35-44 tahun	9,4	5,9
45-54 tahun	8,7	5,1
55-64 tahun	4,2	2,1
65-74 tahun	3,9	2,6
75+ tahun	1,8	0,9
Jenis Kelamin		
Laki	14,5	8,8
Perempuan	0,7	0,4
Pendidikan		
Tidak sekolah	5,0	2,9
Tidak tamat SD	6,0	3,8
Tamat SD	7,5	4,7
Tamat SMP	8,1	5,1
Tamat SMA	9,3	5,1
Tamat SMA +	5,2	3,1
Tipe daerah		
Perkotaan	5,0	2,7
Perdesaan	8,2	5,1
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	7,5	4,2
Kuintil-2	6,7	4,5
Kuintil-3	8,8	5,0
Kuintil-4	7,0	4,6
Kuintil-5	7,3	4,4

Pada tabel 3.7.3.2 dapat dilihat bahwa prevalensi peminum alkohol 12 bulan dan satu bulan terakhir. Prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir yang tertinggi adalah pada usia antara 25 - 34 tahun yaitu 10,8%, di antara mereka, yang masih mengkonsumsi alkohol dalam 1 bulan terakhir sebesar 6,9%. Prevalensi peminum alkohol pada laki-laki (14,5%,) lebih tinggi dibandingkan pada perempuan (0,7%). Prevalensi peminum alkohol cenderung meningkat dengan meningkatnya pendidikan sampai tamat SMA dan merata pada semua strata tingkat pengeluaran per kapita per bulan. Di daerah perdesaan lebih banyak peminum alkohol pada 12 bulan terakhir daripada di perkotaan.

Tabel 3.7.3.3
Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan
Frekuensi Minum dan Jenis Minuman, menurut Kabupaten
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	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
1	Halmahera Barat	12,2	25,6	40,2	22,0	8,3	1,2	3,6	86,9
2	Halmahera Tengah	0,0	14,3	42,9	42,9	14,3	0,0	0,0	85,7
3	Kepulauan Sula	4,3	32,6	45,7	17,4	8,7	0,0	0,0	91,3
4	Halmahera Selatan	4,4	30,0	30,0	35,6	8,1	0,0	1,2	90,7
5	Halmahera Utara	1,7	16,9	64,4	16,9	26,2	0,0	0,0	73,8
6	Halmahera Timur	4,2	8,3	54,2	33,3	60,9	0,0	8,7	30,4
7	Ternate	10,7	39,3	39,3	10,7	44,8	0,0	6,9	48,3
8	Tidore	0,0	9,5	71,4	19,0	4,8	0,0	0,0	95,2
Maluku Utara		5,9	24,9	45,1	24,1	17,7	0,3	2,2	79,8

Tabel 3.7.3.3 menggambarkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang minum alkohol menurut frekuensi minum serta jenis minuman berdasarkan kabupaten. Secara umum di Maluku Utara penduduk mengkonsumsi alkohol 1 – 3 hari per bulan (45,1%) dengan jenis minuman tradisional 79,8%.

Tabel 3.7.3.4
Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan
Frekuensi Minum dan Jenis Minuman, menurut Karakteristik Responden
Di Propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Frekuensi				Jenis Minuman			
	≥ 5 hr/mg	1-4 hr/mg	1-3 hr/bln	< 1 x /bln	bir	whiskey/ vodka	anggur/ wine	minuman tradisional
Umur								
10-14 tahun	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0
15-24 tahun	3,8	25,0	46,3	25,0	10,0	1,3	1,3	87,5
25-34 tahun	4,2	20,8	46,7	28,3	22,0	0,0	0,8	77,1
35-44 tahun	7,9	24,7	43,8	23,6	17,8	1,1	4,4	76,7
45-54 tahun	10,0	28,0	44,0	18,0	20,4	0,0	4,1	75,5
55-64 tahun	0,0	41,7	41,7	16,7	14,3	0,0	0,0	85,7
65-74 tahun	14,3	42,9	42,9	0,0	14,3	0,0	0,0	85,7
75+ tahun	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Jenis Kelamin								
Laki	5,8	24,6	45,0	24,6	17,3	0,3	2,0	80,3
Perempuan	6,3	25,0	50,0	18,8	21,4	0,0	7,1	71,4
Pendidikan								
Tidak sekolah	0,0	36,4	27,3	36,4	8,3	0,0	8,3	83,3
Tidak tamat SD	10,9	28,1	40,6	20,3	7,7	0,0	3,1	89,2
Tamat SD	4,8	27,4	37,1	30,6	8,7	0,8	0,8	89,7
Tamat SMP	2,8	26,8	53,5	16,9	25,4	1,4	1,4	71,8
Tamat SMA	7,9	17,1	53,9	21,1	28,2	0,0	3,8	67,9
Tamat PT	0,0	0,0	63,6	36,4	54,5	0,0	9,1	36,4
Tipe daerah								
Perkotaan	6,7	26,7	43,3	23,3	45,8	0,0	3,4	50,8
Perdesaan	5,7	24,1	45,8	24,4	11,9	0,3	2,3	85,4
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil-1	4,8	33,3	42,9	19,0	7,6	0,0	4,5	87,9
Kuintil-2	6,3	27,0	39,7	27,0	4,7	1,6	1,6	92,2
Kuintil-3	4,0	18,7	44,0	33,3	11,7	1,3	0,0	87,0
Kuintil-4	7,4	33,8	41,2	17,6	23,2	0,0	0,0	76,8
Kuintil-5	5,9	14,1	56,5	23,5	36,1	0,0	4,8	59,0

Tabel 3.7.3.4 menggambarkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang minum alkohol menurut frekuensi minum serta jenis minuman berdasarkan berbagai karakteristik responden. Dari kategori umur lebih banyak mengkonsumsi alkohol 1 – 3 hari perbulan dengan jenis minuman tradisional. Penduduk di daerah perkotaan memilih bir (45,8%) sedangkan di daerah perdesaan lebih memilih minuman tradisional (85,4%). Ada kecenderungan makin berkurangnya konsumsi alkohol dengan meningkatnya tingkat pengeluaran perkapita.

Tabel 3.7.3.5
Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan
Satuan Standard Minuman, menurut Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara,
Riskedas 2007

No	Kabupaten	Satuan standar minuman dalam sehari					Tidak tahu
		1-2 sat/hari	3-4 sat/hari	5-6 sat/hari	7-8 sat/hari	9-10 sat/hari	
1	Halmahera Barat	3,7	11,0	11,0	9,8	7,3	54,9
2	Halmahera Tengah	50,0	0,0	0,0	0,0	37,5	12,5
3	Kepulauan Sula	35,6	4,4	4,4	0,0	4,4	48,9
4	Halmahera Selatan	26,8	14,4	1,0	4,1	9,3	40,2
5	Halmahera Utara	55,6	3,7	1,9	0,0	3,7	35,2
6	Halmahera Timur	65,2	4,3	4,3	0,0	0,0	21,7
7	Ternate	72,4	0,0	20,7	0,0	0,0	6,9
8	Tidore	6,7	0,0	0,0	0,0	20,0	66,7
Maluku Utara		32,9	7,9	5,7	3,4	7,1	40,5

Tabel 3.7.3.5 menggambarkan persentase peminum minuman beralkohol satu bulan terakhir berdasarkan satuan standar minuman menurut kabupaten. Secara umum menunjukkan di Maluku Utara standar minuman alkohol yang banyak di konsumsi adalah 1 – 2 satuan per hari (32,9%).

Tabel 3.7.3.6
Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 bulan Terakhir Berdasarkan
Satuan Standard Minuman, menurut Karakteristik Responden di Provinsi
Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Satuan standar minuman dalam sehari*					
	1-2 sat/hari	3-4 sat/hari	5-6 sat/hari	7-8 sat/hari	9-10 sat/hari	Tidak tahu
Umur						
10-14 tahun	20,0	20,0	0,0	0,0	60,0	0,0
15-24 tahun	32,1	7,7	10,3	7,7	5,1	34,6
25-34 tahun	33,3	8,5	3,4	2,6	6,0	43,6
35-44 tahun	30,6	4,7	10,6	2,4	5,9	40,0
45-54 tahun	37,3	5,9	0,0	2,0	7,8	47,1
55-64 tahun	18,2	18,2	9,1	0,0	18,2	36,4
65-74 tahun	25,0	25,0	12,5	12,5	0,0	25,0
75+ tahun	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0
Jenis Kelamin						
Laki	33,1	7,5	6,3	3,3	6,0	41,5
Perempuan	16,7	22,2	5,6	5,6	22,2	22,2
Pendidikan						
Tidak sekolah	27,3	18,2	0,0	0,0	18,2	36,4
Tidak tamat SD	30,2	12,7	6,3	6,3	6,3	38,1
Tamat SD	20,2	12,9	6,5	4,0	6,5	46,0
Tamat SMP	38,2	1,5	5,9	1,5	7,4	41,2
Tamat SMA	50,0	1,4	5,4	2,7	6,8	32,4
Tamat SMA +	33,3	8,3	8,3	0,0	8,3	41,7
Tipe daerah						
Perkotaan	62,7	0,0	10,2	0,0	3,4	23,7
Perdesaan	26,2	9,9	5,4	4,1	7,5	43,9
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	21,7	10,0	13,3	13,3	6,7	35,0
Kuintil-2	30,8	4,6	6,2	1,5	4,6	47,7
Kuintil-3	34,2	4,1	4,1	1,4	4,1	46,6
Kuintil-4	36,4	13,6	7,6	1,5	12,1	27,3
Kuintil-5	35,7	8,3	2,4	1,2	6,0	45,2

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

Tabel 3.7.3.6 menggambarkan persentase peminum minuman beralkohol satu bulan terakhir berdasarkan satuan standar minuman menurut karakteristik responden. Berdasarkan umur, tampak penduduk umur 45 – 54 tahun mengkonsumsi 1 – 2 satuan perhari (37,3%), sedangkan umur 75 tahun keatas mengkonsumsi 3 - 4 satuan perhari (50%), laki-laki mengkonsumsi 1 – 2 satuan perhari, perempuan mengkonsumsi 3 –4 satuan perhari. Dipertkotaan lebih banyak mengkonsumsi 1 – 2 satuan perhari.

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 Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas
menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskeddas 2007

No	Kabupaten/Kota	Kurang aktifitas fisik*
1	Halmahera Barat	52,3
2	Halmahera Tengah	40,2
3	Kepulauan Sula	49,8
4	Halmahera Selatan	32,9
5	Halmahera Utara	42,0
6	Halmahera Timur	38,0
7	Ternate	69,7
8	Tidore	50,0
Maluku Utara		48,2

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

Tabel 3.7.4.1 menunjukkan penduduk Maluku Utara sebanyak 48,2% kurang aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi di Ternate (69,7%).

Tabel 3.7.4.2
Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut
Karakteristik responden, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang aktifitas fisik
Umur	
10-14 tahun	69,0
15-24 tahun	50,3
25-34 tahun	40,1
35-44 tahun	37,7
45-54 tahun	36,5
55-64 tahun	50,6
65-74 tahun	67,8
75+ tahun	91,1
Jenis Kelamin	
Laki -laki	42,5
Perempuan	53,5
Pendidikan	
Tidak sekolah	57,4
Tidak tamat SD	50,4
Tamat SD	43,1
Tamat SMP	44,3
Tamat SMA	52,3
Tamat SMA +	61,4
Tipe daerah	
Perkotaan	64,7
Perdesaan	42,4
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil-1	48,2
Kuintil-2	45,0
Kuintil-3	48,8
Kuintil-4	47,1
Kuintil-5	52,4

Pada tabel 3.7.4.2 terlihat bahwa menurut kelompok umur, kurang aktivitas fisik tinggi pada kelompok umur 10 – 14 tahun dan 65 tahun keatas. Pada perempuan kurang aktifitas fisiknya dibanding laki-laki, sedangkan kurang aktifitas fisik tertinggi menurut tingkat pendidikan adalah tamat SMA keatas (61,4%) dan pada penduduk dengan kuintil_ 5.

3.7.5 Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS

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 dari 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
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara,
Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Pernah mendengar tentang flu burung	Berpengetahuan benar tentang flu burung*	Bersikap benar tentang flu burung**
1	Halmahera Barat	31,5	61,9	89,0
2	Halmahera Tengah	48,4	38,3	57,5
3	Kepulauan Sula	32,0	71,5	70,4
4	Halmahera Selatan	16,7	59,1	79,9
5	Halmahera Utara	38,8	65,3	72,4
6	Halmahera Timur	48,4	43,6	79,9
7	Ternate	76,8	65,7	90,0
8	Tidore	46,8	73,7	90,6
	Maluku Utara	41,9	63,7	82,2

*) 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 3.7.5.1 menunjukkan secara umum di propinsi Maluku Utara 41,9% penduduk pernah mendengar tentang flu burung, dengan 63,7% yang berpengetahuan benar dan 82,2% yang bersikap benar tentang flu burung. Kabupaten/kota dengan prosentasi tertinggi tentang flu burung adalah Ternate dengan 76,8% penduduk pernah mendengar tentang flu burung, sedangkan yang berpengetahuan benar tertinggi di Tidore (73,7%) dan di Kepulauan Sula (71,5%). Di Tidore, Ternate dan Halmahera Barat rata-rata 90% bersikap benar tentang flu burung.

Tabel 3.7.5.2
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Karakteristik responden, di Maluku Utara,
Riskesmas 2007

Karakteristik	Pernah mendengar tentang flu burung	Berpengetahuan benar tentang flu burung*	Bersikap benar tentang flu burung**
Umur			
10-14 tahun	29,4	53,6	75,1
15-24 tahun	57,5	68,9	83,7
25-34 tahun	46,8	65,6	83,5
35-44 tahun	44,6	63,8	82,8
45-54 tahun	36,0	61,7	81,1
55-64 tahun	30,6	54,3	81,4
65-74 tahun	20,3	58,7	84,1
75+ tahun	9,8	45,5	91,7
Jenis Kelamin			
Laki	45,1	65,6	83,5
Perempuan	38,9	61,6	80,8
Pendidikan			
Tidak sekolah	11,5	43,8	72,9
Tidak tamat SD	20,2	46,2	70,6
Tamat SD	30,7	52,6	73,6
Tamat SMP	53,5	66,5	82,6
Tamat SMA	74,3	71,8	89,6
Tamat SMA +	84,6	80,5	92,7
Tipe daerah			
Perkotaan	69,6	69,7	89,8
Perdesaan	32,4	59,3	76,6
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	32,1	61,4	79,5
Kuintil-2	37,0	55,6	77,7
Kuintil-3	41,8	58,6	81,5
Kuintil-4	43,5	66,4	84,0
Kuintil-5	53,5	71,8	86,6

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

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

Tabel 3.7.5.2 menggambarkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung dan karakteristik responden. Menurut kelompok umur terbanyak yang pernah mendengar tentang flu burung, berpengetahuan benar tentang flu burung berada pada umur 15 – 44 tahun, sedangkan yang bersikap benar terbanyak pada usia 75 tahun keatas. Berdasarkan pendidikan pada tingkat tamat SMA keatas yang terbanyak yang pernah mendengar (84,6%), berpengetahuan benar (80,5%) dan bersikap benar (92,7%). Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita tampak bahwa persentase tertinggi yang pernah mendengar, berpengetahuan benar serta bersikap benar ada pada kelompok kuintil 4 dan kuintil 5.

Berkaitan dengan HIV/AIDS, penduduk ditanyakan apakah pernah mendengar tentang HIV/AIDS. Selanjutnya penduduk yang pernah mendengar ditanyakan lebih lanjut mengenai pengetahuan tentang penularan virus HIV ke manusia (tujuh pertanyaan), pencegahan HIV/AIDS (enam pertanyaan), dan sikap apabila ada anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS (lima pertanyaan). Penduduk dianggap berpengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS apabila menjawab benar masing-masing 60%. Untuk sikap ditanyakan apabila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS apakah responden merahasiakan, membicarakan dengan ART lain, mengikuti konseling dan pengobatan, mencari pengobatan alternatif ataukah mengucilkan penderita.

Responden yang memiliki pengetahuan benar tentang HIV/AIDS adalah penduduk yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS dan menjawab salah satu benar tentang penularan HIV/AIDS dari hubungan seksual, jarum suntik, transfusi darah, penggunaan pisau cukur secara bersama-sama, penularan dari ibu ke bayi selama kehamilan, penularan dari ibu ke bayi saat persalinan, penularan dari ibu ke bayi melalui ASI. Responden berpengetahuan benar tentang cara pencegahan HIV/AIDS bila menjawab salah satu benar tentang pencegahan HIV/AIDS yaitu tidak berhubungan seksual dengan orang yang bukan pasangan tetap, tidak berhubungan seksual dengan pengguna narkoba, tidak berhubungan seksual sama sekali, menggunakan kondom saat berhubungan seksual, tidak menggunakan jarum suntik bersama, tidak menggunakan pisau cukur bersama. Sedangkan bersikap benar tentang HIV/AIDS adalah yang menjawab salah satu benar pada pilihan merahasiakan, membicarakan dengan anggota rumah tangga yang lain, konseling dan pengobatan, mencari pengobatan alternatif dan tidak mengucilkan.

Tabel 3.7.5.3
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Pernah mendengar tentang HIV/AIDS	Berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS	Berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS
1	Halmahera Barat	20,9	20,2	45,6
2	Halmahera Tengah	23,3	2,0	19,6
3	Kepulauan Sula	20,7	11,7	47,2
4	Halmahera Selatan	8,3	30,8	46,2
5	Halmahera Utara	23,0	25,0	35,7
6	Halmahera Timur	23,1	9,0	23,3
7	Ternate	61,1	7,9	51,2
8	Tidore	38,2	29,9	62,2
	Maluku Utara	28,4	15,9	46,8

Tabel 3.7.5.3 menggambarkan persentase penduduk berumur 10 tahun keatas menurut pengetahuan tentang HIV/AIDS dan kabupaten. Di Maluku Utara secara umum yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS hanya 28,4%. Diantara mereka, hanya 16% yang berpengetahuan benar tentang cara penularan HIV/AIDS, dan 46,7% yang berpengetahuan benar tentang cara pencegahannya.

Tabel 3.7.5.4
Persentase Penduduk \geq 10 Tahun menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden, Di Provinsi Maluku Utara, Riskedas 2007

Karakteristik	Pernah mendengar tentang HIV/AIDS	Berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS	Berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS
Umur			
10-14 tahun	10,5	5,1	30,4
15-24 tahun	41,9	14,5	42,2
25-34 tahun	34,4	16,7	49,1
35-44 tahun	32,5	21,0	51,6
45-54 tahun	24,5	16,1	49,0
55-64 tahun	19,2	13,6	62,2
65-74 tahun	14,5	11,4	28,9
75+ tahun	2,7		33,3
Jenis Kelamin			
Laki	31,3	17,0	51,0
Perempuan	25,8	14,7	41,9
Pendidikan			
Tidak sekolah	4,3	27,8	47,4
Tidak tamat SD	7,8	10,5	30,8
Tamat SD	14,1	14,8	33,5
Tamat SMP	37,7	12,9	41,7
Tamat SMA	64,0	15,7	52,8
Tamat SMA +	77,8	26,2	61,3
Tipe daerah			
Perkotaan	56,1	13,6	50,7
Perdesaan	18,9	18,4	42,7
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	18,4	8,0	30,0
Kuintil-2	23,3	9,6	43,4
Kuintil-3	27,3	12,8	47,3
Kuintil-4	30,6	17,4	48,5
Kuintil-5	41,2	23,4	54,0

Tabel 3.7.5.4 memperlihatkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan tentang HIV/AIDS dan karakteristik responden. Penduduk berumur \geq 10 tahun yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS dengan Persentase tertinggi berusia antara 15-24 tahun (41,9%) dan terendah 2,7 persen pada usia 75 tahun keatas. Sementara penduduk yang berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS dengan Persentase tertinggi (21%) berusia 35 – 44 tahun, sedangkan Persentase tertinggi tentang cara pencegahan HIV/AIDS di kelompok umur 55 – 64 tahun (62,2%). Pada laki-laki lebih tinggi Persentasenya daripada perempuan. Dari segi pendidikan, semakin tinggi jenjang pendidikan responden semakin banyak pula yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS serta berpengetahuan benar tentang cara penularan dan pencegahan HIV/AIDS. Berdasarkan status ekonomi, semakin tinggi kuintilnya (kaya) semakin banyak yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS serta berpengetahuan benar tentang cara penularan dan pencegahan HIV/AIDS.

Tabel 3.7.5.5
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Sikap Bila Ada Anggota
Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara,
Riskesmas 2007

No	Kabupaten/Kota	Merahasiakan	Membicarakan dengan ART lain	Konseling dan pengobatan	Mencari pengobatan alternatif	Tidak mengucilkan
1	Halmahera Barat	10,8	67,0	74,6	47,9	83,5
2	Halmahera Tengah	14,0	56,9	78,4	64,7	62,0
3	Kepulauan Sula	31,6	64,1	72,4	73,3	84,9
4	Halmahera Selatan	24,4	43,3	73,4	56,7	79,5
5	Halmahera Utara	36,0	46,1	72,8	38,7	77,3
6	Halmahera Timur	9,1	18,9	78,9	27,8	94,7
7	Ternate	17,8	59,2	91,0	52,4	84,6
8	Tidore	37,0	80,6	85,9	68,1	78,6
	Maluku Utara	23,7	57,8	82,5	52,9	82,5

Tabel 3.7.5.5 di atas memperlihatkan persentase penduduk di atas 10 tahun menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan kabupaten. Secara umum di provinsi Maluku Utara penduduk yang bersikap merahasiakan sebesar 23,7%, membicarakan dengan anggota rumah tangga yang lain (57,8%), konseling dan pengobatan (82,5%), mencari pengobatan alternatif (52,9%) dan tidak mengucilkan (82,4%). Sedangkan melakukan konseling dan pengobatan serta tidak mengucilkan merupakan persentase tertinggi. Kabupaten yang penduduknya bersikap baik dalam hal akan melakukan konseling dan pengobatan adalah Halmahera Timur (94,7%).

Tabel 3.7.5.6
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada
Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden, di
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Merahasiakan	Membicarakan dengan ART lain	Konseling dan pengobatan	Mencari Pengobatan Alternatif	Tidak mengucilkan
Umur					
10-14 tahun	26,8	40,1	67,4	42,8	65,9
15-24 tahun	26,3	58,1	82,3	52,1	80,0
25-34 tahun	21,5	60,8	84,1	56,0	85,5
35-44 tahun	23,6	58,1	85,9	56,1	85,9
45-54 tahun	20,2	60,3	81,8	52,2	85,0
55-64 tahun	26,7	54,7	80,5	45,8	82,9
65-74 tahun	15,9	56,8	84,1	43,2	77,8
75+ tahun	25,0	25,0	100,0	25,0	50,0
Jenis Kelamin					
Laki	24,0	58,3	82,7	55,3	82,9
Perempuan	23,4	57,2	82,4	50,3	81,9
Pendidikan					
Tidak sekolah	44,4	55,6	63,2	66,7	78,9
Tidak tamat SD	22,5	44,0	61,7	44,4	72,3
Tamat SD	25,1	46,2	71,0	45,9	76,1
Tamat SMP	22,7	52,9	78,4	51,1	80,5
Tamat SMA	24,0	62,6	89,5	56,1	85,6
Tamat SMA +	21,9	73,4	92,4	58,8	89,0
Tipe daerah					
Perkotaan	22,0	62,9	88,3	54,0	83,5
Perdesaan	25,5	52,5	76,5	51,8	81,3
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil-1	24,9	52,1	76,5	54,5	80,8
Kuintil-2	27,1	54,5	83,5	51,5	82,9
Kuintil-3	20,1	61,7	85,1	52,4	82,2
Kuintil-4	22,8	61,8	82,7	49,0	81,9
Kuintil-5	24,7	56,5	82,7	55,8	83,9

Tabel 3.7.5.6 menggambarkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan karakteristik responden. Menurut kelompok umur, semakin muda umur penduduk relatif semakin tinggi persentase sikap merahasiakan. Tidak ada perbedaan sikap antara laki-laki dan perempuan. Menurut pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin sedikit sikap merahasiakan dan semakin banyak yang tidak mengucilkan. Menurut tingkat pengeluaran, relatif tidak banyak berbeda sikap pada semua kuintil.

3.7.6 Perilaku Higienis

Perilaku higienis yang dikumpulkan meliputi kebiasaan/perilaku buang air besar (BAB) dan perilaku mencuci tangan. Perilaku BAB yang dianggap benar adalah bila penduduk melakukannya di jamban. Mencuci tangan yang benar adalah bila penduduk mencuci tangan dengan sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar, setelah menceboki bayi/anak, dan setelah memegang unggas/binatang.

Tabel 3.7.6.1
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam
Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten di
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Berperilaku benar cuci tangan dengan sabun*	Berperilaku benar dalam hal BAB**
1	Halmahera Barat	28,4	71,8
2	Halmahera Tengah	17,8	62,4
3	Kepulauan Sula	47,9	61,8
4	Halmahera Selatan	25,5	63,1
5	Halmahera Utara	22,5	68,8
6	Halmahera Timur	37,7	65,1
7	Ternate	36,6	95,4
8	Tidore	46,0	77,2
Maluku Utara		32,8	72,9

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

***) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

Tabel 3.7.6.1 memperlihatkan persentase penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut kabupaten. Secara umum di Maluku Utara Persentase penduduk 10 tahun atau lebih yang mengaku mencuci tangan pakai sabun pada saat sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar/ setelah menceboki bayi, atau setelah memegang binatang hanya 32,8%. Kebiasaan cuci tangan yang benar, terendah di Halmahera Tengah yaitu 17,8%. Berperilaku benar dalam BAB sebanyak 72,9%.

Tabel 3.7.6.2
Persentase Penduduk 10 tahun Ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Hal
Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Berperilaku benar cuci tangan dengan sabun*	Berperilaku benar dalam hal BAB**
Umur		
10-14 tahun	23,2	70,1
15-24 tahun	33,4	73,8
25-34 tahun	37,7	71,2
35-44 tahun	35,5	72,8
45-54 tahun	32,7	76,4
55-64 tahun	36,5	74,9
65-74 tahun	25,8	75,1
75+ tahun	17,9	75,7
Jenis Kelamin		
Laki	26,8	72,0
Perempuan	38,5	73,8
Pendidikan		
Tidak sekolah	31,4	60,4
Tidak tamat SD	23,9	63,1
Tamat SD	30,7	66,8
Tamat SMP	35,0	78,0
Tamat SMA	41,3	88,7
Tamat PT	50,1	91,3
Tipe daerah		
Perkotaan	38,9	95,5
Perdesaan	30,7	64,7
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	26,0	59,3
Kuintil-2	29,7	65,0
Kuintil-3	33,4	71,2
Kuintil-4	35,4	78,9
Kuintil-5	39,4	87,0

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

***) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

Tabel 3.7.6.2 memperlihatkan persentase penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut karakteristik responden. Perilaku cuci tangan yang benar menurut kelompok umur, dengan Persentase yang tinggi pada umur 25-64 tahun dibandingkan kelompok umur lainnya, pada perempuan 38,5%, dan pendidikan tamat SMA keatas (50,1%), dan makin tinggi status ekonomi makin baik perilaku cuci tangannya.

3.7.7 Pola Komsumsi Makanan Berisiko

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

Tabel 3.7.7.1
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
Halmahera Barat	88,6	34,8	29,9	3,1	13,6	10,0	60,2	82,7
Halmahera Tengah	85,2	23,8	13,4	3,3	27,1	13,9	22,9	68,7
Kepulauan Sula	84,0	21,1	12,7	0,8	18,5	2,8	16,1	78,8
Halmahera Selatan	80,3	22,1	14,7	2,4	29,9	6,1	45,3	67,3
Halmahera Utara	61,4	8,2	14,4	3,8	16,7	2,6	36,1	74,0
Halmahera Timur	87,3	27,5	24,1	0,9	12,7	7,7	23,9	70,3
Ternate	71,7	7,3	17,6	0,6	2,9	7,5	13,1	62,4
Tidore	74,9	34,1	9,9	0,8	10,6	6,4	21,2	35,4
Maluku Utara	76,3	19,2	16,8	2,0	15,8	6,0	31,0	68,3

Tabel 3.7.7.1 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut kabupaten. Sering mengonsumsi makanan manis dilakukan oleh 76,3% penduduk Maluku Utara yang berusia ≥ 10 tahun, tertinggi ditemukan di Halmahera Barat (88,6%) dan terendah di Halmahera Utara (61,4%). Sedangkan prevalensi sering mengonsumsi makanan asin 19,2%, tertinggi di Halmahera Barat (34,8%) dan terendah di Ternate (7,3%). Di Maluku Utara 16,8% penduduk mengkonsumsi makanan berlemak, tertinggi di Halmahera Barat (29,9%) dan terendah di Tidore (9,9%). Penyedap sering dikonsumsi oleh 68,3% penduduk secara keseluruhan, tertinggi di Halmahera Barat (82,7%) dan terendah di Tidore (35,4%). Secara umum kabupaten yang penduduknya banyak mengkonsumsi makanan berisiko adalah Halmahera Barat.

Tabel 3.7.7.2
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Karakteristik responden, di provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
Kelompok umur (tahun)								
10-14	77,6	18,2	16,1	2,1	14,2	5,6	19,3	67,2
15-24	78,0	20,9	18,2	1,8	15,1	6,5	27,1	71,5
25-34	75,1	19,5	17,1	2,0	16,4	6,6	33,1	67,0
35-44	77,2	18,3	16,8	1,8	15,3	5,8	34,0	69,0
45-54	76,7	20,6	17,0	2,5	18,8	5,5	39,0	70,1
55-64	74,5	17,5	15,3	2,7	14,3	5,3	35,3	62,4
65-74	70,6	17,7	13,1	0,0	16,7	6,6	36,9	65,9
75+	64,5	12,1	16,8	2,8	22,4	4,6	32,1	69,8
Jenis kelamin								
Laki-Laki	77,6	18,6	16,8	2,3	16,0	5,9	38,2	69,1
Perempuan	75,2	19,7	16,8	1,7	15,7	6,1	24,1	67,6
Pendidikan								
Tidak Sekolah	69,7	22,8	13,2	1,0	18,1	6,2	27,0	60,8
Tidak Tamat SD	75,5	18,5	15,9	1,7	16,2	5,2	33,4	66,2
Tamat SD	78,2	20,0	17,0	2,0	20,3	5,5	34,5	72,7
Tamat SMP	77,1	19,8	16,1	1,9	14,1	6,7	29,3	69,6
Tamat SMA	74,9	17,0	17,4	2,7	10,2	7,0	25,9	65,6
Tamat PT	77,0	19,9	23,8	1,3	9,1	7,1	24,3	63,2
Tipe daerah								
Perkotaan	74,6	15,7	19,1	2,3	9,6	10,4	22,2	65,0
Perdesaan	76,9	20,4	16,0	1,9	18,0	4,5	34,0	69,5
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil-1	79,3	14,7	12,2	1,2	13,1	3,7	30,5	70,6
Kuintil-2	72,0	16,1	16,4	2,4	14,1	5,0	31,1	67,7
Kuintil-3	75,3	18,8	18,5	1,5	17,0	4,7	30,8	67,3
Kuintil-4	76,0	23,8	19,9	2,3	18,4	7,9	31,6	68,3
Kuintil-5	77,8	21,1	17,3	2,4	16,1	8,1	30,2	66,8

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 manis cenderung menurun setelah usia 45 tahun, demikian halnya perilaku sering mengonsumsi makanan asin dan berlemak. Sedangkan perilaku sering minum minuman berkafein relatif meningkat sesuai peningkatan usia, namun setelah usia 55 tahun prevalensi cenderung menurun. Pola yang sama ditemukan untuk konsumsi penyedap makanan menurut umur.

Menurut jenis kelamin, laki-laki cenderung lebih sering mengonsumsi minuman berkafein dibandingkan perempuan. Sedangkan untuk konsumsi jenis makanan berisiko lainnya pola prevalensi antara laki-laki dan perempuan hampir sama. Menurut tingkat pendidikan, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis, makanan berlemak, dan jeroan cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya pendidikan. Sementara untuk makanan asin dan minum minuman berkafein pola prevalensi berbanding terbalik dengan meningkatnya pendidikan. Sedangkan untuk makanan yang dipanggang, diawetkan dan penyedap makanan pola prevalensi menurut tingkat pendidikan nampak tidak beraturan.

Menurut tipe daerah, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan berlemak dan makanan yang diawetkan ditemukan lebih tinggi di perkotaan dibanding perdesaan. Sedangkan pola prevalensi sering mengonsumsi makanan asin, minuman berkafein dan makanan dipanggang cenderung lebih tinggi di perdesaan dibanding perkotaan. Sementara pola prevalensi jenis konsumsi lainnya nampak tidak berbeda menurut tempat tinggal.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan asin, makanan berlemak, makanan yang diawetkan dan makanan yang dipanggang cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan kuintil ekonomi.

3.7.8 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 rumah tangga. Indikator individu meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif, kepemilikan/ketersediaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, penduduk tidak merokok, penduduk cukup beraktivitas fisik, dan penduduk cukup mengonsumsi sayur dan buah. Indikator Rumah Tangga meliputi rumah tangga memiliki akses terhadap air bersih, akses jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni ($\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$), dan rumah tangga dengan lantai rumah bukan tanah.

Dalam penilaian PHBS ada dua macam rumah tangga, yaitu rumah tangga dengan balita dan rumah tangga tanpa balita. Untuk rumah tangga dengan balita digunakan 10 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah 10; sedangkan untuk rumah tangga tanpa balita terdiri dari 8 indikator, sehingga nilai tertinggi delapan (8). PHBS diklasifikasikan “kurang” apabila mendapatkan nilai kurang dari enam (6) untuk rumah tangga mempunyai balita dan nilai kurang dari lima (5) untuk rumah tangga tanpa balita.

Tabel 3.7.8
Persentase Rumah Tangga yang Memenuhi Kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik menurut Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
		Baik
1	Halmahera Barat	24,6
2	Halmahera Tengah	17,6
3	Kepulauan Sula	40,0
4	Halmahera Selatan	13,0
5	Halmahera Utara	21,8
6	Halmahera Timur	13,3
7	Ternate	31,5
8	Tidore	55,9
Maluku Utara		29,3

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 3.7.8.1 memperlihatkan Persentase rumah tangga yang memenuhi kriteria PHBS baik menurut kabupaten. Dari 8 Kabupaten/kota di Maluku Utara rata-rata hanya 29,3% rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang baik. Nilai terendah di Kabupaten Halmahera Selatan (13,0%) dan Halmahera Timur (13,3%) sedangkan nilai tertinggi di Tidore (55,9%).

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 rumah tangga ke sarana pelayanan kesehatan tersebut. Selanjutnya untuk UKBM dikaji tentang pemanfaatan dan jenis pelayanan yang diberikan/diterima oleh rumah tangga/RT (masyarakat), termasuk alasan apabila responden tidak memanfaatkan UKBM dimaksud.

Tabel 3.8.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
		< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
1	Halmahera Barat	61.3	27.6	11.1	71.1	11.8	8.7	8.5
2	Halmahera Tengah	75.2	23.2	1.7	61.3	28.1	9.3	1.3
3	Kepulauan Sula	55.8	42.4	1.9	74.9	19.0	4.9	1.2
4	Halmahera Selatan	10.2	63.5	26.3	4.3	64.5	23.6	7.6
5	Halmahera Utara	91.8	6.4	1.8	82.4	15.3	1.2	1.1
6	Halmahera Timur	58.4	32.3	9.3	62.9	26.5	9.3	1.4
7	Ternate	87.7	12.2	0.1	88.0	10.4	0.1	1.4
8	Tidore	66.2	29.6	4.1	83.3	15.1	1.6	
Maluku Utara		64.5	27.5	8.1	65.1	24.6	7.3	3.0

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

Tabel 3.8.1.1 menunjukkan di Provinsi Maluku Utara dari segi jarak nampak bahwa 64,5% rumah tangga (RT) berjarak kurang dari 1 km dan 27,5% RT berjarak 1-5 km. Dari segi waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan nampak bahwa 65,1% penduduk dapat mencapai ke fasilitas pelayanan kesehatan kurang dari atau sama dengan 15 menit, 24,6% antara 16-30 menit. Hal ini dapat dikatakan 90,6% RT di Provinsi Maluku Utara dapat mencapai fasilitas

Tabel 3.8.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh Ke Fasilitas
Pelayanan Kesehatan^{*)}, dan Karakteristik rumah tangga
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah tangga	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe daerah							
Perkotaan	59.6	31.9	8.4	57.7	32.0	8.1	2.2
Perdesaan	68.6	23.6	7.8	71.4	18.2	6.6	3.8
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	62.6	32.0	5.4	60.6	28.6	9.4	1.4
Kuintil-2	64.2	26.2	9.6	65.2	28.2	4.6	2.0
Kuintil-3	72.2	13.7	14.1	68.5	9.5	12.9	9.1
Kuintil-4	60.2	31.0	8.8	64.1	26.3	7.8	1.7
Kuintil-5	63.9	33.5	2.6	67.0	29.8	2.0	1.1

^{*)} Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Tabel 3.8.1.2 menyajikan informasi akses ke sarana pelayanan kesehatan berdasarkan tempat tinggal menurut tipe daerah, yaitu perkotaan atau perdesaan pada tabel ini nampak bahwa akses menuju pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) menurut jarak di perkotaan lebih dekat dibandingkan perdesaan, demikian juga menurut waktu akses di perkotaan lebih singkat dibanding di perdesaan. Keadaan ini tidak berbeda dengan angka nasional pada umumnya.

Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, kemudahan akses jarak dan waktu tempuh ke pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) merata di semua tingkat status ekonomi.

Tabel 3.8.1.3
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke
Fasilitas Posyandu^{*)}, dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara,
Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
		< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
1	Halmahera Barat	91,6	5,9	2,5	90,6	6,8	2,6	0,0
2	Halmahera Tengah	91,7	8,3	0,0	78,3	21,7	0,0	0,0
3	Kepulauan Sula	73,9	26,1	0,0	80,0	13,3	5,0	1,7
4	Halmahera Selatan	85,3	7,2	7,5	89,6	2,6	7,8	0,0
5	Halmahera Utara	94,4	4,6	1,0	87,9	10,9	0,8	0,4
6	Halmahera Timur	86,3	13,7	0,0	87,5	9,8	1,8	0,9
7	Ternate	99,6	0,4	0,0	99,0	1,0	0,0	0,0
8	Tidore	95,5	4,5	0,0	92,8	5,4	0,0	1,8
	Maluku Utara	91,2	7,2	1,6	90,5	6,8	2,2	0,5

^{*)} Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu, Poskesdes, Polindes

Dari segi jarak nampak bahwa 91,2% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 7,2% berjarak 1-5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa 98,4 % penduduk Maluku Utara berada kurang atau sama dengan 5 km dari fasilitas UKBM. Kondisi ini nampak tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan. Daerah dengan rumah tangga yang berada lebih dari 5 km ke fasilitas UKBM adalah di Halmahera Selatan (7,5%), Halmahera Barat(2,5%) dan Halmahera Utara (1%).

Dari segi waktu tempuh ke fasilitas UKBM nampak bahwa 90,5% rumah tangga dapat mencapai ke fasilitas UKBM kurang dari atau sama dengan 15 menit dan 6,8% antara 16-30 menit. Hal dapat ini dapat dikatakan 97,3% rumah tangga di Provinsi Maluku Utara dapat mencapai fasilitas UKBM dalam waktu ≤ 30 menit, sisanya 2,7 % memerlukan waktu lebih dari 30 menit. Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas UKBM tertinggi di Halmahera Tengah ((21,7%). Akses RT ke pelayanan UKBM menurut jarak dan waktu tempuh antar kabupaten tidak jauh berbeda. (Tabel 3.8.1.3)

Tabel 3.8.1.4
Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Posyandu^{*)}, dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah tangga	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	$\leq 15'$	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe daerah							
Perkotaan	90,7	6,9	2,5	91,0	5,9	2,8	0,3
Perdesaan	91,5	7,6	0,9	90,0	7,7	1,7	0,6
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	89,9	3,7	6,3	87,3	11,4	1,1	0,2
Kuintil-2	94,2	5,2	0,6	90,6	8,4	0,8	0,2
Kuintil-3	85,5	13,4	1,1	85,8	5,1	8,6	0,5
Kuintil-4	92,3	7,7	0,0	94,7	3,9	0,9	0,5
Kuintil-5	92,7	7,3	0,0	94,4	4,4	0,5	0,7

*) Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu, Poskesdes, Polindes

Tabel 3.8.1.4 menunjukkan akses ke UKBM berdasar karakteristik rumah tangga. Berdasarkan tipe daerah, yaitu perkotaan atau perdesaan pada tabel ini nampak bahwa akses menuju pelayanan UKBM, berdasarkan jarak, di perkotaan sama dengan perdesaan, demikian juga menurut waktu tempuh.

Gambaran akses ke UKBM berdasarkan kemampuan ekonomi rumah tangga (rata-rata pengeluaran RT perkapita), pada tabel ini nampak bahwa pada kuintil 3, akses ke posyandu/ poskesdes/polindes makin tidak mudah (makin jauh jarak dan makin lama waktu tempuh).

Tabel 3.8.1.5
Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes,
dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT		
		Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
1	Halmahera Barat	24.1	72.1	3.8
2	Halmahera Tengah	44.7	49.7	5.6
3	Kepulauan Sula	37.8	55.1	7.1
4	Halmahera Selatan	38.3	48.1	13.6
5	Halmahera Utara	54.8	38.9	6.3
6	Halmahera Timur	32.0	56.7	11.3
7	Ternate	30.7	67.6	1.7
8	Tidore	32.5	61.0	6.5
Maluku Utara		36.8	56.0	7.2

Pada tabel 3.8.1.5 ini nampak bahwa 36,8% rumah tangga di Provinsi Maluku Utara telah memanfaatkan posyandu/poskesdes, tertinggi di Halmahera Utara (54,8%) dan terendah di Halmahera Barat (24,1%). Di Provinsi Maluku Utara 56,0% rumah tangga tidak membutuhkan pelayanan tersebut.

Tabel 3.8.1.6
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes,
dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah tangga	Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tipe daerah			
Perkotaan	40.3	52.1	7.6
Perdesaan	33.8	59.4	6.8
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	44.8	48.4	6.8
Kuintil-2	49.2	45.8	5.0
Kuintil-3	31.3	58.3	10.5
Kuintil-4	29.7	65.9	4.4
Kuintil-5	29.3	61.2	9.5

Tabel 3.8.1.6 menggambarkan pemanfaatan posyandu/poskesdes berdasarkan karakteristik rumah tangga. Bila data pemanfaatan posyandu/poskesdes dikaji berdasarkan tempat tinggal (daerah perdesaan dan perkotaan) maka nampak bahwa di perkotaan lebih memanfaatkan posyandu/poskesdes oleh RT dari pada di perdesaan. Berdasarkan kemampuan ekonomi rumah tangga nampak ada kecenderungan pemanfaatan posyandu/poskesdes lebih banyak oleh tingkat ekonomi rendah (kuintil 1 dan 2).

Tabel 3.8.1.7
Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang diterima RT
Menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Penim-bangan	P enyu-luhan	Imuni-sasi	KIA		Pengo-batan	PMT	Suple-men Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
					KIA	KB				
1	Halmahera Barat	94.3	34.4	69.8	35.6	48.2	49.0	13.9	54.1	13.7
2	Halmahera Tengah	100.0	52.6	69.8	71.6	55.6	44.4	55.6	52.6	26.0
3	Kepulauan Sula	51.9	6.9	40.0	19.3	13.8	78.3	7.6	26.3	13.4
4	Halmahera Selatan	98.7	89.9	62.0	56.2	90.5	78.9	74.6	66.9	46.5
5	Halmahera Utara	86.1	21.2	51.0	23.4	24.3	69.2	8.5	43.2	14.1
6	Halmahera Timur	90.8	44.1	69.7	55.3	50.5	44.1	43.4	37.0	22.6
7	Ternate	100.0	77.9	82.4	63.9	59.5	52.5	67.4	76.1	32.4
8	Tidore	99.2	86.1	90.1	66.1	29.9	32.9	78.5	74.9	12.6
Maluku Utara		92.2	51.2	65.9	46.8	48.8	60.7	43.4	54.1	24.7

Tabel 3.8.1.7 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir. Pada tabel ini diidentifikasi 9 jenis pelayanan yang diterima rumah tangga di Posyandu/Poskesdes. Dari 9 jenis pelayanan tersebut, maka pelayanan penimbangan menempati urutan yang pertama (92,2%) kemudian disusul dengan imunisasi (65,9%) dan pengobatan (60,9%).

Tabel 3.8.1.8
Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes
yang diterima RT menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Provinsi
Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah tangga	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA		Pengo-batan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
				KIA	KB				
Tipe daerah									
Perkotaan	89.8	50.6	58.3	37.8	48.3	69.3	38.4	52.6	25.4
Perdesaan	94.5	51.9	73.1	55.5	49.4	51.9	48.1	55.6	24.0
Tingkat pengeluaran per kapita									
Kuintil-1	88.2	41.5	52.7	42.2	45.9	65.4	31.1	51.5	26.9
Kuintil-2	91.2	52.0	55.1	45.4	59.1	74.5	55.1	49.3	4.4
Kuintil-3	95.7	48.8	69.2	46.3	41.2	42.7	37.7	51.2	31.5
Kuintil-4	94.9	68.0	89.2	58.2	48.2	63.6	46.6	73.5	34.5
Kuintil-5	93.1	49.0	77.6	42.2	44.4	45.7	43.8	47.8	37.9

Tabel 3.8.1.8 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Bila diidentifikasi jenis layanan yang diterima RT di posyandu/poskesdes berdasarkan lokasi tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan) nampak bahwa RT di perdesaan lebih banyak memanfaatkan pelayanan penimbangan (94,5%). Fungsi

posyandu/ poskesdes yang menonjol baik di daerah perkotaan maupun perdesaan adalah pelayanan penimbangan balita, imunisasi, pengobatan dan suplemen gizi.

Pemanfaatan posyandu/poskesdes oleh RT menurut status ekonomi (berdasar rata-rata pengeluaran rumah tangga) kurang nampak ada pola yang berbeda antara status ekonomi rendah dan tinggi untuk semua jenis pelayanan yang diberikan.

Tabel 3.8.1.9
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak
Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dan Kabupaten
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Alasan tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes		
		Letak jauh	Tidak ada posyandu	Layanan tidak lengkap
1	Halimahera Barat	30.5	61.9	7.6
2	Halimahera Tengah	52.8	47.2	
3	Kepulauan Sula	20.2	42.5	37.3
4	Halimahera Selatan	3.7	15.7	80.7
5	Halimahera Utara	12.5	14.3	73.2
6	Halimahera Timur	7.1	42.9	50.0
7	Ternate	7.2	7.2	85.7
8	Tidore	100.0		
	Maluku Utara	10.6	29.3	60.0

Tabel 3.8.1.9 menggambarkan alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir (di luar yang tidak membutuhkan).

Distribusi alasan RT yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menunjukkan pada tiap kabupaten sangat bervariasi. Di Provinsi Maluku Utara alasan RT tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/ poskesdes karena layanan tidak lengkap sebanyak 60,0%, tidak ada posyandu (29,3%0 dan letaknya jauh (10,6%).

Tabel 3.8.1.10
Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Tidak
Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dan Karakteristik Rumah Tangga di
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah tangga	Alasan tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes		
	Letak jauh	Tidak ada posyandu	Layanan tidak lengkap
Tipe daerah			
Perkotaan	4.4	2.8	92.8
Perdesaan	14.4	45.3	40.3
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	10.3	43.5	46.2
Kuintil-2	19.5	32.2	48.3
Kuintil-3	15.2	22.5	62.4
Kuintil-4	6.2	48.1	45.7
Kuintil-5	5.0	18.2	76.8

Tabel 3.8.1.10 menggambarkan alasan utama (di luar tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menurut karakteristik rumah tangga. Alasan letak

posyandu/poskesdes jauh atau tidak ada posyandu lebih banyak ditemukan pada RT yang tinggal di perdesaan dibandingkan di perkotaan. Sedangkan untuk alasan layanan tidak lengkap banyak di temukan pada RT yang tinggal di perkotaan.

Dikaji menurut keadaan ekonomi RT, ada kecenderungan semakin mampu secara ekonomi semakin banyak RT tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes dengan alasan pelayanan tidak lengkap dan sebaliknya semakin kurang mampu semakin banyak beralasan letak posyandu/ poskesdes jauh dan tidak ada posyandu/poskesdes.

Tabel 3.8.1.11
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Pemanfaatan Polindes/bidan oleh RT		
		Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
1	Halmahera Barat	20.0	52.0	27.9
2	Halmahera Tengah	30.8	36.4	32.8
3	Kepulauan Sula	24.1	13.2	62.7
4	Halmahera Selatan	30.9	19.4	49.7
5	Halmahera Utara	43.7	41.0	15.3
6	Halmahera Timur	22.6	64.2	13.2
7	Ternate	22.8	52.1	25.1
8	Tidore	14.7	64.4	20.9
Maluku Utara		27.7	45.4	26.9

Tabel 3.8.1.11 menggambarkan pemanfaatan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir. Sebanyak 27,7% rumah tangga di Provinsi Maluku Utara telah memanfaatkan keberadaan polindes/bidan, 45,4% tidak membutuhkan polindes/bidan desa dan 26,9% karena alasan lain.

Tabel 3.8.1.12
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah tangga	Pemanfaatan Polindes/bidan oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tipe daerah			
Perkotaan	30.3	39.2	30.5
Perdesaan	25.4	50.7	23.9
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	29.0	40.9	30.1
Kuintil-2	36.9	37.8	25.3
Kuintil-3	22.0	52.6	25.4
Kuintil-4	23.9	50.1	26.0
Kuintil-5	26.8	45.5	27.7

Tabel 3.8.1.12 menggambarkan pemanfaatan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Menurut daerah tempat tinggal, Rumah Tangga di perkotaan lebih banyak memanfaatkan polindes/bidan desa dibandingkan

Rumah Tangga di perdesaan, demikian juga yang tidak memanfaatkan relatif tidak ada beda antara RT yang tinggal di perdesaan dan di perkotaan lebih banyak daripada di perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran perkapita, nampak ada kecenderungan semakin kaya RT semakin berkurang yang memanfaatkan polindes/bidan desa, dan semakin kaya RT semakin banyak yang merasa tidak membutuhkan polindes/bidan desa.

Tabel 3.8.1.13
Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT
menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita*	Pengobatan
1	Halmahera Barat		1.3	3.9	3.3	21.0	86.9
2	Halmahera Tengah	83.9	35.0	20.2	13.0	56.0	97.9
3	Kepulauan Sula	40.4	32.4	20.4		53.3	63.2
4	Halmahera Selatan	75.3	3.5	38.4	49.2	96.5	98.4
5	Halmahera Utara	98.8	9.3	1.0	1.7	55.4	82.1
6	Halmahera Timur	100.0	20.4	18.9	16.3	80.9	59.4
7	Ternate	100.0	19.3	14.4	18.5	65.2	63.5
8	Tidore	20.0	7.0	7.0	4.7	29.2	77.8
	Maluku Utara	96.4	11.7	16.4	20.7	69.0	77.9

* Bayi / balita tidak termasuk neonatus

Tabel 3.8.1.13 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan kabupaten. Pada tabel ini jenis pelayanan polindes/bidan desa dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu pelayanan di bidang KIA (pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus pemeriksaan bayi/balita) dan pengobatan. Idealnya pelayanan polindes/bidan desa lebih banyak pada pelayanan bidang KIA dari pada pengobatan. Secara keseluruhan di Provinsi Maluku Utara Persentase RT yang pernah memperoleh pelayanan pemeriksaan kehamilan lebih tinggi (96,4%) dibanding jenis lain. Disusul pelayanan pengobatan (77,9%) dan pemeriksaan bayi/balita (69,0%). Hal ini tidak dapat menggambarkan beban kerja polindes/bidan desa, apakah lebih banyak di bidang KIA atau pengobatan. Hal ini disebabkan data ini hanya menggambarkan jenis pelayanan apa yang pernah diperoleh RT dalam memanfaatkan polindes/bidan desa tanpa ditanyakan frekuensi pelayanan tersebut diperoleh.

Tabel 3.8.1.14
Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT
menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara,
Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah tangga	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Tipe daerah						
Perkotaan	97.3	6.0	18.1	24.5	73.0	85.8
Perdesaan	95.7	17.3	14.6	16.9	64.9	69.8
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	88.9	10.6	9.7	12.5	65.2	89.8
Kuintil-2	96.4	12.6	19.9	26.2	65.2	78.3
Kuintil-3	92.2	18.5	5.4	6.0	72.3	70.3
Kuintil-4	99.4	13.1	32.4	38.7	66.5	76.7
Kuintil-5	98.9	3.0	6.3	6.5	87.4	71.3

Tabel 3.8.1.14 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan karakteristik rumah tangga. Menurut tipe daerah kota, di perkotaan lebih banyak menerima pelayanan pemeriksaan kehamilan dan pengobatan, sedangkan diperdesaan lebih banyak menerima pelayanan pemeriksaan kehamilan dan pemeriksaan bayi/balita.

Secara umum tidak terdapat perbedaan yang cukup berarti terhadap jenis pelayanan polindes/bidan desa yang diterima keluarga miskin maupun kaya. Namun kecenderungan untuk pelayanan persalinan di polindes/bidan desa banyak diterima oleh penduduk dengan status ekonomi pada kuintil 3 (menengah). Sedangkan penduduk pada kuintil 4 dan 5 lebih banyak menerima pelayanan pemeriksaan kehamilan, ibu nifas, neonatus serta pemeriksaan bayi/balita.

Tabel 3.8.1.15
Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Polindes/Bidan Desa menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara,
Riskesdas 2007

No.	Kabupaten/kota	Alasan tidak memanfaatkan polindes/bidan desa			
		Letak jauh	Tidak ada polindes/bidan	Layanan tidak lengkap	Lainnya
1	Halmahera Barat	0.8	28.4	3.1	67.8
2	Halmahera Tengah	6.0	73.7		20.2
3	Kepulauan Sula	2.8	24.7	1.3	71.3
4	Halmahera Selatan	0.7	49.7	0.5	49.2
5	Halmahera Utara	3.4	26.0	1.4	69.2
6	Halmahera Timur		28.9	10.5	60.5
7	Ternate	0.5	1.9	3.3	94.3
8	Tidore	11.4	42.7	0.9	44.9
	Maluku Utara	1.6	29.6	2.5	66.3

Tabel 3.8.1.15 menggambarkan alasan utama rumah tangga (di luar yang tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut provinsi. Di Provinsi

Maluku Utara alasan rumah tangga tidak memanfaatkan polindes karena tidak ada polindes atau bidan desa sebanyak 129,6%, tertinggi di Halmahera Selatan (49,7%).

Tabel 3.8.1.16
Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dan Karakteristik Rumah tangga, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah tangga	Alasan tidak memanfaatkan polindes/bidan desa			
	Letak jauh	Tidak ada polindes/bidan	Layanan tidak lengkap	Lainnya
Tipe daerah				
Perkotaan	0.8	34.7	1.4	63.1
Perdesaan	2.4	24.0	3.8	69.8
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	1.7	14.6	1.8	81.8
Kuintil-2	1.1	40.0	3.2	55.7
Kuintil-3	3.3	44.1	2.4	50.2
Kuintil-4	1.4	27.2	2.5	68.9
Kuintil-5	0.5	24.8	2.8	71.9

Tabel 3.8.1.16 menggambarkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan utama (di luar yang tidak membutuhkan) menurut karakteristik rumah tangga.

Di daerah perkotaan alasan tidak memanfaatkan polindes dalam 3 bulan terakhir karena tidak ada polindes/bidan desa lebih besar di dibandingkan di daerah perdesaan. Berdasarkan kemampuan ekonomi rumah tangga nampak makin kurang mampu rumah tangga makin tinggi yang beralasan letak polindes/ bidan jauh.

Tabel 3.8.1.17
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/ Warung Obat Desa (WOD) menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No.	Kabupaten/Kota	Pemanfaatan POD/WOD oleh RT		
		Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
1	Halmahera Barat	7.2	36.9	55.9
2	Halmahera Tengah	0.6	0.6	98.7
3	Kepulauan Sula	3.5	2.7	93.7
4	Halmahera Selatan	5.4	16.4	78.3
5	Halmahera Utara	0.1	13.1	86.8
6	Halmahera Timur	2.4	14.6	83.0
7	Ternate	13.2	10.9	75.9
8	Tidore	4.8	15.4	79.8
Maluku Utara		5.6	15.6	78.8

Tabel 3.8.1.18
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/
Warung Obat Desa (WOD) menurut Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik rumah tangga	Pemanfaatan POD/WOD oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tipe daerah			
Perkotaan	2.6	16.5	80.9
Perdesaan	8.1	14.9	77.0
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	5.6	13.3	81.1
Kuintil-2	5.2	8.3	86.6
Kuintil-3	8.1	23.1	68.8
Kuintil-4	3.9	15.8	80.3
Kuintil-5	5.5	17.9	76.6

Tabel 3.8.1.17 dan 3.8.1.18 menyajikan informasi tentang pemanfaatan Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD) dalam tiga bulan terakhir. Di Maluku Utara 5,6% rumah tangga memanfaatkan POD/WOD dan yang tidak membutuhkan 15,6%. Pemanfaatan POD/WOD di perdesaan lebih banyak daripada di perkotaan. Pada kuintil 5, masih juga memanfaatkan POD/WOD.

Tabel 3.8.1.19
Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Pos Obat Desa (POD) / Warung Obat Desa (WOD) menurut Kabupaten
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No.	Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD oleh RT			
		Lokasi jauh	Tidak ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
1	Halmahera Barat	0,0	89,9	2,2	7,8
2	Halmahera Tengah	0,0	100,0	0,0	0,0
3	Kepulauan Sula	0,0	97,6	0,0	2,4
4	Halmahera Selatan	0,0	92,4	0,0	7,6
5	Halmahera Utara	0,0	100,0	0,0	0,0
6	Halmahera Timur	0,0	97,1	0,4	2,4
7	Ternate	0,6	67,5	30,5	1,4
8	Tidore	0,0	95,3	0,0	4,7
	Maluku Utara	0,2	89,7	7,1	3,0

Tabel 3.8.1.19 alasan tidak memanfaatkan POD/WOD karena tidak ada POD/WOD sebanyak 89,7%, kemudian disusul dengan alasan karena obat tidak lengkap.

Tabel 3.8.1.20
Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dan Karakteristik Rumah
Tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik rumah tangga	Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD oleh RT			
	Lokasi jauh	Tidak ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Tipe daerah				
Perkotaan	0,3	93,5	2,3	3,9
Perdesaan	0,0	86,3	11,4	2,3
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	0,0	90,2	8,9	0,9
Kuintil-2	0,2	97,4	0,4	2,0
Kuintil-3	0,0	89,0	8,6	2,3
Kuintil-4	0,4	87,4	9,7	2,5
Kuintil-5	0,2	83,1	9,0	7,6

Tabel 3.8.1.20 menyajikan informasi tentang alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD menurut kabupaten dan karakteristik rumah tangga karena alasan tidak ada POD/WOD di perkotaan lebih banyak daripada di perdesaan.

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 rumah tangga yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan, termasuk penggunaan Askeskin/SKTM yang salah sasaran.

Seluruh penduduk diminta untuk memberikan informasi tentang apakah yang bersangkutan pernah menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Mereka yang pernah rawat jalan maupun rawat inap diminta untuk menjelaskan dimana terakhir menjalani perawatan kesehatan, serta dari mana sumber biaya perawatan kesehatan tersebut. Pihak-pihak yang menanggung biaya perawatan kesehatan tersebut bisa lebih dari satu.

Tabel 3.8.2.1
Persentase Responden yang Menjalani Rawat Inap Menurut Tempat
Berobat dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat berobat rawat inap menurut kabupaten/kota								
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RS.L Negri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Tidak Rwt Inap
Halmahera Barat	2.6	0.3			1.8			0.2	95.1
Halmahera Tengah	1.3	0.3		0.2	1.7			0.2	96.2
Kepulauan Sula	1.0	0.1			0.4	0.1		0.1	98.4
Halmahera Selatan	1.4	0.1			0.1				98.3
Halmahera Utara	2.1	0.7			0.5	0.1			96.5
Halmahera Timur	1.0	0.2			1.1			0.1	97.6
Ternate	7.4	3.3		0.5	0.2	0.1	0.1		88.3
Tidore	6.1	0.2		0.1	0.1	0.2			93.4
Maluku Utara	2.7	0.6		0.1	0.8	0.1	0.0	0.1	95.6

Tabel 3.8.2.1 tempat berobat rawat inap yang paling banyak di RS pemerintah (2,7%), sedangkan yang berobat RS luar negeri tidak ada. Untuk yang tidak melakukan rawat inap sebesar 95,6%.

Tabel 3.8.2.2
Persentase Responden yang Menjalani Rawat Inap menurut Tempat Berobat dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Maluku 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	6.9	2.2		0.4	0.3	0.2			90.1
Perdesaan	1.8	0.3		0.0	0.9	0.0	0.0	0.1	96.9
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan									
Kuintil1	1.4	0.4		0.0	0.7			0.2	97.3
Kuintil2	2.7	0.3		0.1	0.7	0.2	0.0		96.1
Kuintil3	2.7	0.6		0.1	0.6	0.1	0.0		95.9
Kuintil4	3.4	0.9		0.1	1.1	0.1		0.1	94.3
Kuintil5	3.5	1.1		0.2	0.5			0.0	94.7

Tabel 3.8.2.2 menunjukkan Rumah tangga di daerah perkotaan lebih banyak menggunakan rawat inap di RS Pemerintah (6,9%). Pemanfaatan RS (baik pemerintah atau swasta) sebagai tempat berobat rawat inap cenderung meningkat seiring dengan meningkatnya status ekonomi sedangkan pada tingkat ekonomi rendah (kuintil 1 dan 2) lebih banyak memanfaatkan puskesmas untuk rawat inap.

Tabel 3.8.2.3
Persentase Responden yang Menjalani Rawat Inap menurut Sumber Pembiayaan Rawat inap dan Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan Rawat Inap				
		Sendiri/ keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- lain
1	Halmahera Barat	89,8	5,0	5,0	6,8	0,0
2	Halmahera Tengah	58,8	6,3	11,8	17,6	6,3
3	Kepulauan Sula	82,1	3,4	10,7	3,4	0,0
4	Halmahera Selatan	22,2	44,4	29,3	4,5	0,0
5	Halmahera Utara	67,3	15,3	9,2	5,1	9,2
6	Halmahera Timur	57,1	23,8	19,0	0,0	4,5
7	Ternate	73,5	35,7	5,6	2,1	2,1
8	Tidore	86,4	25,0	5,0	3,3	1,7
	Maluku Utara	72,0	23,0	8,5	5,2	3,3

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes, Swasta, JPK, Pemerintah Tipe daerah

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

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

Tabel 3.8.2.3 menggambarkan sebagian besar rumah tangga di Maluku Utara menggunakan sumber biaya sendiri atau dari keluarga untuk pembiayaan rawat inap

(7,1%). Halmahera Barat merupakan kabupaten tertinggi dengan penduduk yang menjalani rawat inap dengan pembiayaan sendiri atau dari keluarga (89,8%). Kabupaten dengan rumah tangga pengguna Askes/Jamsostek dan askeskin dan SKTM tertinggi adalah Halmahera Selatan masing-masing 44,4% dan 29,3%.

Tabel 3.8.2.4
Persentase Responden yang Menjalani Rawat Inap menurut Sumber
Pembiayaan Rawat Inap dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah Tangga	Sumber pembiayaan Rawat Inap				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain- lain
Tipe daerah					
Perkotaan	72,3	33,6	6,4	2,1	1,8
Perdesaan	69,3	18,1	11,0	5,7	4,3
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil 1	63,8	21,0	12,5	7,4	2,5
Kuintil 2	72,4	21,6	13,4	3,4	2,6
Kuintil 3	71,4	23,2	8,9	3,6	6,4
Kuintil 4	67,5	29,2	7,8	2,6	1,3
Kuintil 5	77,1	35,2	2,1	3,5	2,1

Tabel 3.8.2.4 memperlihatkan bahwa menurut tipe daerah, sumber pembiayaan rawat inap dengan membayar sendiri dan menggunakan Askes/Jamsostek lebih banyak terjadi pada rumah tangga di perkotaan dibandingkan dengan rumah tangga perdesaan. Sedangkan pemakaian Askeskin (11%) dan dana sehat (5,7%) sebagian besar di daerah perdesaan.

Berdasarkan kemampuan ekonomi terdapat kecenderungan makin rendah kemampuan ekonominya makin banyak rumah tangga yang menggunakan Askeskin/SKTM dan Dana sehat. Disisi lain terdapat kecenderungan makin meningkat status ekonomi, makin meningkat pula pemanfaatan sumber biaya sendiri dan pemakaian Askes atau Jamsostek.

Tabel 3.8.2.5
Persentase Responden yang Menjalani Rawat Jalan menurut Tempat Berobat dan Kabupaten di Provinsi Maluku 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
Halmahera Barat	1.4	0.2		9.4		2.4	0.6	0.9	5.6	79.5
Halmahera Tengah	1.0	0.3		24.8	0.1	0.6	0.1	0.2	0.5	72.5
Kepulauan Sula	0.6	0.1		4.7		3.7	0.1	2.9	1.2	86.8
Halmahera Selatan	0.8	0.2		15.2	0.1	0.1	0.5	0.2	1.2	81.6
Halmahera Utara	1.6	0.4		12.0	0.0	8.8	0.1	1.5	0.6	74.9
Halmahera Timur	0.5	0.1	0.1	23.3	0.1	4.4			1.4	70.1
Ternate	3.2	1.0		19.8	0.4	11.2		0.4	0.6	63.4
Tidore	4.0	0.3		20.3		6.6		0.1	0.6	68.1
Maluku Utara	1.6	0.3	0.0	15.4	0.1	4.8	0.2	0.9	1.6	75.3

Tabel 3.8.2.5 menunjukkan bahwa sebagian besar penduduk Maluku Utara memanfaatkan RSB untuk pelayanan rawat jalan (15,4%) dan berobat pada tenaga kesehatan sebanyak 4,8%.

Tabel 3.8.2.6
Persentase Responden yang Menjalani Rawat Jalan menurut Tempat Berobat dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Maluku 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	3.7	0.8		17.0	0.2	10.1	0.0	0.5	0.9	66.8
Perdesaan	1.1	0.2	0.0	15.0	0.1	3.5	0.2	1.0	1.7	77.2
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan										
Kuintil 1	0.7	0.1		13.8		3.1	0.0	0.6	1.6	80.0
Kuintil 2	1.0	0.2		14.0	0.1	4.1	0.3	0.5	1.8	77.9
Kuintil 3	1.3	0.4	0.0	15.7	0.2	5.1	0.3	0.9	1.6	74.5
Kuintil 4	2.1	0.3	0.0	14.8		5.1	0.2	1.3	1.5	74.6
Kuintil 5	2.6	0.7		16.2	0.2	7.1	0.2	1.1	1.3	70.6

Tabel 3.8.2.6 menjelaskan bahwa di perkotaan lebih banyak memakai RS pemerintah (3,7%), begitu juga dengan Nakes (10,1%) dan RSB (17,0%).

Tabel 3.8.2.7
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan menurut Kabupaten
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

No	Kabupaten/Kota	Sumber pembiayaan rawat jalan				
		Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain-lain
1	Halmahera Barat	89,3	6,7	1,6	1,6	1,6
2	Halmahera Tengah	62,6	5,7	11,5	13,1	6,5
3	Kepulauan Sula	90,6	2,1	4,1	0,0	1,7
4	Halmahera Selatan	8,4	55,5	24,7	11,2	0,2
5	Halmahera Utara	77,7	4,1	9,5	4,8	1,6
6	Halmahera Timur	38,3	30,8	20,8	4,2	4,9
7	Terrnate	68,3	19,5	9,6	3,2	1,2
8	Tidore	76,3	14,1	10,4	4,3	2,1
Maluku Utara		64,5	17,4	11,1	5,2	2,6

Tabel 3.8.2.7 menunjukkan sebagian besar rumah tangga di Maluku Utara menggunakan sumber pembiayaan sendiri/keluarga (64,5%) untuk rawat jalan disusul penggunaan Askes/Jamsostek (17,4%). Pembiayaan sendiri untuk rawat jalan terbanyak di Kepulauan Sula (90,6%), sedangkan pembiayaan dengan Askes/Jamsostek untuk rawat jalan tertinggi di Halmahera Selatan (55,5%).

Tabel 3.8.2.8
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan menurut Karakteristik Rumah
Tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber pembiayaan rawat jalan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Tipe daerah					
Perkotaan	68,5	18,5	9,5	3,9	1,2
Perdesaan	60,7	18,9	12,9	5,3	2,2
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil 1	63,8	12,2	19,1	5,1	1,3
Kuintil 2	63,5	16,1	13,3	4,4	1,2
Kuintil 3	62,2	18,7	11,9	5,0	2,0
Kuintil 4	64,1	21,3	9,3	5,2	1,8
Kuintil 5	65,3	23,0	6,9	2,8	2,5

Sumber biaya rawat jalan menurut klasifikasi daerah (Tabel 3.8.2.8), pembayaran dengan biaya sendiri/keluarga untuk rawat jalan lebih tinggi di perkotaan (68,5) dibandingkan di daerah perdesaan, sedangkan pemanfaatan Askeskin/SKTM untuk rawat jalan lebih banyak di perdesaan (12,9%). Pembiayaan dengan Askes/Jamsostek sama antara perkotaan dan perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran perkapita, makin tinggi status ekonominya makin banyak yang membayar sendiri dan Askes/Jamsostek untuk rawat jalan, sedangkan makin rendah status ekonominya makin banyak yang membayar dengan Askeskin/SKTM untuk berobat jalan.

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.

Ada 8 (delapan) aspek ketanggapan untuk pelayanan rawat inap yang ditanyakan pada Riskesdas 2007 ini, yaitu:

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 rahasia kondisi kesehatan.
6. Kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya
7. Kebersihan ruang rawat inap termasuk kamar mandi.
8. Kemudahan dikunjungi keluarga atau teman.

Sedangkan aspek rawat jalan ada 7 (tujuh) aspek sistem kesehatan yang berkaitan dengan ketanggapan berobat jalan, yaitu

1. Waktu tunggu
2. Keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara
3. Kejelasan petugas kesehatan menerangkan segala sesuatu yang berkaitan dengan keluhan kesehatan
4. Keikutsertaan dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan atau pengobatannya
5. Kebebasan berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan rahasia kondisi kesehatan.
6. Kebebasan memilih petugas kesehatan
7. kebersihan fasilitas kesehatan.

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
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu tunggu	Keramah-an	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasia-an	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Kemudahan dikunjungi
Halmahera Barat	83.0	86.2	88.3	91.5	91.5	85.1	78.7	86.2
Halmahera Tengah	84.2	93.0	98.2	94.7	96.5	94.7	80.7	100.0
Kepulauan Sula	96.2	100.0	100.0	96.2	96.2	96.2	96.2	100.0
Halmahera Selatan	79.3	85.7	86.2	86.2	82.8	86.2	79.3	82.8
Halmahera Utara	81.8	84.4	85.7	77.9	77.9	76.6	80.5	88.3
Halmahera Timur	96.9	96.9	96.9	90.6	90.6	90.6	87.5	96.9
Ternate	83.4	85.6	77.9	79.0	80.7	84.0	81.8	96.1
Tidore	84.4	89.6	89.6	81.8	94.8	79.2	89.6	93.5
Maluku Utara	84.5	88.1	86.7	84.6	86.9	84.6	82.9	93.0

Tabel 3.8.3.1 menggambarkan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut kabupaten. Hasil ketanggapan yang disajikan dalam tabel ini adalah hasil yang menurut persepsi responden baik dan sangat baik.

Di provinsi Maluku Utara, persentase rumah tangga dari semua aspek ketanggapan (8 aspek) dibidang pelayanan kesehatan untuk rawat inap lebih dari 80%. Aspek tertinggi adalah kemudahan dikunjungi (93,3%). Kabupaten dengan ketanggapan 100% untuk aspek keramahan adalah Kepulauan Sula, untuk kejelasan informasi dan kemudahan dikunjungi adalah Hamahera Tengah dan Kepulauan Sula.

Tabel 3.8.3.2
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu tunggu	Keramah-an	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Kemudahan dikunjungi
Tipe daerah								
Perkotaan	84.2	87.0	79.2	80.0	82.5	81.3	84.2	94.2
Perdesaan	84.7	88.9	92.2	88.0	90.1	87.1	82.0	92.2
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil-1	92.5	98.1	94.3	92.5	92.5	98.1	92.5	98.1
Kuintil-2	92.3	89.2	90.8	84.6	93.8	92.3	90.8	98.5
Kuintil-3	93.0	93.0	93.0	94.2	90.7	95.3	91.9	95.3
Kuintil-4	89.8	92.0	93.2	90.9	89.8	88.6	85.2	94.3
Kuintil-5	89.4	89.4	86.2	83.9	87.8	78.0	80.5	88.6

Tabel 3.8.3.2 menyajikan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut karakteristik rumah tangga. Antara masyarakat perkotaan dengan perdesaan, tidak banyak berbeda untuk penilaian ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap. Baik masyarakat perkotaan maupun perdesaan

sebagian besar (>80%) menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap baik dan sangat baik.

Ada kecenderungan semakin kaya penduduk, persentase yang menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap aspek waktu tunggu, kejelasan informasi, kerahasiaan, kebebasan memilih dan kebersihan ruangan makin banyak kecuali penduduk pada kuintil 5. Penduduk pada kuintil 5 yang menilai ketanggapan dengan baik dan sangat baik berkisar 78,0% sampai 89,4%.

Tabel 3.8.3.3
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan menurut Kabupaten di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Halmahera Barat	89,6	94,0	91,1	89,2	90,0	86,7	81,8
Halmahera	95,9	97,5	95,9	97,5	99,2	97,5	92,6
Kepulauan Sula	97,9	98,8	97,9	98,8	98,8	98,7	97,8
Halmahera	86,0	97,3	94,2	94,2	93,8	96,7	86,9
Halmahera Utara	79,4	90,3	84,3	81,7	85,0	77,9	87,2
Halmahera Timur	96,2	97,4	96,2	94,0	95,8	96,2	95,4
Ternate	87,4	92,6	90,4	88,5	90,8	91,6	91,1
Tidore	90,5	93,9	93,3	79,9	94,5	86,0	95,4
Maluku Utara	89,3	94,6	91,9	89,4	92,6	90,1	90,5

Hasil ketanggapan yang disajikan dalam tabel 3.8.3.3 ini adalah hasil yang menurut persepsi responden baik dan sangat baik. Di Maluku Utara secara umum ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan yang menilai baik dan sangat baik sebanyak 89,3% sampai 94,6%.

Tabel 3.8.3.4
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu tunggu	Keramah-an	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Tipe daerah							
Perkotaan	86,9	92,6	90,7	87,1	90,1	88,7	91,0
Perdesaan	88,3	94,8	91,4	89,3	92,4	89,9	90,1
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	89,4	94,7	91,7	87,3	93,2	90,2	91,5
Kuintil-2	88,1	91,0	89,0	88,1	91,2	87,9	89,9
Kuintil-3	90,4	94,8	92,4	90,8	92,0	90,8	93,0
Kuintil-4	86,4	94,0	90,5	86,9	89,9	90,6	90,3
Kuintil-5	85,0	94,9	91,6	88,5	91,2	87,5	87,9

Tabel 3.8.3.4 menggambarkan antara masyarakat perkotaan dengan perdesaan, tidak nampak banyak perbedaan pada penilaian ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan. Baik masyarakat perkotaan maupun perdesaan sebagian besar (>80%) menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan baik dan sangat baik. Demikian juga bila dilihat berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita, juga tidak menunjukkan perbedaan yang mencolok terhadap penilaian ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan untuk semua aspek.

3.9 Kesehatan Lingkungan

Data kesehatan lingkungan diambil dari dua sumber data, yaitu Riskesdas 2007 dan Kor Susenas 2007. Sesuai kesepakatan, data yang sudah ada di Kor Susenas tidak dikumpulkan lagi di Riskesdas, dan dalam Riskesdas ditanyakan pertanyaan-pertanyaan yang tidak ada di Kor Susenas. Dengan demikian penyajian beberapa variabel kesehatan lingkungan merupakan gabungan data Riskesdas dan Kor Susenas.

Data yang dikumpulkan dalam survei ini meliputi data air bersih keperluan rumah tangga, sarana pembuangan kotoran manusia, sarana pembuangan air limbah (SPAL), pembuangan sampah, dan perumahan. Data tersebut bersifat fisik dalam rumah tangga, sehingga pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara terhadap kepala rumah tangga dan pengamatan.

3.9.1 Air Keperluan Rumah Tangga

Menurut WHO, jumlah pemakaian air bersih rumah tangga per kapita sangat terkait dengan risiko kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan higiene. Rerata pemakaian air bersih individu adalah rerata jumlah pemakaian air bersih rumah tangga dalam sehari dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga. Rerata pemakaian individu ini kemudian dikelompokkan menjadi '<5 liter/orang/hari', '5-19,9 liter/orang/hari', '20-49,9 liter/orang/hari', '50-99,9 liter/orang/hari' dan '≥100 liter/orang/hari'. Berdasarkan

tingkat pelayanan, kategori tersebut dinyatakan sebagai 'tidak akses', 'akses kurang', 'akses dasar', 'akses menengah', dan 'akses optimal'. Risiko kesehatan masyarakat pada kelompok yang akses terhadap air bersih rendah ('tidak akses' dan 'akses kurang') dikategorikan sebagai mempunyai risiko tinggi.

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

Tabel 3.9.1.1
Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten Di Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	< 5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	≥ 100
Halmahera Barat	0.3	12.7	48.6	22.0	16.4
Halmahera Tengah	0.0	12.5	54.2	29.2	4.2
Kepulauan Sula	0.7	1.5	3.7	28.4	65.7
Halmahera Selatan	0.0	16.7	59.0	15.9	8.5
Halmahera Utara	0.2	8.4	61.4	26.7	3.3
Halmahera Timur	0.7	6.1	23.7	49.9	19.6
Ternate	0.0	7.0	44.7	28.7	19.6
Kepulauan Tidore	0.7	6.4	19.3	26.4	47.1
Maluku Utara	0.3	9.1	43.8	29.4	17.5

Tabel 3.9.1.1 menunjukkan bahwa rata-rata pemakaian air bersih per orang per hari terbanyak di provinsi Maluku Utara antara 20 – 49.9 liter yaitu 43.8%. Menurut kabupaten sebagian besar pemakaiannya antara 20 – 49.9 liter per orang per hari, hanya di Kabupaten Kepulauan Sula dan Kepulauan Tidore tertinggi pada pemakaian lebih dari 100 liter per orang per hari, yaitu 65.7 % dan 47.1%. Demikian pula di Kabupaten Halmahera Timur tertinggi pemakaian pada 50 – 99.9 liter per orang per hari yaitu 49.9 %.

Tabel 3.9.1.2
Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga, Di Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19.9	20-49.9	50-99.9	≥100
Tipe daerah					
Perkotaan	0.1	10.4	48.6	26.3	14.7
Perdesaan	0.4	8.0	39.6	32.0	19.9
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil-1	1.0	9.1	50.3	27.5	12.1
Kuintil-2	0.0	7.5	46.3	29.3	16.9
Kuintil-3	0.0	10.9	38.4	29.3	21.3
Kuintil-4	0.0	12.0	44.7	26.2	17.0
Kuintil-5	0.0	5.8	38.9	34.7	20.6

Tabel 3.9.1.2 menunjukkan bahwa baik di perkotaan maupun di perdesaan jumlah rata-rata pemakaian air bersih per orang per hari tertinggi antara 20 liter – 49.9 liter. Jika dibandingkan antara kedua daerah tersebut maka di perkotaan persentase pemakaian lebih tinggi yaitu 48.6% dibandingkan di perdesaan yaitu 39.6%.

Tabel tersebut juga menunjukkan bahwa persentase tertinggi rumah tangga dalam rata-rata pemakaian air bersih per orang per hari tiap kuintil tidak berbeda, yaitu antara 20 – 49.9 liter.

Tabel 3.9.1.3
Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,
Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten,
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Lama waktu dan jarak menjangkau sumber air				Ketersediaan		
	Waktu (menit)		Jarak (kilometer)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	≤30	>30	≤1	>1			
Halmahera Barat	92.3	7.7	82.1	17.9	81.3	15.9	2.8
Halmahera Tengah	100.0	0.0	96.0	4.0	91.7	8.3	0.0
Kepulauan Sula	98.5	1.5	92.5	7.5	98.5	1.5	0.0
Halmahera Selatan	98.4	1.6	76.7	23.3	98.4	1.4	0.2
Halmahera Utara	99.8	0.2	99.7	0.3	97.0	3.0	0.0
Halmahera Timur	98.6	1.4	96.2	3.8	94.2	5.8	0.0
Ternate	99.4	0.6	84.1	15.9	74.6	17.8	7.6
Kepulauan Tidore	96.5	3.5	93.0	7.0	86.2	13.0	0.7
Maluku Utara	98.2	1.8	89.0	11.0	89.3	8.6	2.1

Tabel 3.9.1.4 menunjukkan bahwa lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air sebagian besar di semua kabupaten kurang dari 30 menit dan kurang dari 1 kilo meter. Sedangkan ketersediaan air sebagian besar di semua kabupaten mudah sepanjang tahun.

Tabel 3.9.1.4
Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,
Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga,
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Lama waktu dan jarak menjangkau sumber air				Ketersediaan		
	Waktu (menit)		Jarak (kilometer)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	≤30	>30	≤1	>1			
Tipe daerah							
Perkotaan	99.3	0.7	89.7	10.3	95.5	3.9	0.6
Perdesaan	97.2	2.8	88.3	11.7	83.9	12.6	3.5
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	98.1	1.9	86.0	14.0	88.0	9.6	2.4
Kuintil-2	97.2	2.8	84.7	15.3	86.7	8.0	5.2
Kuintil-3	98.1	1.9	89.1	10.9	89.7	9.6	0.7
Kuintil-4	98.3	1.7	91.6	8.4	88.3	11.4	0.3
Kuintil-5	99.3	0.7	93.5	6.5	93.7	4.2	2.1

Tabel 3.9.1.4 menunjukkan bahwa lama waktu untuk menjangkau sumber air baik di perkotaan atau perdesaan sebagian besar kurang dari 30 menit demikian pula dengan jarak, sebagian besar kurang dari 1 kilometer untuk menjangkau sumber air. Sedangkan ketersediaan air, baik di perkotaan atau perdesaan mudah mendapatkannya sepanjang tahun.

Tidak ada perbedaan persentase lama waktu menjangkau sumber air baik di kuintil 1 sampai kuintil 5, seluruhnya kurang dari 30 menit untuk menjangkaunya. Demikian pula dengan ketersediaan air, sebagian besar mudah mendapatkannya sepanjang tahun, baik di kuintil 1 sampai dengan kuintil 5.

Tabel 3.9.1.5
Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air
Dalam Rumah Tangga dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara,
Riskesdas 2007

Kabupaten / kota	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)
Halmahera Barat	32.9	1.1	63.2	2.9
Halmahera Tengah	38.9	0.0	55.6	5.6
Kepulauan Sula	8.5	2.4	81.7	7.3
Halmahera Selatan	42.0	6.7	50.6	0.7
Halmahera Utara	30.4	0.5	68.0	1.0
Halmahera Timur	46.9		50.9	2.2
Ternate	22.7	21.8	46.0	9.5
Kepulauan Tidore	44.6	1.8	48.2	5.4
Maluku Utara	36.6	4.7	55.6	3.1

Tabel 3.9.1.5 menunjukkan bahwa tidak semua sumber air yang digunakan rumah tangga di dalam pekarangan rumah. Persentase individu yang mengambil biasa mengambil air sebagian besar di semua kabupaten adalah laki-laki dewasa.

Tabel 3.9.1.6
Persentase Rumah Tangga menurut Anggota Rumah Tangga yang Biasa
Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga,
di Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	PEREMPUAN		LAKI-LAKI	
	DEWASA	ANAK (<12 TH)	DEWASA	ANAK (<12 TH)
Tipe daerah				
Perkotaan	35.0	4.7	59.1	1.1
Perdesaan	37.7	4.7	53.6	4.1
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	38.4	10.8	47.7	3.1
Kuintil-2	29.0	7.4	60.1	3.5
Kuintil-3	34.1	1.3	61.2	3.3
Kuintil-4	44.4	0.0	51.7	3.9
Kuintil-5	37.0	3.0	59.0	1.0

Tabel 3.9.1.6 menunjukkan bahwa baik di perkotaan maupun di perdesaan individu yang biasa mengambil air terbanyak laki-laki dewasa dan individu yang biasa mengambil air tidak berbeda baik di kuintil 1 sampai kuintil 5 yaitu laki-laki dewasa.

Data kualitas fisik air untuk keperluan minum rumah tangga dikumpulkan dengan cara wawancara dan pengamatan, meliputi kekeruhan, bau, rasa, warna dan busa. Kategori kualitas fisik air minum baik bila air tersebut tidak keruh, tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna dan tidak berbusa.

Tabel 3.9.1.7
Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan
Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten/ kota	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Halmahera Barat	4.0	4.3	4.4	3.1	3.1	92.5
Halmahera Tengah	8.3	8.0	4.2	0.0	4.0	87.5
Kepulauan Sula	16.5	8.3	8.3	0.0	3.8	78.0
Halmahera Selatan	17.1	16.5	16.9	0.2	0.2	64.3
Halmahera Utara	1.0	0.7	0.2	0.0	0.2	98.8
Halmahera Timur	19.6	14.1	4.5	2.0	3.1	75.5
Ternate	0.3	1.3	27.3	0.0	0.0	71.1
Kepulauan Tidore	3.6	0.7	0.7	0.0	0.0	95.7
Maluku Utara	8.3	6.8	11.0	0.8	1.2	80.4

*) Tidak Keruh, Berwarna, Berasa, Berbusa Dan Berbau

Tabel 3.9.1.7 memperlihatkan secara umum di Provinsi Maluku Utara 80,4% mempunyai kualitas fisik air minum baik. Kabupaten Halmahera Utara kualitas fisik air minum 98,8% baik, sedangkan kabupaten dengan kualitas air minum jelek (keruh, berwarna, berasa) paling tinggi di Halmahera Selatan.

Tabel 3.9.1.8
Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan
Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Tipe daerah						
Perkotaan	7.1	6.2	6.5	0.0	0.2	86.3
Perdesaan	9.4	7.4	14.8	1.5	2.0	75.5
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	4.5	3.1	6.9	0.34	0.5137	89.18
Kuintil-2	4.7	8.4	9.4	0.87	1.7452	81.47
Kuintil-3	10.1	10.3	9.9	1.06	1.42096	77.94
Kuintil-4	10.6	8.6	11.9	0.99	1.2069	77.03
Kuintil-5	11.9	4.0	16.8	0.87	1.04895	76.18

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

Kualitas fisik air minum di perkotaan 86,3% baik, sedangkan di perdesaan 75,5% baik. Menurut pengeluaran per kapita, makin tinggi kuintil cenderung makin keruh dan berasa kualitas fisik air minumnya. (Tabel 3.9.1.8)

Data jenis sumber air minum utama yang digunakan rumah tangga diambil dari data Kor Susenas 2007.

Tabel 3.9.1.9
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan
Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 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
Halmahera Barat	0.3	8.9	7.1	1.5	34.7	14.7	11	8.0	2.8	11.0
Halmahera Tengah	0.0	0.0	0.0	5.9	23.5	17.6	47.1	5.9	0.0	0.0
Kepulauan Sula	0.0	26.5	0.0	3.0	50.8	12.1	4.55	0.0	3.0	0.0
Halmahera Selatan	0.0	11.2	0.4	0.0	81.8	1.9	1.66	0.2	2.9	0.0
Halmahera Utara	7.3	13.1	2.4	0.2	54.8	21.3	0.0	0.3	0.3	0.2
Halmahera Timur	0.4	0.4	0.4	0.4	27.0	58.2	0.36	0.0	12.3	0.7
Ternate	0.3	25.9	0.0	2.8	21.3	13.0	12.9	0.0	0.0	23.7
Kepulauan Tidore	0.0	23.9	0.0	4.2	62.7	1.4	0.0	0.0	0.0	7.7
Maluku Utara	1.6	13.9	1.4	1.3	43.9	21.1	5.06	1.0	3.4	7.3

Tabel 3.9.1.9 menunjukkan jenis sumber air minum terbanyak adalah sumur terlindung (43,9%) dan sumur tidak terlindung (21,1%). Di Halmahera Selatan 81,8% menggunakan sumur terlindung untuk sumber air minum, Halmahera Timur 58,2% sumur tidak terlindung, Halmahera Tengah 47,1% mata air terlindung.

Tabel 3.9.1.10
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan
Karakteristik Rumah Tangga, Di Provinsi Maluku Utara, Susenas 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
Tipe daerah										
Perkotaan	3.3	24.7	1.1	2.2	56.6	10.1	0.0	0.1	0.0	1.9
Perdesaan	0.2	4.8	1.7	0.5	33.1	30.5	9.2	1.9	6.2	11.9
Tingkat pengeluaran per kapita										
Kuintil-1	0.0	6.8	1.9	0.3	46.4	23.4	8.3	1.4	2.9	8.5
Kuintil-2	0.0	14.9	2.8	0.5	37.3	27.4	5.3	1.6	3.1	6.9
Kuintil-3	0.0	9.9	0.9	1.6	48.9	20.8	6.8	1.2	3.7	6.2
Kuintil-4	2.3	13.9	0.5	1.2	49.5	14.5	3.3	0.8	3.1	10.9
Kuintil-5	5.8	24.0	1.1	2.8	36.8	19.8	1.4	0.4	4.2	3.9

Sumber air minum di perkotaan terbanyak menggunakan sumur terlindung (56,6%), sedangkan di perdesaan lebih banyak menggunakan sumur terlindung dan sumur tidak terlindung. Air kemasan lebih banyak digunakan di perkotaan (3,3%). Menurut tingkat pengeluaran perkapita, makin tinggi kuintil makin banyak yang menggunakan air kemasan, leding eceran, sumur bor/pompa, dan sumur terlindung, sedangkan makin rendah kuintil makin banyak yang menggunakan leding meteran, sumur tidak terlindung, mata air terlindung dan tidak terlindung dan air hujan. (Tabel 3.9.1.10)

Tabel 3.9.1.11
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten,
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Di-saring	Bahan kimia	Lainnya
Halmahera Barat	8.4	87.4	4.2	1.5	97.5	5.0	0.9	0.3
Halmahera Tengah	16.7	75.0	8.3	8.0	96.0	16.7	0.0	0.0
Kepulauan Sula	6.8	91.7	1.5	1.5	97.0	18.0	0.0	0.0
Halmahera Selatan	11.5	82.8	5.6	6.0	99.4	23.3	6.2	0.3
Halmahera Utara	7.2	78.2	14.7	0.0	99.7	0.3	0.7	0.0
Halmahera Timur	26.5	40.3	33.2	0.7	97.3	3.1	1.1	0.4
Ternate	3.3	89.0	7.8	0.1	97.0	10.4	5.2	0.0
Kepulauan Tidore	21.5	74.1	4.4	0.7	96.4	10.9	0.7	0.8
Maluku Utara	11.5	75.7	12.7	1.5	98.0	9.0	2.7	0.2

Tabel 3.9.1.11 memperlihatkan tempat penampungan air Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara sebagian besar menggunakan tempat penampungan dalam wadah tertutup (75,7%). Di Halmahera Timur 26,5% menggunakan wadah terbuka dan 33,2% tidak ada wadah. Sementara itu masih rumah tangga yang langsung meminum air tanpa dimasak hanya 1,5% dan yang memasak air minumnya 98%.

Tabel 3.9.1.12
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik
Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Di-saring	Bahan kimia	Lainnya
Tipe daerah								
Perkotaan	9.1	79.1	11.8	2.2	99.3	10.8	2.1	0.2
Perdesaan	13.5	72.9	13.5	1.0	97.0	7.4	3.3	0.3
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil-1	8.9	81.9	9.2	0.5	99.0	8.2	4.8	0.0
Kuintil-2	10.2	75.8	14.0	0.5	97.0	8.9	3.5	0.2
Kuintil-3	11.0	76.7	12.3	5.5	96.6	4.4	1.1	0.0
Kuintil-4	18.7	65.6	15.7	0.5	98.8	13.9	0.7	0.5
Kuintil-5	8.2	79.4	12.4	0.5	98.6	8.9	3.8	0.2

Bila dilihat dari tempat tinggal Rumah Tangga, terdapat sedikit perbedaan tentang tempat penampungan air (di perdesaan lebih banyak tempat penampungan air yang terbuka dan tidak ada wadah). Baik di perkotaan maupun di pedesaan lebih banyak Persentase Rumah Tangga yang meminum air dengan dimasak lebih dulu. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran (kuintil), makin tinggi kuintil relatif makin banyak yang tidak ada wadah untuk penampungan air. (3.9.1.12)

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses terhadap air bersih 'baik' apabila pemakaian air minimal 20 liter per orang per hari, sarana sumber air yang digunakan *improved*, dan sarana sumber air berada dalam radius 1 kilometer dari rumah. Data konsumsi air dan jarak ke sumber air berasal dari Riskesdas 2007, sedangkan data jenis sarana air minum berasal dari Kor Susenas 2007. Sarana sumber air yang *improved* menurut WHO/Unicef adalah sumber air jenis perpipaan/ledeng, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan; selain dari itu dikategorikan *not improved*.

Tabel 3.9.1.13
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih, dan
Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007 dan Riskesdas 2007

Kabupaten / kota	Air bersih	
	Kurang	Akses*)
Halmahera Barat	45.4	54.6
Halmahera Tengah	50.0	50.0
Kepulauan Sula	22.6	77.4
Halmahera Selatan	44.9	55.1
Halmahera Utara	32.8	67.2
Halmahera Timur	72.4	27.6
Ternate	24.7	75.3
Kepulauan Tidore	13.5	86.5
Maluku Utara	40.7	59.3

*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarannya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Tabel 3.9.1.13 menunjukkan secara keseluruhan di Provinsi Maluku Utara ketersediaan air bersih yang kurang sebanyak 40,7%, sedangkan akses air bersih hanya 59,3%, dengan akses terburuk (27,6%) di Halmahera Timur.

Tabel 3.9.1.14
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007 dan Riskesdas 2007

Karakteristik	Air bersih	
	Kurang	Akses*)
Tipe daerah		
Perkotaan	30.9	69.1
Perdesaan	48.9	51.1
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	46.2	53.8
Kuintil-2	45.0	55.0
Kuintil-3	42.6	57.4
Kuintil-4	35.3	64.7
Kuintil-5	33.2	66.8

*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Bila dilihat dari tempat tinggal Rumah Tangga, mereka yang tinggal di perkotaan lebih mudah akses terhadap air bersih, dari pada yang tinggal di perdesaan. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita, kuintil lebih tinggi lebih mudah akses terhadap air bersih. (Tabel 3.9.1.14)

3.9.2 Fasilitas Buang Air Besar

Tabel 3.9.2.1
Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007

Kabupaten / kota	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak pakai
Halmahera Barat	38.8	12.0	10.8	38.5
Halmahera Tengah	41.2	5.9	17.6	35.3
Kepulauan Sula	58.6	10.5	5.3	25.6
Halmahera Selatan	2.7	6.4	3.5	87.4
Halmahera Utara	27.3	45.6	1.9	25.2
Halmahera Timur	28.3	7.9	14.7	49.1
Ternate	65.0	18.4	7.0	9.6
Kepulauan Tidore	65.5	16.2	16.9	1.4
Maluku Utara	36.8	18.5	7.8	36.9

Tabel 3.9.2.1 menunjukkan penggunaan fasilitas buang air besar (BAB) di Provinsi Maluku Utara cukup banyak Rumah Tangga yang belum memakai fasilitas BAB (36,9%), sedangkan yang menggunakan jamban milik sendiri 36,8%. Halmahera Selatan merupakan kabupaten yang terbanyak yang tidak menggunakan fasilitas BAB (87,4%).

Tabel 3.9.2.2
Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak pakai
Tipe daerah				
Perkotaan	34.6	25.3	1.0	39.0
Perdesaan	38.7	12.7	13.3	35.3
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	24.1	10.9	12.3	52.7
Kuintil-2	38.4	13.7	6.1	41.8
Kuintil-3	39.3	18.1	9.5	33.1
Kuintil-4	39.8	20.8	6.3	33.1
Kuintil-5	43.0	29.0	4.4	23.6

Tabel 3.9.2.2 menunjukkan jenis penggunaan fasilitas buang air besar menurut karakteristik Rumah Tangga. Untuk jenis fasilitas yang digunakan bersama, Persentase RT perkotaan lebih banyak dibanding perdesaan. SeUntuk yang tidak memakai fasilitas BAB dan penggunaan jambuan umum, Persentase Rumah Tangga di perdesaan lebih tinggi dibanding di perkotaan. Bila dilihat menurut kuintil pengeluaran per kapita, terlihat makin tinggi kuintil, makin tinggi penggunaan fasilitas sendiri dan bersama, sedangkan makin rendah kuintil, makin banyak yang menggunakan jamban umum atau tidak menggunakan fasilitas BAB.

Tabel 3.9.2.3
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007

Kabupaten / kota	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung/ cubluk	Tidak pakai
Halmahera Barat	90.5	3.5	3.5	2.5
Halmahera Tengah	90.9	0.0	9.1	0.0
Kepulauan Sula	69.7	25.3	2.0	3.0
Halmahera Selatan	32.8	8.2	1.6	57.4
Halmahera Utara	96.5	3.5	0.0	0.0
Halmahera Timur	53.0	22.1	21.4	3.5
Ternate	92.8	3.9	0.5	2.8
Kepulauan Tidore	97.9	1.4	0.7	0.0
Maluku Utara	84.4	7.7	4.1	3.8

Tabel 3.9.2.3 memperlihatkan jenis tempat Buang Air Besar (BAB), dimana 84,4% Rumah Tangga menggunakan jamban jenis leher angsa. Penggunaan plengsengan sebagai tempat BAB, terbanyak di Kepulauan Sula (25,3%), memakai jamban cemplung atau cubluk di Halmahera Timur (21,4%). Sedangkan Kabupaten Halmahera Selatan 57,4% tidak menggunakan jamban untk BAB.

Tabel 3.9.2.4
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan
Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007

Karakteristik Rumah Tangga	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung/cubluk	Tidak pakai
Tipe daerah				
Perkotaan	90.9	4.8	0.7	3.6
Perdesaan	78.9	10.0	7.0	4.1
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	74.7	14.1	6.5	4.7
Kuintil-2	76.0	7.8	3.0	13.2
Kuintil-3	89.0	6.0	4.2	0.8
Kuintil-4	87.4	6.2	5.2	1.2
Kuintil-5	89.5	6.4	2.7	1.4

Tabel 3.9.2.4 menunjukkan jenis tempat buang air besar (BAB) menurut tempat tinggal Rumah Tangga, di perdesaan lebih banyak menggunakan plengsengan dan cemplung, sementara di perkotaan lebih banyak menggunakan leher angsa (90,9%). Bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita (kuintil), kuintil 5 lebih banyak menggunakan leher angsa dari pada kuintil 1 yang lebih banyak menggunakan jamban plengsengan. Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses sanitasi disebut 'baik' bila rumah tangga menggunakan sarana pembuangan kotoran sendiri dengan jenis sarana jamban leher angsa.

Tabel 3.9.2.5
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan
Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007

Kabupaten / kota	Sanitasi	
	Kurang	Akses*)
Halmahera Barat	64.9	35.1
Halmahera Tengah	79.2	20.8
Kepulauan Sula	56.7	43.3
Halmahera Selatan	98.1	1.9
Halmahera Utara	75.1	24.9
Halmahera Timur	89.1	10.9
Ternate	37.6	62.4
Kepulauan Tidore	34.8	65.2
Maluku Utara	69.1	30.9

*) memiliki jamban jenis latrin dan tangki septik

Tabel 3.9.2.5 menunjukkan akses sanitasi secara keseluruhan di Provinsi Maluku Utara hanya 30.9%, akses sanitasi terburuk (1,9%) di Halmahera Selatan.

Tabel 3.9.2.6
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan
Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007

Karakteristik	Sanitasi	
	Kurang	Akses*)
Tipe daerah		
Perkotaan	68.1	31.9
Perdesaan	69.8	30.2
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	80.9	19.1
Kuintil-2	67.2	32.8
Kuintil-3	66.2	33.8
Kuintil-4	67.6	32.4
Kuintil-5	62.6	37.4

*) memiliki jamban jenis latrin dan tangki septik

Tabel 3.9.2.6 menunjukkan akses sanitasi di perkotaan tidak berbeda dengan akses terhadap sanitasi di perdesaan. Makin tinggi kuintil makin besar akses terhadap sanitasi yang baik.

Untuk pembuangan akhir tinja, data diambil dari Kor Susenas 2007. Tempat pembuangan akhir tinja dikategorikan saniter adalah bila menggunakan jenis tangki/sarana pembuangan air limbah (SPAL).

Tabel 3.9.2.7
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan
Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007

Kabupaten / kota	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ sawah	Sungai / laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
Halmahera Barat	44.9	0.6	1.5	7.4	40.9	4.6
Halmahera Tengah	55.6	0.0	5.6	5.6	33.3	0.0
Kepulauan Sula	69.9	0.0	10.5	0.8	17.3	1.5
Halmahera Selatan	2.9	0.0	1.4	1.7	94.0	0.0
Halmahera Utara	73.8	0.0	1.0	3.3	21.6	0.2
Halmahera Timur	34.7	0.7	9.8	12.3	41.0	1.4
Ternate	89.3	1.3	0.3	0.4	8.3	0.3
Kepulauan Tidore	97.9	0.0	0.0	0.7	0.7	0.7
Maluku Utara	55.7	0.5	3.1	4.3	35.3	1.0

Tabel 3.9.2.7 menunjukkan tempat pembuangan akhir tinja, Persentase terbesar adalah tangki / SPAL (55,7%) dan di pantai (35,3%). Persentase pembuangan akhir tinja di tangki / SPAL terbesar di Kepulauan Tidore (97,9%), diikuti Ternate (89,3%). Tempat pembuangan akhir tinja di pantai terbanyak di Halmahera Selatan (94%).

Tabel 3.9.2.8
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Susenas 2007

Karakteristik	Tempat pembuangan akhir tinja					Lainnya
	Tangki/SPAL	Kolam/sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	
Tipe daerah						
Perkotaan	58.2	0.1	0.7	1.3	39.3	0.3
Perdesaan	53.7	1.0	5.1	6.9	31.9	1.5
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	39.1	1.9	4.4	6.3	47.1	1.2
Kuintil-2	47.0	0.5	3.6	3.0	44.8	1.0
Kuintil-3	59.3	0.0	2.3	5.1	32.2	1.1
Kuintil-4	61.6	0.3	3.1	4.1	29.9	1.0
Kuintil-5	71.9	0.2	1.9	3.1	22.2	0.7

Bila dilihat dari tempat tinggal Rumah Tangga, mereka yang tinggal di perkotaan tempat pembuangan akhir tinja banyak menggunakan tangki /SPAL (58,2%) dan dibuang ke pantai (39,3%). Bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi kuintil makin banyak yang di buang di tangki (SPAL), makin rendah kuintil makin banyak dibuang di pantai. (Tabel 3.9.2.8)

3.9.3 Sarana Pembuangan Air Limbah

Tabel 3.9.3.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten / kota	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak ada
Halmahera Barat	37.9	4.7	57.4
Halmahera Tengah	58.3	4.2	37.5
Kepulauan Sula	14.4	38.6	47.0
Halmahera Selatan	50.7	0.9	48.4
Halmahera Utara	41.8	0.4	57.9
Halmahera Timur	57.0	5.8	37.3
Ternate	50.7	3.2	46.1
Kepulauan Tidore	46.6	14.3	39.1
Maluku Utara	46.6	5.2	48.2

Tabel 3.9.3.1 menunjukkan di provinsi Maluku Utara, sebanyak 48,2% Rumah Tangga tidak mempunyai Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL). Dari mereka yang mempunyai Saluran Pembuangan Air Limbah, sebagian besar (46,6%) merupakan Saluran Pembuangan Air Limbah terbuka.

Tabel 3.9.3.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara , Riskesdas 2007

Karakteristik	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak ada
Tipe daerah			
Perkotaan	51.0	5.9	43.1
Perdesaan	43.0	4.6	52.5
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	33.1	2.8	64.1
Kuintil-2	39.4	5.0	55.6
Kuintil-3	40.1	5.6	54.3
Kuintil-4	56.7	5.2	38.1
Kuintil-5	62.7	7.3	30.0

Bila dilihat dari tempat tinggal Rumah Tangga, mereka yang tinggal di perkotaan 51% mempunyai Saluran Pembuangan Air Limbah terbuka, sedangkan di pedesaan 52,5% tidak mempunyai Saluran Pembuangan Air Limbah. Dari yang mempunyai Saluran Pembuangan Air Limbah, Persentase terbesar adalah jenis terbuka. Menurut tingkat pengeluaran per kapita, kuintil 5 Persentase kepemilikan Saluran Pembuangan Air Limbah lebih baik dibanding dengan kuintil 1.(Tabel 3.9.3.2)

3.9.4 Pembuangan Sampah

Tabel 3.9.4.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten / kota	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Halmahera Barat	1.2	3.4	95.3	0.3	6.5	93.1
Halmahera Tengah	4.2	8.3	87.5	4.2	20.8	75.0
Kepulauan Sula	7.6	13.6	78.8	6.0	38.3	55.6
Halmahera Selatan	16.9	11.0	72.1	11.4	6.2	82.3
Halmahera Utara	4.9	2.6	92.5	0.3	39.5	60.1
Halmahera Timur	1.1	4.9	94.0	3.1	52.6	44.3
Ternate	4.1	36.5	59.5	3.3	28.6	68.1
Kepulauan Tidore	2.2	9.6	88.2	2.2	42.5	55.2
Maluku Utara	5.5	13.2	81.2	3.8	30.2	66.0

Tabel 3.9.4.1 menunjukkan jenis penampungan sampah di provinsi Maluku Utara, secara keseluruhan sebagian besar Rumah Tangga (81,2%) tidak memiliki penampungan sampah di dalam rumah dan 66% tidak memiliki penampungan sampah di luar rumah. Dari mereka yang mempunyai tempat penampungan sampah di luar rumah, Persentase terbesar adalah penampungan sampah terbuka (42,5%).

Tabel 3.9.4.2
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Tipe daerah						
Perkotaan	10.2	12.0	77.8	5.7	28.1	66.2
Perdesaan	1.7	14.2	84.1	2.3	32.0	65.7
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	4.7	19.1	76.2	4.7	22.4	72.9
Kuintil-2	0.4	11.6	88.1	0.5	18.4	81.1
Kuintil-3	4.1	16.9	79.0	2.1	39.4	58.4
Kuintil-4	6.3	6.0	87.8	2.3	29.3	68.4
Kuintil-5	11.9	13.2	74.9	9.5	42.0	48.5

Bila dilihat dari tempat tinggal Rumah Tangga, jenis tempat penampungan sampah tertutup di dalam rumah di perkotaan lebih besar, sedangkan tempat penampungan sampah terbuka di luar rumah lebih banyak di perdesaan. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi kuintil, makin baik jenis penampungan sampah di dalam rumah, jenis tertutup. (Tabel 3.9.4.2)

3.9.5 Perumahan

Data perumahan yang dikumpulkan dan menjadi bagian dari persyaratan rumah sehat adalah jenis lantai rumah, kepadatan hunian, dan keberadaan hewan ternak dalam rumah. Data jenis lantai, luas lantai rumah dan jumlah anggota rumah tangga diambil dari Kor Susenas 2007, sedangkan data pemeliharaan ternak diambil dari Riskesdas 2007. Kepadatan hunian diperoleh dengan cara membagi jumlah anggota rumah tangga dengan luas lantai rumah dalam meter persegi. Hasil perhitungan dikategorikan sesuai kriteria Permenkes tentang rumah sehat, yaitu memenuhi syarat bila $\geq 8\text{m}^2/\text{kapita}$ (tidak padat) dan tidak memenuhi syarat bila $< 8\text{m}^2/\text{kapita}$ (padat).

Tabel 3.9.5.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten / kota	Jenis bahan bakar utama memasak					Lainnya
	Listrik	Gas/elpiji	Minyak tanah	Arang/briket	Kayu bakar	
Halmahera Barat	1,2	0,3	7,4	0,3	90,7	0,0
Halmahera Tengah	0,0	0,0	11,1	0,0	88,9	0,0
Kepulauan Sula	1,5	2,2	46,3	0,7	49,3	0,0
Halmahera Selatan	0,0	0,0	22,4	0,0	77,6	0,0
Halmahera Utara	0,0	0,0	47,6	0,0	49,9	2,4
Halmahera Timur	0,7	1,8	14,7	0,4	81,4	1,1
Ternate	0,7	0,4	52,2	0,0	46,6	0,0
Kepulauan Tidore	2,1	1,4	53,2	0,0	43,3	0,0
Maluku Utara	0,6	0,7	33,7	0,1	64,2	0,7

Secara umum jenis bahan bakar Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara menggunakan kayu bakar (64,2%) diikuti minyak tanah (33,7%). Halmahera Barat 90,7% menggunakan kayu bakar, Halmahera Tengah 88,9%. Pemakai minyak tanah tertinggi di Kepulauan Tidore (53,2%) dan Ternate (52,2%). (Tabel 3.9.5.1)

Tabel 3.9.5.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis bahan bakar utama memasak					Lainnya
	Listrik	Gas/ elpiji	Minyak tanah	Arang/ briket	Kayu bakar	
Tipe daerah						
Perkotaan	0,8	0,5	52,1	0,0	45,5	1,1
Perdesaan	0,4	0,8	18,1	0,3	80,1	0,4
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	0,4	0,4	9,5	0,0	89,6	0,0
Kuintil-2	0,8	0,4	14,2	0,2	84,3	0,0
Kuintil-3	0,2	0,4	36,3	0,0	62,6	0,4
Kuintil-4	1,0	0,8	38,5	0,2	59,5	0,0
Kuintil-5	0,7	1,2	64,8	0,3	30,4	2,6

Bila dilihat dari tempat tinggal Rumah Tangga, mereka yang tinggal di perkotaan lebih banyak menggunakan minyak tanah untuk memasak (52,1%), sementara mereka yang tinggal di perdesaan lebih banyak menggunakan kayu bakar (80,1%). Bila dilihat dari pengeluaran per kapita, Persentase penggunaan minyak tanah naik sesuai dengan kenaikan kuintil dan Persentase yang menggunakan kayu bakar meningkat dengan menurunnya kuintil. (Tabel 3.9.5.2)

Tabel 3.9.5.3
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah, Kepadatan Hunian dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten / kota	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	$\geq 8 \text{ m}^2$ / kapita	$< 8 \text{ m}^2$ / kapita
Halmahera Barat	66.4	33.6	82.1	17.9
Halmahera Tengah	72.2	27.8	82.4	17.6
Kepulauan Sula	91.0	9.0	90.2	9.8
Halmahera Selatan	69.8	30.2	98.1	1.9
Halmahera Utara	80.7	19.3	75.4	24.6
Halmahera Timur	72.4	27.6	84.6	15.4
Ternate	92.4	7.6	92.4	7.6
Kepulauan Tidore	93.6	6.4	96.5	3.5
Maluku Utara	79.5	20.5	87.4	12.6

Tabel 3.9.5.3 menunjukkan secara umum di Provinsi Maluku Utara Persentase Rumah Tangga dengan jenis lantai bukan tanah sebesar 79,5%, dengan Persentase tertinggi di Kepulauan Tidore (93,6%), Ternate (92,4%) dan Kepulauan Sula (91%). Hunian dengan kepadatan per kapita $\geq 8 \text{ m}^2$ / kapita sebesar 87,4%, dengan Persentase terbesar di Halmahera Selatan (98,1%), sedangkan kepadatan per kapita $< 8 \text{ m}^2$ di Halmahera Utara (24,6%) tertinggi di Maluku Utara.

Tabel 3.9.5.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah
Dan Kepadatan Hunian Dan Karakteristik Rumah Tangga,
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	$\geq 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$	$< 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$
Tipe daerah				
Perkotaan	82.8	17.2	88.8	11.2
Perdesaan	76.6	23.4	86.3	13.7
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	71.8	28.2	79.4	20.6
Kuintil-2	70.0	30.0	89.2	10.8
Kuintil-3	86.3	13.7	90.8	9.2
Kuintil-4	86.6	13.4	88.4	11.6
Kuintil-5	82.3	17.7	89.3	10.7

Persentase Rumah Tangga lantai tanah terbesar ada pada mereka yang tinggal di pedesaan (23,4%), semakin naik kuintilnya semakin naik Persentase lantai bukan tanah. Dilihat dari kepadatan hunian di perkotaan tidak berbeda jauh kepadatan huniannya dengan di pedesaan. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita, tidak banyak perbedaan kepadatan hunian yang $\geq 8\text{m}^2$ per kapita. (Tabel 3.9.5.4)

Tabel 3.9.5.5
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Bahan Beracun Berbahaya di
Dalam Rumah Dan Kabupaten, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten / kota	Jenis bahan beracun berbahaya					
	Pengharum	Spray rambut	Pembersih lantai	Penghilang noda pakaian	Pengkilap kayu/kaca	Racun serangga
Halmahera Barat	2,5	2,5	6,2	48,3	1,2	16,7
Halmahera Tengah	4,2	0,0	8,0	75,0	4,0	44,0
Kepulauan Sula	16,5	33,1	24,1	78,2	9,0	15,8
Halmahera Selatan	0,8	0,6	11,8	62,9	0,6	11,8
Halmahera Utara	10,6	3,7	10,5	84,1	2,6	7,7
Halmahera Timur	3,1	2,7	4,2	49,5	2,0	21,0
Ternate	16,1	15,5	26,0	65,0	11,9	61,6
Kepulauan Tidore	8,7	7,3	24,1	75,2	12,3	29,2
Maluku Utara	8,0	7,1	13,8	64,8	4,9	26,0

Di provinsi Maluku Utara penggunaan bahan beracun berbahaya oleh Rumah Tangga, Persentase terbanyak adalah penghilang noda pakaian (64,8%), diikuti racun serangga (26%), pembersih lantai (13,8%). Terdapat keberagaman antar kabupaten/kota dalam penggunaan bahan beracun, namun tampak bahwa Ternate dan kepulauan Sula menempati Persentase terbesar dalam penggunaan bahan beracun untuk beberapa jenis bahan beracun. (Tabel 3.9.5.5)

Tabel 3.9.5.6
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Bahan Beracun Berbahaya di
Dalam Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis bahan beracun berbahaya					
	Pengharum	Spray rambut	Pembersih lantai	Penghilang noda pakaian	Pengkilap kayu/kaca	Racun serangga
Tipe daerah						
Perkotaan	12,7	5,4	20,2	74,0	6,7	18,6
Perdesaan	4,2	8,6	8,4	56,9	3,4	32,3
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	1,2	7,7	1,8	66,8	1,1	29,2
Kuintil-2	3,7	5,3	10,5	59,8	4,7	19,7
Kuintil-3	7,2	8,5	14,4	69,7	5,4	36,3
Kuintil-4	8,0	5,8	18,0	58,4	4,2	25,2
Kuintil-5	18,4	7,9	23,8	68,5	9,0	21,5

Tabel 3.9.5.6 menunjukkan penggunaan berbagai jenis bahan beracun dilihat dari tempat tinggal Rumah Tangga, mereka yang tinggal di perkotaan lebih banyak menggunakan bahan beracun berbahaya dari pada yang tinggal di pedesaan. Dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi kuintil makin banyak menggunakan bahan beracun berbahaya.

Dalam hal pemeliharaan ternak, data dikumpulkan dengan menanyakan kepada seluruh kepala rumah tangga apakah memelihara binatang jenis unggas, ternak sedang (kambing, domba, babi, dll), ternak besar (sapi, kuda, kerbau, dll) atau binatang peliharaan seperti anjing, kucing dan kelinci. Bila di rumah tangga memelihara ternak, kemudian ditanyakan dan diamati apakah dipelihara di dalam rumah.

Tabel 3.9.5.7
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten,
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten / Kota	Ternak Unggas			Ternak Sedang (kambing/domba/babi dll)			Ternak Besar (sapi/kerbau/kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara
Halmahera Barat	6.0	49.1	45.0	1.6	4.7	93.8	0.6	7.8	91.6	12.2	11.3	76.6
Halmahera Tengah	4.0	44.0	52.0		4.2	95.8	0.0	8.3	91.7	0.0	4.2	95.8
Kepulauan Sula	0.8	30.1	69.2	0.0	4.5	95.5	0.0	4.5	95.5	0.8	3.0	96.2
Halmahera Selatan	5.6	20.4	74.0	0.0	11.9	88.1		0.2	99.8	11.7	0.8	87.4
Halmahera Utara	0.2	26.5	73.3		11.3	88.7		0.7	99.3	5.4	3.5	91.1
Halmahera Timur	3.4	46.2	50.4	0.4	9.1	90.6	0.7	27.8	71.4	3.5	7.7	88.9
Ternate	0.4	31.7	67.9		5.4	94.6		0.1	99.9	0.7		99.3
Kepulauan Tidore	8.8	25.5	65.7	0.7	1.5	97.8	0.7	1.5	97.8	2.9	4.4	92.7
Maluku Utara	2.9	33.2	64.0	0.3	8.1	91.7	0.2	6.7	93.0	5.4	3.9	90.7

Tabel 3.9.5.7 menunjukkan rumah tangga di Provinsi Maluku Utara kebanyakan memelihara jenis ternak unggas, yang di pelihara di kandang luar rumah sebanyak 33,2%. Persentase tertinggi yang memelihara ternak unggas di luar rumah adalah Halmahera Barat (49,2%).

Tabel 3.9.5.8
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Ternak Unggas			Ternak Sedang (kambing/domba/babi dll)			Ternak Besar (sapi/kerbau/kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara
Tipe daerah												
Perkotaan	2.7	20.5	76.7	0.1	8.5	91.4	0.0	0.4	99.6	6.5	1.4	92.2
Perdesaan	3.0	43.9	53.1	0.5	7.6	91.9	0.4	12.2	87.4	4.5	6.1	89.5
Tingkat pengeluaran per kapita												
Kuintil-1	2.1	44.9	53.0	0.5	7.2	92.3	0.2	6.0	93.8	5.5	3.8	90.7
Kuintil-2	6.6	40.2	53.1	0.3	12.4	87.3	0.0	6.6	93.4	8.4	4.2	87.4
Kuintil-3	1.4	31.9	66.7	0.4	5.0	94.7	0.2	8.0	91.8	2.7	6.1	91.3
Kuintil-4	2.3	24.7	73.0	0.3	7.1	92.6	0.5	7.4	92.1	4.1	2.3	93.5
Kuintil-5	1.9	24.3	73.8	0.0	8.6	91.4	0.4	5.6	94.0	6.1	3.3	90.5

Bila dilihat dari tempat tinggal Rumah Tangga, mereka yang tinggal di perdesaan lebih banyak memelihara ternaknya dalam kandang diluar rumah. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, makin rendah kuintil makin banyak yang memelihara ternak unggas yang dikandangkan di luar rumah. (Tabel 3.9.5.8)

Tabel 3.9.5.9
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemar dan Kabupaten,
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Kabupaten / Kota	Jalan raya/rel kereta api (dlm meter)				Tempat pembuangan sampah (dlm meter)				Industri/pabrik (dlm meter)				Jaringan Listrik SUTT/SUTET (dlm meter)			
	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200
Halmahera Barat	2,5	0,3	0,0	97,2	0,6	0,3	0,0	99,1	0,3	0,0	1,6	98,1	0,3	0,3	0,0	99,3
Halmahera Tengah	16,7	41,7	0,0	41,7	4,2	4,2	0,0	91,7	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	4,5	0,0	95,5
Kepulauan Sula	1,6	10,9	0,8	86,8	0,8	23,7	3,1	72,5	0,0	1,5	0,0	98,5	0,0	0,8	0,0	99,2
Halmahera Selatan	0,0	0,0	0,0	100,0	0,2	3,5	0,2	96,1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Halmahera Utara	43,7	11,4	3,4	41,5	0,0	2,9	0,0	97,1	0,0	14,3	0,0	85,7	0,0	0,0	0,0	100,0
Halmahera Timur	14,0	28,7	6,5	50,9	1,1	16,1	0,0	82,8	0,4	0,0	0,0	99,6	0,0	0,0	0,0	100,0
Ternate	22,1	53,5	0,7	23,7	0,5	2,9	1,3	95,2	0,0	0,4	1,0	98,6	0,0	0,0	0,0	100,0
Kepulauan Tidore	10,0	47,7	3,1	39,2	1,8	38,6	0,9	58,8	0,0	0,7	0,0	99,3	0,0	0,0	0,0	100,0
Maluku Utara	15,7	22,9	2,2	59,2	0,6	8,5	0,5	90,4	0,0	0,1	0,0	99,9	0,0	0,1	0,0	99,9

Tabel 3.9.5.9 menunjukkan Rumah Tangga di Provinsi Maluku Utara sebagian besar tinggal cukup jauh dari sumber pencemaran (lebih dari 200 meter), antara lain jalan raya, tempat pembuangan sampah, industri / pabrik, dan jaringan listrik / SUTET.

Tabel 3.9.5.10
Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemar dan
Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jalan raya/rel kereta api (dlm meter)				Tempat pembuangan sampah (dlm meter)				Industri/pabrik (dlm meter)				Jaringan Listrik SUTT/SUTET (dlm meter)			
	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200
Tipe daerah																
Perkotaan	18,2	18,2	1,8	61,8	0,3	4,7	0,7	94,3	0,0	6,1	0,8	93,1	0,1	0,2	0,0	99,8
Perdesaan	13,8	26,3	2,6	57,3	0,8	11,8	0,2	87,2	0,2	0,1	0,0	99,7	0,1	0,1	0,0	99,8
Tingkat pengeluaran per kapita																
Kuintil-1	34,0	24,9	1,1	40,0	0,2	7,7	0,2	92,0	0,0	0,0	0,3	99,7	0,0	0,0	0,0	100,0
Kuintil-2	9,5	18,7	3,3	68,5	0,2	6,5	0,7	92,6	0,0	0,2	0,2	99,6	0,0	0,0	0,0	100,0
Kuintil-3	8,9	25,6	1,7	63,9	0,6	10,3	0,8	88,3	0,0	0,0	0,2	99,8	0,0	0,5	0,0	99,5
Kuintil-4	8,3	18,3	1,8	71,7	0,4	7,9	0,4	91,3	0,0	2,7	0,5	96,8	0,0	0,0	0,0	100,0
Kuintil-5	14,9	26,4	3,4	55,2	1,4	10,0	0,2	88,4	0,5	9,8	0,7	89,0	0,2	0,2	0,0	99,7

Tabel 3.9.5.10 menunjukkan jarak rumah ke sumber pencemaran berdasarkan tempat tinggal Rumah Tangga, yang tinggal di perkotaan cenderung lebih dekat dengan sumber pencemaran dibandingkan yang tinggal di perdesaan. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita, tampak tidak banyak perbedaan antar kuintil.

DAFTAR PUSTAKA

1. ----- Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi. <http://www.klinikpria.com/datatopik/hipertensi.htm>. 2005
2. ----- Hipertensi. <http://www.medicastore.com/penyakit/hiperten.htm>. 9/20/2002
3. Abas B. Jahari, Sandjaja, Herman Sudiman, Soekirman, Idrus Jus'at, Fasli Jalal, Dini Latief, Atmarita. Status gizi balita di Indonesia sebelum dan selama krisis (Analisis data antropometri Susenas 1989 - 1999). Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII. Jakarta 29 Februari - 2 Maret 2000.
4. AMA (American Medical Association), 2001, Depression Linked With Increased Risk of Heart Failure Among Elderly With Hypertension, http://www.medem.com/MedLB/article_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub_cat=73 8/24/2002.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular, Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Kesehatan Ibu dan Anak*.
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil*.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan Data Susenas 2001: *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*. Tahun 2002
10. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003*. ORC Macro 2002-2003.
11. Balitbangkes. Depkes RI. Operational Study an Integrated Community-Based Intervention Program on Common Risk Factors of Major Non-communicable Diseases in Depok Indonesia, 2006.
12. Basuki, B & Setianto, B. Age, Body Posture, Daily Working Load, Past Antihypertensive drugs and Risk of Hypertension : A Rural Indonesia Study. 2000.
13. Bedirhan Ustun. The International Classification Of Functioning, Disability And Health – A Common Framework For Describing Health States. p.344-348, 2000
14. Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary. Geneva World Health Organization, 2001
15. Bonita R, de Courten M, Dwyer T et al, 2001, *The WHO Stepwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*, Geneva: World Health Organization
16. Bonita, R., de Courten, M., Dwyer, T., Jamrozik, K., Winkelmann, R. *Surveillance Noncommunicable Diseases and Mental Health. The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk 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 Alberty. Non Communicable Disease. Tomorrow's pandemic. Bulletin WHO 2001; 79/10: 907.
33. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. 1995
34. Hashimoto K, Ikewaki K, Yagi H, Nagasawa H, Imamoto S, Shibata T, Mochizuki S. Glucose Intolerance is Common in Japanese Patients With Acute CoronarySyndrome Who Were Not Previously Diagnosed With Diabetes. *Diabetes Care* 28: 1182 -1186, 2005.
35. International Classification Of Functioning, Disability And Health (ICF).World Health Organization, Geneva, 2001
36. Jadoon, Mohammad Z,, Dineen B,, Bourne R,R,A,, Shah S,P,, Khan, Mohammad A,, Johnson G,J,, et al, Prevalence of Blindness and Visual Impairment in Pakistan: The Pakistan National Blindness and Visual Impairment Survey, *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 2006;47:4749-55,

37. Janet. AS. Diet Obesitas dan hipertensi. <http://www.surya.co.id /31072002 /10a.phtml>. 2002
38. Kaplan NM. Clinical Hipertension, 8th Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.
39. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : Clinical Hypertention, 7th Ed. Baltimore : Williams and Wilkins Inc. 1998 : 41-132
40. Kristanti CM, Dwi Hapsari, Pradono J dan Soemantri S, 2002. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Analisis Data . Survei Kesehatan Rumah Tangga
41. Kristanti CM, Suhardi, dan Soemantri S, 1997. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga.
42. Leonard G Gomella, Steven A Haist. Clinicians Pocket Reference, Mc. Grawhill Medical Publishing division, International edition, NY, 2004
43. Mansjoer, A, dkk. Hipertensi di Indonesia .Kapita Selektta Kedokteran 1999 :518 – 521.
44. Muchtar & Fenida. Faktor-faktor yang berhubungan Dengan Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Hipertensi Ringan dan Sedang yang berobat di poli Ginjal Hipertensi, 1998.
45. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge
46. Parvez Hossain, M.D., Bisher Kavar, M.D., and Meguid El Nahas, M.D., Ph.D. The New England Journal of Medicine. Vol 356: 213 – 215, Jan 18, 2007
47. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
48. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
49. Petunjuk Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI., 2004
50. *Policy Paper for Directorate General of Public Health, June 2002*
51. PTM, Hipertensi
52. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2005
53. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
54. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
55. Resolution WHA56.1.WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: Fifty-sixth World Health Assembly. 19-28 May 2003.Geneva, World Health Organization, 2003
56. Resolution WHA57.17.Global Strategy on diet,physical activity, and health. In:Fifty-seventh World Health Assembly. 17-12 May 2004.Geneva, World Health Organization, 2004
57. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2007
58. Rose Men's. How To Keep Your Blood Pressure Under Control. News Health Recourse, 1999

59. S. Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001
60. Sandjaja, Titiék Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan. Jakarta, 7-8 Desember 2005.
61. Sandjaja, Titiék Setyowati, Sudikno. Cakupan vitamin A untuk bayi dan balita di Indonesia. Prosiding temu Ilmiah dan Kongres XIII Persagi, Denpasar, 20-22 November 2005.
62. Sarimawar Djaja dan S. Soemantri. Perjalanan Transisi Epidemiologi di Indonesia dan Implikasi Penanganannya, Studi Mortalitas Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001. *Bulletin of Health Studies, Volume 31, Nomor 3 – 2003, ISSN: 0125 – 9695 .ISN = 724*
63. Sarimawar Djaja, Joko Irianto, Lisa Mulyono. Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, SKRT 2001. *The Journal of the Indonesian Medical Association, Volume 53, No 8, ISSN 0377-1121*
64. Saw S-M,, Husain R,, Gazzard G,M,, Koh D,, Widjaja D,, Tan D,T,H, Causes of low vision and blindness in rural Indonesia, *British Journal of Ophthalmology* 2003;87:1075-8,
65. *Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999*
66. Sinaga, S. dkk. Pola Sikap Penderita Hipertensi Terhadap Pengobatan Jangka Panjang, dalam Naskah Lengkap KOPAPDI VI, 1984, Penerbit UI-PRESS : 1439.
67. SK Menkes RI Nomor : 736a/Menkes/XI/1989 tentang Definisi Anemia dan batasan Normal Anemia
68. Sobel, BJ. & Bakris GL. Hipertensi, Pedoman Klinik Diagnosis & Terapy. 1999 : 13
69. Sonny P.W., Agustina Lubis. *Gambaran Rumah Sehat di Berbagai Provinsi Indonesia Berdasarkan Data SUSENAS 2001*. Analisis lanjut Data Susenas – Surkesnas 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes R.I.
70. Sri Hartini KS Kariadi. Laju Konversi Toleransi Glukosa Terganggu menjadi Diabetes di Singaparna, Jawa Barat. Disampaikan pada Konggres Nasional ke 5. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, Bandung 9 – 13 April 2000 (SX111-1)
71. Sunyer FX. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med.* 1993 : 119.
72. Suradi & Sya'bani, M, et al. Hipertensi Borderline “White Coat” dan sustained “ : Suatu Studi Komperatif terhadap Normotensi para karyawan usia 18 – 42 tahun di RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta. *Berkala Ilmu Kedokteran* Vol. 29 (4), 1997.
73. Syah, B. Non-communicable Disease Surveillance and Prevention in South-East Asia Region, 2002.
74. The Australian Institute of Health and Welfare 2003. *Indicators of Health Risk Factors: The AIHW view.* AIHW Cat. No. PHE 47. Canberra: AIHW. P.2,3,8.
75. The WHO STEPwise approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases 2003. *STEPS Instrument for NCD Risk Factors (Core and expanded Version 1.3.)*
76. Tim survei Depkes RI, Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996, Depkes RI, Jakarta;1997,

77. U. Laasar. The Risk of Hypertension : Genesis and Detection. *Dalam*: Julian Rosenthal, Arterial Hypertension, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapy, Springer-Verlag, New York Heidelberg Berlin, 1984 : 44.
78. Univ. Cape town, Department of Haematology. Haematology: An Approach to Diagnosis and Management. Cape town, 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, 2001, *Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) 2001*, Jakarta: Badan Litbangkes.
79. WHO, 1995. *Oral Health Care, Needs of the Community. A Public Health Report*.
80. WHO. Assessing the iron status of populations: Report of a joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention technical consultation on the assessment of iron status at the population level , Geneva, Switzerland, April 2004
81. WHO. Auser's guide to the self reporting questionnaire. Geneva. 1994.
82. WHO/SEARO. Surveillance of Major Non-communicable Diseases in South – East Asia Region, Report of an Inter-country Consultation, 2005.
83. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 1999
84. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 2003
85. World Health Organization, 2003, *The World Health Survey Programme*, Geneva.
86. World Health Organization. 2003. The Surf Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current of global data. Geneva: WHO. p.15.
87. World Health Organization: International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Based on The Recommendation of The Ninth Revision Conference 1975 and Adopted by The Twenty Ninth WHA, 1997, volume 1.

LAMPIRAN