

**LAPORAN HASIL
RISET KESEHATAN DASAR
(RISKESDAS)
PROVINSI NANGGROE ACEH
DARUSSALAM
TAHUN 2007**

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

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

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

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

Instrumen penelitian meliputi:

1. Kuesioner:
 - 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 tauriq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2008

Menteri Kesehatan Republik Indonesia



DR. DR. SITI FADILAH SUPARI, SP.JP(K)

RINGKASAN EKSEKUTIF

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 merupakan suatu riset berbasis komunitas skala nasional yang bertujuan untuk menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan, termasuk alokasi sumber daya, baik di tingkat nasional, provinsi, maupun kabupaten/kota. Dari Riskesdas ini diharapkan diperoleh informasi tentang indikator status kesehatan, masalah kesehatan, dan faktor-faktor yang melatarbelakangi yang dapat dijadikan sebagai *policy tool* bagi para pembuat kebijakan kesehatan, termasuk di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam.

Disain Riskesdas adalah survei yang dilakukan secara *cross sectional* dengan populasi adalah seluruh rumah tangga yang ada di seluruh pelosok Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas Kor 2007 Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Dengan demikian metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam identik dengan Susenas Kor 2007, yaitu dilakukan *dengan two stage sampling*. Dari setiap kabupaten/kota yang sejumlah blok sensus (BS) yang Persentaseonal terhadap jumlah rumah tangga di setiap kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Dari setiap BS terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), dan dari setiap rumahtangga terpilih, seluruh anggota rumahtangga diambil sebagai sampel individu. Jumlah sampel Riskesdas di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 meliputi 688 BS dan 10.418 rumahtangga sedangkan untuk pengukuran biomedis hanya diambil sub sampel perkotaan.

Data Riskesdas meliputi data kesehatan masyarakat dan biomedis. Variabel yang dikumpulkan meliputi status kesehatan dan berbagai faktor risiko, yaitu data kesakitan (penyakit menular dan tidak menular), disabilitas, status gizi dan pola konsumsi, kesehatan lingkungan, ketanggapan, akses pelayanan kesehatan, perilaku, dan lain-lain. Data dikumpulkan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner, pengukuran, pemeriksaan fisik, pengamatan, dan pengambilan spesimen. Pengumpulan data dilakukan oleh tenaga setempat, yaitu lulusan politeknik kesehatan (D3) yang sebelumnya dilatih secara seksama meliputi teori dan praktek oleh tenaga terlatih dari Badan Litbangkes. Dalam pelaksanaan Riskesdas ini juga melibatkan seluruh instansi terkait di daerah (provinsi dan kabupaten/kota), meliputi Dinas Kesehatan, Badan Pusat Statistik, Rumah Sakit Umum Daerah, laboratorium kesehatan, Badan Litbang Daerah, dan untus terkait lainnya.

Hasil Riskesdas adalah sebagai berikut. Hanya sebagian kecil balita di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam yang masih berstatus gizi kurang, begitu pula halnya dengan balita yang mempunyai kategori kurus. Untuk anak umur 15 tahun ke atas, sebagian kecil mempunyai status gizi masuk kategori kurus dimana hal tersebut didasarkan pada indeks massa tubuh. Semua kabupaten/kota di provinsi Nanggroe Aceh Darussalam memiliki prevalensi kegemukan pada orang dewasa. Prevalensi obesitas sentral di Nanggroe Aceh Darussalam pada perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok laki-laki.

rata-rata konsumsi per kapita per hari penduduk di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam adalah 1805,3 kkal untuk energi dan 69,3 gram untuk protein, lebih tinggi dari rerata angka nasional. Kabupaten dengan angka konsumsi energi terendah adalah kabupaten Aceh Barat Daya dan Kabupaten dengan angka konsumsi energi tertinggi adalah Kabupaten Bener Merah. Kabupaten dengan konsumsi protein terendah adalah Aceh Timur dan Kabupaten dengan konsumsi protein tertinggi adalah Bener Merah.

Sebanyak 6 Kabupaten dengan rerata angka konsumsi energi dibawah rerata angka konsumsi energi Nasional, yaitu Kabupaten Aceh Barat Daya, Aceh Timur, Kota Sabang, Aceh Utara, Aceh Tengah dan Biureun. Sebagian besar kabupaten dengan rerata konsumsi protein di atas angka rerata nasional, kecuali Kabupaten Aceh Tengah dengan konsumsi dibawah angka rerata nasional

Secara umum, persentase Rumah Tangga yang mengkonsumsi garam mengandung cukup yodium di provinsi NAD sebesar 47,3%. Kabupaten dengan persentase tertinggi kandungan iodium kategori cukup adalah Kabupaten Nagan Raya.

Cakupan imunisasi yang telah dicapai provinsi NAD untuk BCG 75,5%, Polio 65,9%, DPT 58,0%, HB 3 54,2 % dan campak 71,4%.

Cakupan imunisasi BCG tertinggi di Banda Aceh 93,1% dan terendah di Gayo Lues (10,2%). Imunisasi Polio 3 dan DPT 3 tertinggi di Aceh Tengah masing-masing 87,9% dan 92,4% dan terendah keduanya di Gayo Lues masing-masing untuk Polio 3 (17,0%) dan DPT 3 (4,7%). Imunisasi HB 3 tertinggi di Bener Meriah (86,8%) terendah di Gayo Lues (2,3%) dan imunisasi campak tertinggi di Sabang 95,0% dan terendah di Gayo Lues (2,3%).

Frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir dikelompokkan menjadi tidak pernah, 1-3 kali, dan 4-6 kali. Secara umum sebesar 17,0% balita di Provinsi NAD tidak pernah ditimbang dan yang rutin menimbang balitanya 47,4%. Kabupaten Gayo Lues mempunyai presentase tertinggi yang tidak pernah menimbang balitanya. Sebaliknya balita yang rutin ditimbang (≥ 4 kali) tertinggi di Kabupaten Aceh Barat Daya (79,0%) dan terendah di Kabupaten Aceh Tenggara (4,3%)

Berdasarkan hasil cakupan pemeriksaan kehamilan terlihat sebagian besar ibu periksa hamil di provinsi NAD secara umum adalah 72,1%, terendah di Kabupaten Gayo Lues 25,0% dan tertinggi di Kabupaten Sabang dan Banda Aceh masing-masing 100%. Secara umum persentase cakupan pelayanan neonatal di Provinsi NAD pada KN-1 (0-7 hari) sebesar 56,5% dan KN-2 (8-28 hari) sebesar 36,1%. Persentase tertinggi KN-1 pada Kabupaten Sabang (100%) dan terendah di Kabupaten Gayo Lues (20,0%), sedangkan cakupan pada KN-2 tertinggi pada kabupaten Nagan Raya (75,0%) dan terendah di Kabupaten Gayo Lues (13,3%).

Prevalensi malaria lebih banyak di daerah perdesaan dibandingkan dengan perkotaan. Prevalensi DBD antara laki-laki dan perempuan mempunyai persentase yang sama, tertinggi di kabupaten Aceh Timur. Prevalensi beberapa penyakit tidak menular di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam menurut hasil diagnosis petugas dan gabungan hasil diagnosis petugas dengan gejala klinis atau minum obat, Kabupaten tertinggi terhadap prevalensi ISPA adalah Kabupaten Biureun. Prevalensi penyakit pneumonia yang berisiko di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam masih di bawah nilai rata-rata nasional (nilai rata-rata nasional = 1,88%). Prevalensi penyakit TBC yang berisiko (diatas nilai rata-rata nasional = 0,95%).

Hanya sebagian kecil penduduk umur 5 tahun ke atas mempunyai prevalensi *low vision* dan kebutaan. Sedangkan sebagian kecil penduduk kelompok umur 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis menderita katarak oleh petugas kesehatan yang mengaku memiliki gejala utama katarak seperti penglihatan berkabut dan silau dalam 12 bulan terakhir.

Terdapat sebagian kecil penduduk Nanggroe Aceh Darussalam yang mempunyai masalah gigi dan mulut, dimana beberapa diantaranya mengalami kehilangan seluruh gigi aslinya. Prevalensi masalah gigi dan mulut tertinggi di Kota Tanjung Pinang dan terendah di Kabupaten Lingga.

Rata-rata status disabilitas penduduk Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam masih sangat baik. Status disabilitas yang sangat buruk terbanyak adalah pada kegiatan berperan di kegiatan masyarakat. Penyebab cedera paling tinggi adalah karena jatuh,

kecelakaan transportasi, dan terluka benda tajam/tumpul, dengan jenis cedera terbanyak luka lecet.

Prevalensi penduduk umur 10 tahun ke atas yang biasa merokok setiap hari masih dibawah rata-rata nasional, tertinggi di Kabupaten Bener Meriah dan terendah di Kota Banda Aceh. Sebagian besar mulai merokok tiap hari pada umur 15-19 tahun. Hanya sebagian kecil penduduk di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam yang mengkonsumsi alkohol dalam 12 bulan terakhir, begitu pula halnya dengan yang mengkonsumsi alkohol dalam 1 bulan terakhir. Kabupaten tertinggi yang mengonsumsi alkohol 12 bulan terakhir dan 1 bulan terakhir adalah Aceh Tenggara.

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.

Secara umum dari 21 Kabupaten di provinsi NAD yang berperilaku benar dalam hal BAB tertinggi adalah Banda Aceh dan terendah Aceh Barat Daya. Namun berperilaku benar dalam cuci tangan masih kurang (<20%), tertinggi di kabupaten Nagan raya dan terendah Kabupaten Aceh Tenggara.

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.

Rata-rata hanya sebagian kecil rumahtangga yang memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dan beberapa diantaranya memanfaatkan polindes/bidan di desa dalam 3 bulan terakhir. Persentase rumahtangga yang memanfaatkan posyandu/poskesdes dan polindes tertinggi Simeulue dan terendah di Kabupaten Aceh Tenggara. Jenis pelayanan posyandu yang paling banyak dimanfaatkan adalah penimbangan balita dan imunisasi.

Dalam hal pemanfaatan rawat inap, dalam 1 tahun terakhir terdapat sebagian kecil rumahtangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam yang berobat rawat inap. Dari rumahtangga yang berobat rawat inap, beberapa berobat rawat inap di RS pemerintah, RS swasta, di RSB, di puskesmas, dan ke tenaga kesehatan. Sumber pembiayaan untuk berobat rawat inap pada umumnya sebagian besar berasal dari keluarga/membiayai sendiri dan Askes/jamsostek. Kurang dari separuh rumahtangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dalam 1 bulan terakhir berobat rawat jalan. Dari rumah tangga yang berobat rawat jalan, diantaranya berobat rawat jalan di RS pemerintah, RS swasta, di RS di luar negeri, di RSB, di puskesmas, ke tenaga kesehatan, dan di rumah. Sumber pembiayaan untuk berobat rawat jalan pada umumnya sebagian besar berasal dari keluarga/membiayai sendiri dan Askes/jamsostek.

Ketanggapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rawat inap, hampir semua rumah tangga di kabupaten/kota menyatakan puas dalam hal waktu tunggu, keramahan petugas, kejelasan informasi, kebebasan memilih fasilitas kesehatan, kebersihan ruangan, maupun kemudahan dikunjungi. Ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan rawat jalan, hampir semua rumah tangga di kabupaten/kota menyatakan puas dalam hal waktu tunggu, keramahan petugas, kejelasan informasi, kebebasan memilih fasilitas kesehatan, kebersihan ruangan, maupun kemudahan mengunjungi pasien.

Kurang dari separuh penduduk mengkonsumsi air per orang perhari di Provinsi NAD di bawah 5 liter (tidak akses); sebagian kecil 5-19,9 liter (akses kurang), beberapa 20-49,9 liter (akses dasar), sebagian 50-99,9 liter (akses menengah) dan sebagian besar \geq 100 liter (akses optimal). Kabupaten yang konsumsi airnya baik adalah di Aceh Singkil dan kurang baik di Aceh Besar. Lebih dari separuh rumahtangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam mengkonsumsi air dengan kualitas fisik air baik. Lebih dari separuh rumah

tangga yang mempunyai akses air bersihnya kurang begitu pula halnya dengan akses terhadap sanitasi. Kabupaten tertinggi yang mempunyai akses yang baik terhadap air bersih adalah Sabang dan terendah adalah Gayo Lues. Akses terhadap sanitasi tertinggi di Banda Aceh dan terendah di Gayo Lues.

RINGKASAN HASIL

Hasil dari Riskesdas di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) dibagi atas 7 pengelompokan besar yang meliputi Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak, Penyakit Menular, Penyakit Tidak Menular, Perilaku, Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Kesehatan Lingkungan.

Prevalensi gizi kurang+buruk di propinsi NAD adalah 26,5% sehingga belum mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18,5%). Dari 21 kabupaten/kota hanya 5 kabupaten yang sudah mencapai target nasional, yaitu Kabupaten Aceh Tengah, Gayo Lues, Bener Meriah, Banda Aceh, dan Sabang. Bila dibandingkan dengan target MDGs 2015 maka hanya ada 4 kabupaten/kota yang sudah mencapai target yaitu: Kabupaten Aceh Tengah, Bener Meriah, Banda Aceh dan Kota Sabang

Masalah kegemukan (*berat badan lebih+obese*) pada orang dewasa di Provinsi NAD sudah terlihat tinggi dengan prevalensi 16,6%. Semua kabupaten/kota di provinsi NAD memiliki prevalensi obese pada orang dewasa yang masih cukup tinggi. Dari 21 kabupaten di Provinsi NAD, 7 diantaranya memiliki masalah obese dengan prevalensi di atas 10%, yaitu Aceh Singkil, Aceh Selatan, Aceh Tengah, Bener Meriah, Banda Aceh dan Lhoksemauwe.

Berdasarkan konsumsi energi dan protein, di Propinsi NAD bahwa Angka Kecukupan Gizi (AKG) rata-rata energi dan protein masih di atas angka rata-rata nasional (< 20%). Hampir semua kabupaten mengonsumsi Energi dan Protein perkapita di bawah 80%. Konsumsi energi dibawah 80% tertinggi di kabupaten Aceh Barat Daya (66,2%) dan terendah di Kabupaten Bener Meriah (21,8%). Sedangkan yang mengonsumsi protein dibawah 80% tertinggi di Kabupaten Aceh Tengah (49,6%) dan terendah di Kabupaten Bener Meriah (11,3%).

Persentase Rumah Tangga yang mengonsumsi garam mengandung cukup yodium di provinsi NAD sebesar 47,3% masih dibawah angka nasional 62,7%. Kabupaten yang rendah adalah Pidie (1,5%) dan Bireuen (5,5%) sedangkan yang tertinggi Nagan Raya (100%), Aceh Singkil (99,5%).

Cakupan imunisasi yang telah dicapai provinsi NAD untuk BCG 75,2%, Polio 66,2%, DPT 58,3%, HB 3 54,3 % dan campak 71,4%.

Cakupan imunisasi BCG tertinggi di Banda Aceh 93,1% dan terendah di Gayo Lues (10,2%). Imunisasi Polio 3 dan DPT 3 tertinggi di Aceh Tengah masing-masing 87,9% dan 92,4% dan terendah keduanya di Gayo Lues masing-masing untuk Polio 3 (17,0%) dan DPT 3 (4,7%). Imunisasi HB 3 tertinggi di Bener Meriah (86,8%) terendah di Gayo Lues (2,3%) dan imunisasi campak tertinggi di Sabang 95,0% dan terendah di Gayo Lues (2,3%).

Frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir dikelompokkan menjadi tidak pernah, 1-3 kali, dan 4-6 kali. Secara umum sebesar 17,0% balita di Provinsi NAD tidak pernah ditimbang dan yang rutin menimbang balitanya 47,3%. Kabupaten Gayo Lues mempunyai presentase tertinggi yang tidak pernah menimbang balitanya. Sebaliknya balita yang rutin ditimbang (>= 4 kali) tertinggi di Kabupaten Aceh Barat Daya (79,0%) dan terendah di Kabupaten Aceh Tenggara (4,3%)

Menurut catatan berat bayi yang ditimbang diketahui dari catatan yang dipunyai atau tercatat di KMS. Tidak semua bayi lahir ditimbang, tetapi ada juga bayi lahir yang ditimbang tidak tercatat berat lahirnya. Hanya bayi lahir yang ditimbang dan ada catatannya saja yang diolah. Prevalensi bayi lahir di 21 kabupaten di Provinsi NAD yang mempunyai berat <2500 gram secara umum 11,3%, Kabupaten tertinggi adalah Aceh

Timur 63,6% dan terdapat sembilan kabupaten terendah yang berat bayi lahir <2500 gram.

Berdasarkan hasil cakupan pemeriksaan kehamilan terlihat sebagian besar ibu periksa hamil di provinsi NAD secara umum adalah 72,0%, terendah di Kabupaten Gayo Lues 25,0% dan tertinggi di Kabupaten Sabang dan Banda Aceh masing-masing 100%. Secara umum persentase cakupan pelayanan neonatal di Provinsi NAD pada KN-1 (0-7 hari) sebesar 56,5% dan KN-2 (8-28 hari) sebesar 36,0%. Persentase tertinggi KN-1 pada Kabupaten Sabang (100%) dan terendah di Kabupaten Gayo Lues (20,0%), sedangkan cakupan pada KN-2 tertinggi pada kabupaten Nagan Raya (75,0%) dan terendah di Kabupaten Gayo Lues (13,3%).

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, DBD klinis dapat dideteksi di hampir semua Kabupaten/ Kota di Provinsi NAD (rentang prevalensi 0,0-4,5%).

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi NAD dijumpai sebesar 3,7%, dengan rentang 0,5-11,8%. Penyakit ini dapat bersifat akut dan kronis (kambuhan).

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) tersebar di seluruh Provinsi NAD dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (11,7-48,7%). Angka prevalensi ISPA dalam sebulan terakhir di Provinsi NAD adalah 36,6%, prevalensi di atas 30% ditemukan di 14 Kabupaten/Kota, yaitu: Kabupaten Simeulue, Aceh Selatan, Aceh Tengah, Aceh Barat, Aceh Besar, Pidie, Bireuen, Aceh Utara, Aceh Barat Daya, Aceh Tamiang, Nagan Raya, Aceh Jaya, Banda Aceh dan Lhoksemauwe. Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit. Di provinsi ini mempunyai prevalensi 1,4%, terendah pada kabupaten Sabang 0,0 dan tertinggi Aceh barat (5,3%).

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan termasuk dalam program imunisasi nasional. Di Provinsi NAD, dalam 12 bulan terakhir penyakit ini masih terdeteksi dengan prevalensi 1,8% (rentang 0,0-4,9%). Di beberapa Kabupaten/Kota prevalensinya masih 1% atau lebih tinggi, yaitu ada 11 Kabupaten. Tifoid, hepatitis dan diare adalah penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui makanan dan minuman. Dalam 12 bulan terakhir, tifoid klinis dapat dideteksi di Provinsi NAD dengan prevalensi 3,0%, dan tersebar di seluruh kabupaten/kota dengan rentang 0,6-7,0%. Prevalensi tifoid tertinggi di Aceh Utara 7,0%.

Prevalensi hepatitis tertinggi ditemukan di Aceh Timur yakni sebesar 3,6% dibandingkan dengan prevalensi Provinsi NAD yang hanya 1,4%. Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir merata di seluruh kabupaten/kota. Prevalensi di provinsi ini sebesar 18,9%, tertinggi ditemukan di Aceh Utara (38,2%) dan Aceh Barat (33,1%). Di antara wilayah-wilayah dengan prevalensi diare tinggi tersebut, pemakaian oralit di atas 50% adalah Aceh Selatan, Aceh Barat, Bireuen, Aceh Barat Darat, Nagan Raya, Aceh Jaya, Bener Meriah, Banda Aceh, Sabang dan Langsa.

Prevalensi penyakit kronis (Persendian, Hipertensi, Stroke) secara umum di Nanggroe Aceh Darussalam terlihat 34,2% penduduk NAD mengalami gangguan persendian, dan angka ini lebih tinggi dari prevalensi Nasional yaitu 30,3%. Sementara prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 23,1%, juga lebih tinggi dari angka Nasional yaitu 14,0 %. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi penyakit persendian di NAD berkisar antara 22,5%-50,7%, dan prevalensi di Aceh Barat ditemukan lebih tinggi dibandingkan Kabupaten/Kota lainnya, sebaliknya Banda Aceh mempunyai prevalensi paling rendah. Prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 30,2%, yang berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan 10,1%, Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di NAD adalah 16,6 per 1000 penduduk. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi stroke berkisar antara 5,0‰-49,0‰ dan Nagan Raya

mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya, baik berdasarkan diagnosis maupun gejala.

Prevalensi penyakit asma (D/G) di Provinsi NAD sebesar 4,9% (kisaran: 1,3-13,6%), tertinggi di Kabupaten Aceh Barat dan terendah di Gayo Lues dan Sabang. Prevalensi penyakit jantung secara umum sebesar 12,6% (kisaran 2,3-29,0%), tertinggi di Kabupaten Aceh Selatan dan terendah di Kabupaten Sabang (2,3%). Prevalensi penyakit diabetes sebesar 1,7% (kisaran 0,2-3,3%), tertinggi di Aceh Selatan dan terendah di Aceh Barat Daya.

Prevalensi penyakit tumor/kanker sebesar 2,6‰ (kisaran 0‰-8,1‰) tertinggi di Aceh Tengah. Prevalensi penyakit yang didapat belum mencerminkan prevalensi yang sebenarnya yang mungkin lebih tinggi karena adanya keterbatasan kuesioner tanpa pemeriksaan. Mungkin responden yang belum didiagnosa oleh tenaga kesehatan juga tidak merasakan gejala penyakit.

Saat ini diperkirakan 450-500 juta orang di dunia menderita gangguan mental, neurologis maupun masalah psikososial, termasuk kecanduan alkohol dan penyalahgunaan obat.

Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila terus berlanjut. Pada Riskesdas 2007 penilaian gangguan mental emosional menggunakan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Prevalensi Gangguan Mental Emosional di NAD 14,1%, dengan prevalensi berkisar antara 4,8-32,1%, lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional (11,6%). Di antara kabupaten/kota, prevalensi tertinggi di Kabupaten Aceh Selatan (32,1%).

Persentase *low vision* di Provinsi NAD berkisar antara 0,0% (Aceh Singkil) sampai 33,7% (Aceh Timur), sedangkan Persentase kebutaan berkisar antara 0,0% (Aceh Barat dan Aceh Besar) sampai 1,3% (Gayo Lues). Dibandingkan dengan Persentase *low vision* di tingkat provinsi, 4 dari 21 kabupaten yang ada masih memiliki Persentase lebih tinggi. Persentase kebutaan tingkat provinsi sebesar 0,9%, sama dengan Persentase tingkat nasional (0,9%) dan terdapat 3 kabupaten yang menunjukkan Persentase lebih tinggi dibanding Persentase tingkat provinsi.

Secara umum penduduk yang bemasalah dengan gigi dan mulut di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam sebesar 30,5% dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi sebesar 44,5%. Kabupaten yang tertinggi dengan masalah gigi dan mulut adalah Bener Meriah 44,7% dan terendah Aceh Tenggara 12,8%. Sedangkan Kabupaten tertinggi yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi adalah Lhoksemauwe (67,5%) dan terendah Gayo Lues 13,8%.

Prevalensi cedera di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam memberikan gambaran bahwa dari 21 kabupaten di Provinsi, prevalensi cedera tertinggi terdapat di Aceh Selatan (14,8%), terendah di Aceh Timur (0,7%). Sementara untuk urutan penyebab cedera terbanyak polanya sama seperti pola penyebab cedera tingkat provinsi yaitu Jatuh, kecelakaan transportasi darat dan terluka benda tajam/tumpul. Sedangkan untuk penyebab cedera lain bervariasi tetapi Persentasenya rata-rata kecil atau sedikit. Persentase jatuh paling besar terdapat di kabupaten Aceh Singkil (77,8%) dimana Persentase lebih besar dibanding angka provinsi (48,3%). Persentase kecelakaan transportasi darat terbanyak di Gayo Lues dan Sabang masing-masing sebesar (66,7%) menunjukkan Persentase yang jauh lebih besar dari angka provinsi (35,4%). Adapun untuk Persentase terluka benda tajam/tumpul paling tinggi terdapat di Leuksomawe (36,6 %) melebihi angka Persentase provinsi yaitu 18,2%. Penyebab cedera lain yang menonjol adalah Penyerangan menunjukkan angka Persentase tertinggi sekitar 20% di Gayo Lues.

Berdasarkan perilaku merokok, prevalensi perokok tiap hari terbesar di Kabupaten Aceh Tamiang (46,2%) disusul dengan kota Banda Aceh (45,5%) dan kabupaten Aceh Tenggara (39,2%), sedangkan terendah di kabupaten Nagan Raya (16,6%).

Perilaku penduduk makan buah dan sayur, bahwa di Langsa memiliki angka kecukupan sayur dan buah yang paling baik (19,2%). Sedangkan kabupaten yang memiliki angka kecukupan sayur dan buah paling rendah adalah Aceh Selatan (0,5%).

Mengenai aktifitas fisik, dalam Riskesdas ini, penduduk ditanyakan mengenai kebiasaan melakukan aktivitas fisik berat, sedang dan ringan. Penduduk yang tidak biasa melakukan aktivitas adalah penduduk yang tidak melakukan aktivitas fisik berat, sedang atau ringan atau melakukan aktivitas berat, sedang dan ringan tetapi kurang dari sepuluh menit. Secara umum prevalensi penduduk yang kurang melakukan kegiatan aktifitas fisik sebesar 53,0%. Dan aktifitas fisik yang tertinggi adalah Kabupaten Langsa (77,4%) dan terendah di kabupaten Aceh Tengah (20,6%).

Secara umum di Provinsi NAD penduduk (di atas 10 tahun) yang pernah mendengar tentang flu burung sebesar 61,7%, prevalensi tertinggi di kota Banda Aceh (95,5%), terendah di kabupaten Gayo Lues (36,2%). Berpengetahuan benar tentang flu burung 81,3%, prevalensi tertinggi di kabupaten Lhoksemawe (95,6%). Bersikap benar tentang pencegahan flu burung 88,7%, prevalensi tertinggi di kabupaten Langsa (97,7%), terendah di kabupaten Simeulue (73,4%).

Penduduk yang pernah mendengar HIV/AIDS secara umum sebesar 44,3%, prevalensi tertinggi di kabupaten Aceh Timur (48,2%), terendah di kabupaten Aceh Tamiang (4,3%). Berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS secara umum (17,9%), prevalensi tertinggi di kabupaten Aceh Timur 48,2% , terendah di kabupaten Aceh Tamiang (4,3%). Bersikap benar tentang HIV/AIDS secara umum (41,0%), prevalensi tertinggi di kota Banda Aceh (69,8%) dan terendah kabupaten Gayo Lues (9,0%).

Perilaku higienis, dari 21 Kabupaten di provinsi NAD yang berperilaku benar dalam hal BAB mempunyai prevalensi 61,6% dan kabupaten yang tertinggi adalah Banda Aceh (96,6%) dan terendah Aceh Barat Daya (26,0%). Sedangkan berperilaku benar dalam cuci tangan adalah 16,0% dan kabupaten tertinggi adalah Nagan raya (47,1%) dan terendah Aceh Tenggara (2,0%).

Mengenai Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam adalah Rumah sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter praktek dan bidan praktek. Dari segi jarak nampak bahwa 27,4% rumah tangga (RT) berjarak kurang dari 1 km dan 61,8% RT berjarak 1-5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa 89,2% rumah tangga di Nanggroe Aceh Darussalam berada kurang atau sama dengan 5 km dari fasilitas kesehatan dan 10,8% berada lebih dari jarak tersebut. Daerah yang mempunyai jarak lebih dari 5 km ke fasilitas kesehatan terbanyak berada di Kabupaten Nagan Raya, Aceh Utara dan Aceh Jaya. Dari segi Waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan nampak bahwa 55,7% penduduk dapat mencapai ke fasilitas yankes kurang dari atau sama dengan 15 menit, 31,5% antara 16-30 menit, dapat dikatakan 87,2% RT di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dapat mencapai fasilitas kesehatan dalam waktu 30 menit, sisanya 12,8% memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai fasilitas kesehatan. Waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas kesehatan tertinggi di Bener Meriah 22,6%, Aceh Besar 22,0%, Nagan Raya 15,4%, Aceh Utara 12,3%.

Secara keseluruhan di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam sebagian besar kabupaten/kota relatif baik didasarkan pada jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan (hampir 90% RT berjarak ≤ 5 km atau waktu tempuh ≤ 30 menit). Kabupaten yang masih perlu perhatian yaitu yang lebih dari 10% RT-nya berjarak tempuh ke

fasilitas kesehatan > 5 km (Sepuluh kabupaten) atau waktu tempuh lebih dari 30 menit sebanyak sepuluh kabupaten.

Secara umum tempat berobat rawat inap yang paling banyak dikunjungi masyarakat di Provinsi NAD adalah Rumah Sakit Pemerintah dengan persentase sebesar 2,8%, Rumah Sakit Swasta (1,1%), RSB (0,8%) dan Puskesmas (0,6%).

Konsumsi air per orang perhari di Provinsi NAD pada umumnya ≥ 100 liter. Apabila dibandingkan antar wilayah kabupaten/kota, persentase tertinggi masyarakat dengan konsumsi air ≥ 100 liter adalah Kabupaten Aceh Singkil (79,0%) dan Aceh Barat (77,9%). Masih terdapat beberapa kabupaten/kota yang pemenuhan kebutuhan airnya di bawah rata-rata Nasional. Sedangkan berdasarkan dan ketersediaan air bersih, secara umum di Provinsi NAD sebanyak 21,0% rumah tangga mengalami kesulitan air bersih pada musim kemarau. Kabupaten tertinggi adalah Aceh Timur 61,5% dan terendah Banda Aceh 0,2%. Dalam hal jarak dan waktu, pada umumnya rumah tangga di kabupaten/kota dapat menjangkau sumber air dalam waktu ≤ 30 menit dan jarak ≤ 1 km. Masalah kualitas fisik air bersih yang cukup banyak adalah kekeruhan dan warna. Kabupaten yang paling menonjol mengalami masalah kualitas fisik (kekeruhan) adalah Aceh Besar (29,9%).

Masih banyak rumahtangga yang mempunyai sarana pembuangan air limbah (SPAL) terbuka, dan yang paling tinggi di Langsa (87,6%) sedangkan yang tidak mempunyai SPAL tertinggi pada Pidie (47,7%). Secara umum akses terhadap air bersih (20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit sebesar 48,2% dan sanitasi (memiliki jamban jenis latrin + tangki Septik) di provinsi NAD sebesar 33,1%. Kabupaten tertinggi dalam mengakses air bersih adalah Sabang 82,5% dan terendah Gayo Lues 0,4%. Dalam hal sanitasi kabupaten tertinggi adalah Banda Aceh 76,8% dan terendah Gayo Lues 0,5%.

Secara umum di Provinsi NAD memelihara unggas yang dipelihara diluar rumah, sedangkan jenis ternak sedang (kambing, domba, babi, dll) dipelihara di luar rumah namun relatif rendah (12,6%).

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	ii
Sambutan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia	iv
Ringkasan Eksekutif	vi
Ringkasan Hasil	x
Daftar Isi	xv
Daftar Tabel	xviii
Daftar Gambar	xxx
Daftar Singkatan	xxxii
Daftar Lampiran	xxxiii
BAB 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2. Ruang Lingkup Riskesdas	2
1.3. Pertanyaan Penelitian	2
1.4. Tujuan Riskesdas	2
1.5. Kerangka Pikir	3
1.6. Alur Pikir Riskesdas 2007	4
1.7. Pengorganisasian Riskesdas	5
1.7.1 Organisasi Riskesdas Tingkat Pusat	6
1.7.2 Organisasi Riskesdas Tingkat Wilayah	6
1.7.3 Organisasi Riskesdas Tingkat Provinsi	7
1.7.4 Organisasi Riskesdas Tingkat Kabupaten/Kota	7
1.8. Manfaat Riskesdas	8
1.9. Persetujuan Etik Riskesdas	8
BAB 2 Metodologi Riskesdas	9
2.1. Desain	9
2.2. Lokasi	9
2.3. Populasi Sampel	9
2.3.1. Penarikan Sampel Blok Sensus	10
2.4. Variabel	10
2.4.1. Kuesioner Rumah Tangga (RKD07.RT)	10
2.4.2. Kuesioner Gizi (RKD07.GIZI)	10
2.4.3. Kuesioner Individu (RKD07.IND)	10
2.4.4. Kuesioner Autopsi Verbal untuk umur < 29 hari (RKD07.AV1)	11
2.4.5. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari -< 5 tahun (RKD07.AV2)	11
2.4.6. Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3)	11
2.5. Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpul Data	11
2.6. Manajemen Data	14
2.6.1. Editing	14
2.6.2. Entry	14
2.6.3. Cleaning	14
2.7. Keterbatasan Riskesdas	15
2.8. Pengolahan dan Analisis Data	16
BAB 3 Hasil Riskesdas	17
3.1. Profil Provinsi Nanggroe Aceh Darusalam (NAD)	17

3.1.1. Geografi	17
3.1.2. Demografi	17
3.1.3 Response Rate	17
3.2. Gizi	19
3.2.1. Status Gizi Balita	19
3.2.2. Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah)	27
3.2.3. Status Gizi Penduduk Umur 15 tahun keatas	29
3.2.3.1. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)	30
3.2.3.2. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Lingkar Perut (LP)	32
3.2.3.3 Status gizi wanita usia subur (WUS) 15 – 45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)	34
3.2.4. Konsumsi Energi dan Protein	37
3.2.5. Konsumsi Garam beriodium	41
3.3. Kesehatan Ibu dan Anak	43
3.3.1. Status Imunisasi	43
3.3.2. Pemantauan Perumbuhan Balita	47
3.3.3. Distribusi Kapsul Vitamin A	56
3.3.4. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	58
3.4. Penyakit Menular	66
3.4.1. Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	66
3.4.2. Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare	71
3.5. Penyakit Tidak Menular	74
3.5.1. Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan	74
3.5.2. Gangguan Mental Emosional	82
3.5.3. Penyakit Mata	85
3.5.4. Kesehatan Gigi	91
3.6. Cedera dan Disabilitas	108
3.6.1. Cedera	108
3.6.2. Status Disabilitas/Ketidakmampuan	124
3.7. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	130
3.7.1. Perilaku Merokok	130
3.7.2. Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur	139
3.7.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol	142
3.7.4. Perilaku Aktivitas Fisik	143
3.7.5. Pengetahuan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS	146
3.7.5. 1. Flu Burung	146
3.7.5.2. HIV/AIDS	148
3.7.6. Perilaku Higienis	150
3.7.7. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	153
3.8. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	154
3.8.1. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	154
3.8.2. Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	175
3.8.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	183
3.9. Kesehatan Lingkungan	189
3.9.1. Air Keperluan Rumah Tangga	189
3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar	204

3.9.3. Sarana Pembuangan Air Limbah	211
3.9.4. Pembuangan Sampah	213
3.9.5. Perumahan	214
BAB 4 Penutup	219
Daftar Pustaka	220
Lampiran	225

DAFTAR TABEL

Tabel 1.2	Sampel dan Indikator Pada Berbagai Survei	2
Tabel 1.7.2	Pembagian Tanggung Jawab Operasional Wilayah Riskesdas	6
Tabel 1.7.4	Daftar Nama Penanggung Jawab Teknis (PJT) Tingkat Kabupaten/Kota	8
Tabel 1.1.3.1	Response Rate Rumah Tangga Riskesdas 2007 terhadap Susenas 2007 di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam	18
Tabel 1.1.3.2	Response Rate Individu Riskesdas 2007 terhadap Susenas 2007 di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam	19
Tabel 1.2.1.1	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	21
Tabel 1.2.1.2	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	22
Tabel 1.2.1.3	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	23
Tabel 1.2.1.4	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	24
Tabel 1.2.1.5	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	25
Tabel 1.2.1.6	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	26
Tabel 3.2.2.1	Standar Penentuan Kekurusan dan Berat Badan Lebih Menurut Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007	27
Tabel 1.2.2.2	Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun Menurut Jenis Kelamin Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe aceh Darussalam, Riskesdas 2007	28
Tabel 1.2.2.3	Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007	29
Tabel 1.2.3.1.1	Persentase Orang Dewasa di atas 15 Tahun Menurut Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	30
Tabel 1.2.3.1.2	Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	31
Tabel 1.2.3.1.3	Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	32
Tabel 1.2.3.2.1	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	33

Tabel 1.2.3.2.2	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	34
Tabel 1.2.3.3.1	Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 Tahun di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	35
Tabel 1.2.3.3.2	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	36
Tabel 1.2.3.3.3	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Perempuan Umur 15-45 Tahun Menurut Karakteristik di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	37
Tabel 1.2.4.1	Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 Tahun di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	38
Tabel 1.2.4.2	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	39
Tabel 1.2.4.3	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Perempuan Umur 15-45 Tahun Menurut Karakteristik di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	40
Tabel 1.2.5.1	Konsumsi Energi dan Protein per Kapita per Hari Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	41
Tabel 1.2.5.2	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	42
Tabel 1.3.1.1	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	44
Tabel 1.3.1.2	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	45
Tabel 1.3.1.3	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	46
Tabel 1.3.1.4	Persentase Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	47
Tabel 1.3.2.1	Persentase Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	48
Tabel 1.3.2.2	Persentase Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	49
Tabel 1.3.2.3	Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Anak Enam Bulan terakhir Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	50

Tabel 1.3.2.4	Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	51
Tabel 1.3.2.5	Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	52
Tabel 1.3.2.6	Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	53
Tabel 1.3.2.7	Persentase Kepemilikan Buku KIA pada Balita Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	54
Tabel 1.3.2.8	Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	55
Tabel 1.3.3.1	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima kapsul Vitamin A Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	56
Tabel 1.3.3.2	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	57
Tabel 1.3.4.1	Persentase Ibu Menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	58
Tabel 1.3.4.2	Persentase Ibu Menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan Karakteristik, di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	59
Tabel 1.3.4.3	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Kabupaten/Kota di Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	60
Tabel 1.3.4.4	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Karakteristik Responden, di Kabupaten Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	61
Tabel 1.3.4.5	Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan Berdasarkan Kabupaten/Kota di Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	62
Tabel 1.3.4.6	Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	63
Tabel 1.3.4.7	Cakupan Pemeriksaan Neonatus Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	64
Tabel 1.3.4.8	Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	65
Tabel 1.4.1.1	Prevalensi Malaria, Filaria dan DBD berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	67
Tabel 1.4.1.2	Prevalensi Malaria, Filariasis dan DBD berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	68

Tabel 1.4.1.3	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	69
Tabel 1.4.1.4	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak Berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	70
Tabel 1.4.2.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	72
Tabel 1.4.2.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	73
Tabel 1.5.1.1	Prevalensi Penyakit Kronis (Persendian, Hipertensi, Stroke) Pada Penduduk* Menurut Kabupaten/Kota di Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	75
Tabel 1.5.1.2	Prevalensi Penyakit Kronis (Persendian, Hipertensi, Stroke) Pada Penduduk dalam 1 Tahun Terakhir Menurut Karakteristik Responden di Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	77
Tabel 1.5.1.3	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor** Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	78
Tabel 1.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor** Berdasarkan Diagnosis Nakes Atau Gejala Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, 2007	79
Tabel 1.5.1.5	Prevalensi (%) Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofili) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	81
Tabel 1.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* Menurut Kabupaten /Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	83
Tabel 1.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	84
Tabel 1.5.3.1	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 Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	85
Tabel 1.5.3.2	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 Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	86
Tabel 1.5.3.3	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	87

Tabel 1.5.3.4	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	88
Tabel 1.5.3.5	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	89
Tabel 1.5.3.6	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi ,Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	90
Tabel 1.5.4.1	langkah Program Indikator Terkait Penilaian Keberhasilan Program dan Pencapaian Target Gigi Sehat 2010	91
Tabel 1.5.4.2	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	92
Tabel 1.5.4.3	Sebaran Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	93
Tabel 1.5.4.4	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi Menurut Jenis Perawatan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	94
Tabel 1.5.4.5	Persentase Jenis Perawatan Yang Diterima Penduduk untuk Masalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	95
Tabel 1.5.4.6	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	96
Tabel 1.5.4.7	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	97
Tabel 1.5.4.8	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	98
Tabel 1.5.4.9	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	99
Tabel 1.5.4.10	Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	100
Tabel 1.5.4.11	Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	101

Tabel 1.5.4.12	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	102
Tabel 1.5.4.13	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	103
Tabel 1.5.4.14	Required Treatment Index (RTI) dan Perform Treatment Index (PTI) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	104
Tabel 1.5.4.15	Required Treatment Index (RTI) Dan Perform Treatment Index (PTI) Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	105
Tabel 1.5.4.16	Persentase Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas Menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protosa Berdasarkan Kabupaten/Kota	106
Tabel 1.5.4.17	di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007 Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk Edentulous Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	107
Tabel 1.6.1.1	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	109
Tabel 1.6.1.2	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	111
Tabel 1.6.1.3	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	115
Tabel 1.6.1.4	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	117
Tabel 1.6.1.5	Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	120
Tabel 1.6.1.6	Persentase Jenis Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	122
Tabel 1.6.2.1	Sebaran Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas dalam 1 Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	125
Tabel 1.6.2.2	Persentase Status Disabilitas Penduduk ≥ 15 Tahun dalam 1 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	126
Tabel 1.6.2.3	Persentase Status Disabilitas Penduduk ≥ 15 Tahun dalam 1 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	127
Tabel 1.6.2.4	Persentase Penduduk ≥ 15 Tahun dengan Ketidakmampuan dan Membutuhkan Bantuan Orang Lain Menurut Karakteristik di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	129

Tabel 1.7.1.1	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	131
Tabel 1.7.1.2	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	132
Tabel 1.7.1.3	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Mulai Merokok Tiap Hari Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	133
Tabel 1.7.1.4	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	134
Tabel 1.7.1.5	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Pertama Kali Merokok Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	135
Tabel 1.7.1.6	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Pertama Kali Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	136
Tabel 1.7.1.7	Prevalensi Perokok dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	137
Tabel 1.7.1.8	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	138
Tabel 1.7.1.9	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	139
Tabel 1.7.2.1	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	140
Tabel 1.7.2.2	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	141
Tabel 1.7.3.1	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	142
Tabel 1.7.3.2	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	143
Tabel 1.7.4.1	Prevalensi Penduduk ≥ 10 Tahun yang Kurang Melakukan Kegiatan Aktif Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	144

Tabel 1.7.4.2	Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas yang Kurang Melakukan Kegiatan Aktifitas Fisik Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	145
Tabel 1.7.5.1.1	Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	146
Tabel 1.7.5.1.2	Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	147
Tabel 1.7.5.2.1	Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Berdasarkan Kabupaten/Kotadi Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	148
Tabel 1.7.5.2.2	Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	149
Tabel 1.7.6.1	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	151
Tabel 1.7.6.2	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	152
Tabel 1.7.7	Prevalensi Rumah Tangga yang memenuhi kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Darussalam, Riskesdas 2007	154
Tabel 1.8.1.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	155
Tabel 1.8.1.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	156
Tabel 1.8.1.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	157
Tabel 1.8.1.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	158
Tabel 1.8.1.5	Persentase rumah tangga Menurut pemanfaatan Posyandu/Poskesdes dan Kabupaten/kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	159

Tabel 1.8.1.6	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	160
Tabel 1.8.1.7	Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	161
Tabel 1.8.1.8	Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima RT Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	163
Tabel 1.8.1.9	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (di Luar Tidak Membutuhkan) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	164
Tabel 1.8.1.10	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	165
Tabel 1.8.1.11	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	166
Tabel 1.8.1.12	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	167
Tabel 1.8.1.13	Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	168
Tabel 1.8.1.14	Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	169
Tabel 1.8.1.15	Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Alasan Lain dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	170
Tabel 1.8.1.16	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	171
Tabel 1.8.1.17	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) Menurut Kabupaten/Perkotaan di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	172
Tabel 1.8.1.18	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	173
Tabel 1.8.1.19	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) Menurut Tingkat Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	174

Tabel 1.8.1.20	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	175
Tabel 1.8.2.1	Persentase Tempat Berobat Rawat Inap Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	176
Tabel 1.8.2.2	Persentase Tempat Berobat Rawat Inap Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	177
Tabel 1.8.2.3	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	178
Tabel 1.8.2.4	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	179
Tabel 1.8.2.5	Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	180
Tabel 1.8.2.6	Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	181
Tabel 1.8.2.7	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	182
Tabel 1.8.2.8	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	183
Tabel 1.8.3.1	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	185
Tabel 1.8.3.2	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	186
Tabel 1.8.3.3	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	187
Tabel 1.8.3.4	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	188
Tabel 1.9.1.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	190
Tabel 1.9.1.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	191
Tabel 1.9.1.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	192

Tabel 1.9.1.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	193
Tabel 1.9.1.5	Persentase Rumah Tangga Menurut Individu yang Biasa Mengambil Air dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	194
Tabel 1.9.1.6	Persentase Rumah Tangga Menurut Anggota Rumah Tangga yang Biasa Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	195
Tabel 1.9.1.7	Persentase Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	196
Tabel 1.9.1.8	Persentase Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	197
Tabel 1.8.1.9	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007	198
Tabel 1.9.1.10	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007	199
Tabel 1.9.1.11	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	200
Tabel 1.9.1.12	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	201
Tabel 1.9.1.13	Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas dan Riskesdas 2007	202
Tabel 1.9.1.14	Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas dan Riskesdas 2007	203
Tabel 1.9.2.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007	204
Tabel 1.9.2.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007	205
Tabel 1.9.2.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007	205
Tabel 1.9.2.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007	206

Tabel 1.9.2.5	Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007	207
Tabel 1.9.2.6	Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	208
Tabel 1.9.2.7	Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kepulauan Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007	209
Tabel 1.9.2.8	Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007	210
Tabel 1.9.3.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	211
Tabel 1.9.3.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Klasifikasi Desa di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	212
Tabel 1.9.3.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah Berdasarkan Kabupaten/Kota	213
Tabel 1.9.3.4	di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007 Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	214
Tabel 1.9.4.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007	215
Tabel 1.9.4.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian Menurut karakteristik rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007	216
Tabel 1.9.4.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	217
Tabel 1.9.4.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007	218

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974).....	3
Gambar 1.2 Alur Pikir Riskesdas Provinsi 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 Nanggroe Aceh Darussalam 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 di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 2007 adalah upaya mengisi salah satu dari 4 (empat) *grand strategy* Departemen Kesehatan, yaitu fungsinya sistem informasi kesehatan yang *evidence-based* di seluruh Indonesia. Data dasar yang dihasilkan Risikesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 2007 dirancang dengan pengendalian mutu yang ketat, sampel yang memadai, serta manajemen data yang terkoordinasikan dengan baik. Penyelenggaraan Risikesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 2007 dapat dicapai dengan efisien melalui desain instrumen yang canggih dan ujicoba yang teliti dalam pengembangannya. Pelaksanaan Risikesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 mengakui pentingnya komparabilitas, selain validitas dan reliabilitas.

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

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

1.2 Ruang Lingkup Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007

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

Tabel 1.2
Sampel dan Indikator Pada Berbagai Survei

Indikator	SDKI	SKRT	KOR Susenas	Riskesdas
Sampel	35.000	10.000	280.000	280.000
Pola Mortalitas	Nasional	S/J/KTI	--	Nasional
Perilaku	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Gizi dan Pola Konsumsi	--	S/J/KTI	Propinsi	Kabupaten
Sanitasi Lingkungan	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Penyakit	--	S/J/KTI	--	Prop/Kab
Cedera dan Kecelakaan	Nasional	S/J/KTI	--	Prop/Kab
Disabilitas	--	S/J/KTI	--	Prop/Kab
Gigi dan Mulut	--	--	--	Prop/Kab
Biomedis	--	--	--	Nasional Perkotaan

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

1.3 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian dalam Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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:

1. Bagaimana status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota?
2. Apa dan bagaimana faktor-faktor yang melatarbelakangi status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota?
3. Apa masalah kesehatan masyarakat yang spesifik di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota?

1.4 Tujuan Riskesdas

Untuk menjawab pertanyaan penelitian tersebut di atas maka tujuan Riskesdas di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 disusun sebagai berikut:

1. Menyediakan informasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota.

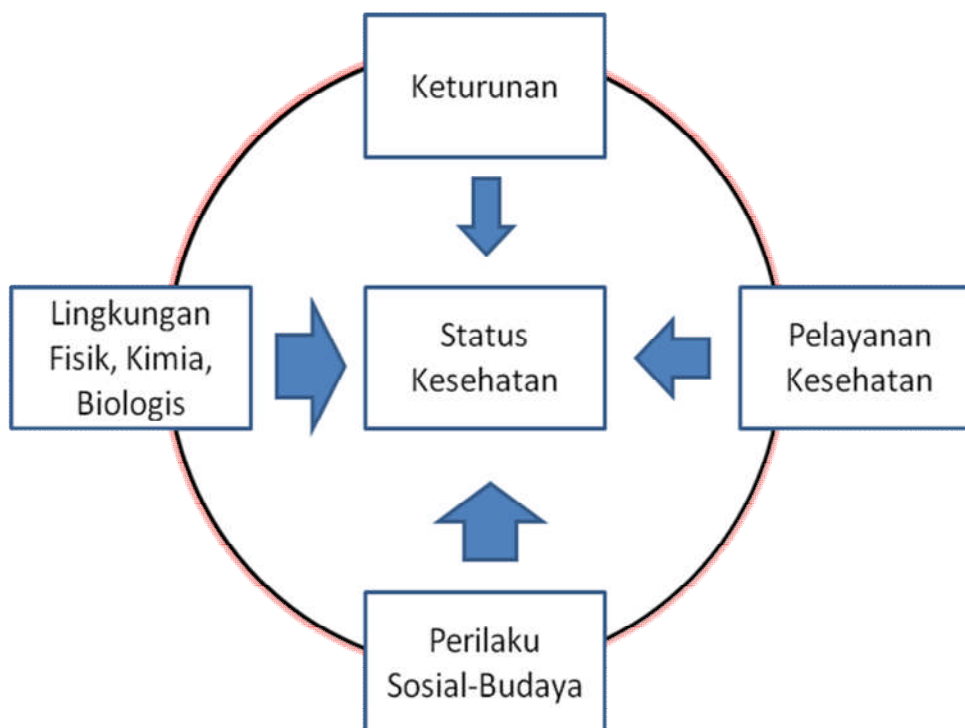
2. Menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan termasuk alokasi sumber daya di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota.
3. Menyediakan peta status dan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota.
4. Membandingkan status kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakangi di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota.

1.5 Kerangka Pikir

Pengembangan Riskesdas di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 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 di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 adalah sebagai berikut:

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

Gambar 1.1
Faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)



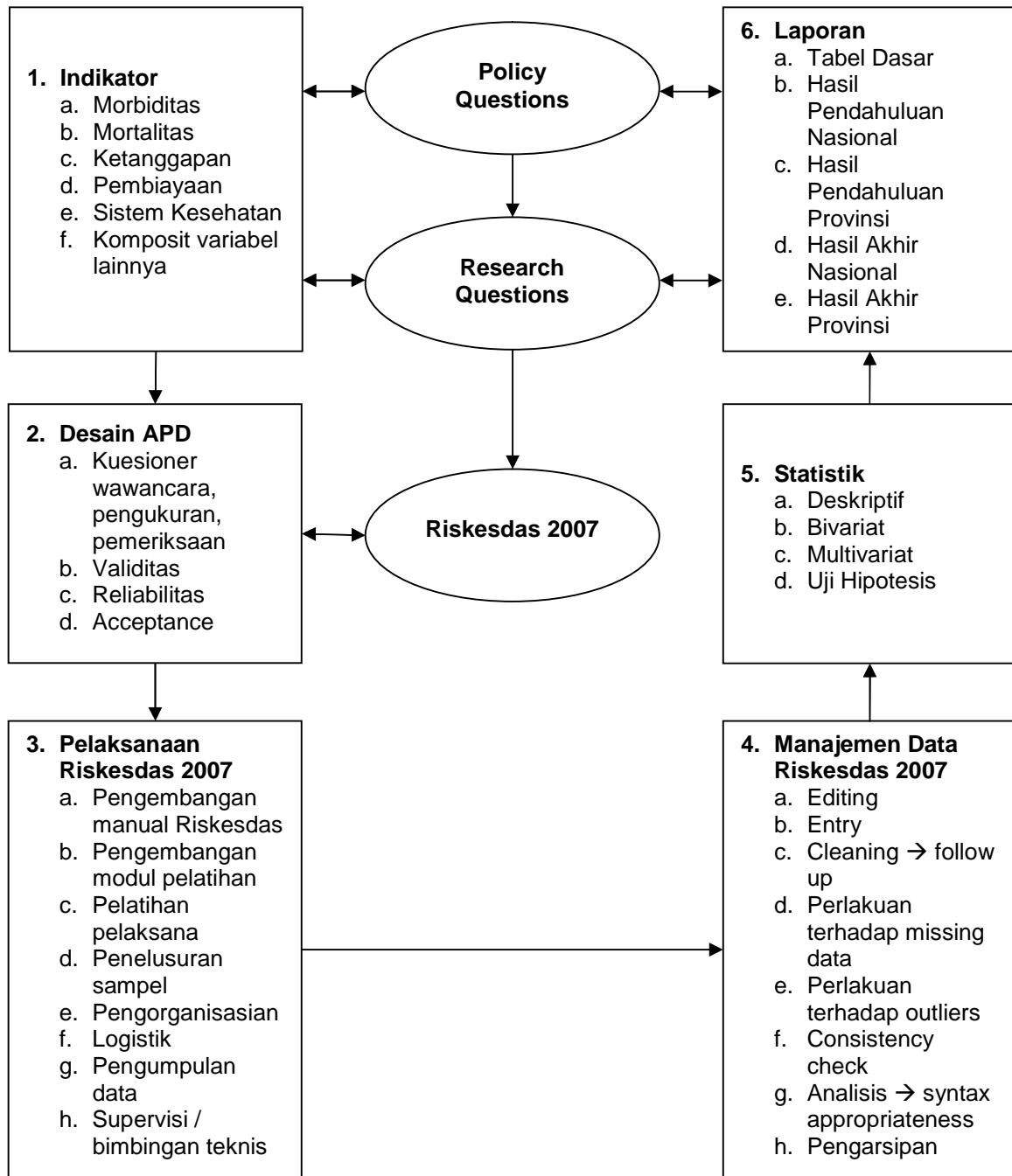
2. Faktor lingkungan, mencakup variabel:
 - a. Konsumsi gizi, meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral.
 - b. Lingkungan fisik, meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah.
 - c. Lingkungan sosial, meliputi Tingkat Pendidikan, tingkat sosial-ekonomi, perbandingan kota-desa dan perbandingan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

1.6 Alur Pikir Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007

Alur Fikir ini secara skematis menggambarkan enam tahapan penting dalam Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 bukan saja harus mampu menjawab pertanyaan kebijakan, namun harus memberikan arah bagi pengembangan pertanyaan kebijakan berikutnya.

Untuk menjamin *appropriateness* dan *adequacy* Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 Pikir Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007



1.7 Pengorganisasian Riskesdas

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

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, dan peneliti di lingkungan Badan Litbangkes.

1.7.2 Organisasi Riskesdas Tingkat Wilayah

Untuk seluruh Indonesia, operasionalisasi riskesdas dibagi menjadi empat 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 dan Status Kesehatan	NAD, Sumut, Sumbar, Riau, Kepri, Jambi, Sumsel, Babel
II	Puslitbang Biomedis dan Farmasi	DKI Jakarta; Banten; Jateng; DI Jogjakarta; Kalteng; Kaltim; Kalbar; Kalsel
III	Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan	Bali; NTB; NTT; Jatim; Maluku; Maluku Utara; Papua, Papua Barat
IV	Puslitbang Gizi dan Makanan	Jabar; Bengkulu; Lampung; Sulut; Sulteng; Sulbar; Sulsel; Sultra; Gorontalo

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

1. Penanggung Jawab Wilayah : Ka Puslitbang
2. Wakil Penanggung Jawab Wilayah : Peneliti Senior
3. Penanggung Jawab Teknis Propinsi : Kabid/Kabag/Peneliti Senior
4. Wakil Penanggung Jawab Teknis Propinsi : Kabid/Kabag/Peneliti Senior
5. Penanggung Jawab Teknis Kab/Kota : Peneliti Puslitbang/Dosen Poltekkes
6. Penanggung Jawab Administratif : Staf Bidang/Bagian Litbangkes

1.7.3 Organisasi Tingkat Provinsi

Susunan organisasi Riskesdas di tingkat propinsi Nanggroe Aceh Darussalam adalah sebagai berikut:

Pengarah	:	Sekretaris Daerah, Kepala Litbangda
Tim Pelaksana	:	
1. Ketua	:	Kadinkes Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam
2. Kabid operasional	:	Kasubdin Progkes Dinas Kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam
3. Kabid teknis	:	Prof. M. Sudomo (Peneliti Senior Balitbangkes)
4. Sekretaris	:	Kasi Litbang / Kasi Puldata Dinas Kesehatan Prov. Nanggroe Aceh Darussalam
5. Anggota	:	Ir. Sri Irianti, M.Kes, Ka BPS, Direktur Poltekes, Ka.Labkesda Propinsi
6. Sekretariat	:	Pengelola logistik dan keuangan Dinas Kesehatan Prov. Nanggroe Aceh Darussalam

Adapun tugasnya adalah:

1. Rekrutmen tenaga pelatih tingkat Kabupaten/Kota
2. Mengkoordinasikan Riskesdas di Kabupaten /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 Riskesdas tingkat Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut:

Pengarah	:	Sekretaris Daerah Kabupaten/Kota
Tim Pelaksana	:	
1. Ketua Umum	:	Kadinkes Kabupaten/Kota
2. PJ Operasional	:	Kasubdin atau Kabag di lingkungan Dinas Kesehatan Kab/Kota
3. PJ Teknis	:	Peneliti Balitbangkes / PolteKkes / Dinkes / PT
4. Sekretaris	:	Kasi Litbang/lainnya yang ditunjuk Dinkes
5. Anggota	:	Ka BPS Kab/Kota, Ka. Lab RSU
6. Sekretariat	:	Pengelola spesimen dan keuangan

Tugasnya adalah sebagai berikut:

1. Menyusun POA, termasuk identifikasi SDM dan 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 spesimen
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.

Tabel 1.7.4
Daftar Nama Penanggung Jawab Teknis (PJT) Tingkat Kabupaten/Kota

No.	Nama Penanggungjawab Teknis (PJT)	Kabupaten/Kota
1.	Jusniar Ariati SSi, MSi	Simeulue
2.	Idris, M.Daud SKM, MKes	Aceh Singkil
3.	Drh. Raflizar	Aceh Selatan
4.	Drs. Kasnodiharjo	Aceh Tenggara
5.	Ika Damayanti, SKM	Aceh Tamiang
6.	Putisari, SKM. MScPH	Banda Aceh
7.	Drh. Ima Nurisa I, MSc Trop.Med	Aceh Jaya
8.	T. Iskandar Faisal, S.Kp, M.Kes	Aceh Timur
9.	Drs. Mardjan Soekirno	Lhoksemauwe
10.	Nasrullah, SKM, M.Kes	Langsa
11.	Rahmawati STP, M.Kes	Aceh Tengah
12.	Ainun Mardiah SKM, M.Kes	Aceh Barat
13.	Susanti, SKM, M.Kes	Aceh Besar
14.	Wirda Hayati M.Kep, Ns.Sp.Kom	Pidie
15.	Novemi, SKM, M.Kes	Biereun
16.	Fachmi Ichwansyah SKp, MPH	Aceh Utara
17.	Hj. Sulastri S.SiT, M.Kes	Aceh Barat Daya
18.	Tri Mulyono H. SKM, M.Kes	Gayo Lues
19.	Siti Zulfah DCN, M.Kes	Nagan Raya
20.	Rohani M. S.SiT, M.Kes	Bener Meriah
21.	Setio Budi Raharjo SKP, M.Kep	Sabang

1.8 Manfaat Riskesdas

Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 memberikan manfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan berupa:

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

1.9 Persetujuan Etik Riskesdas

Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 Disain

Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 adalah sebuah survei yang dilakukan secara *cross sectional*. Disain Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, 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 Nanggroe Aceh Darussalam 2007 dapat menggambarkan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan variabilitas antar kabupaten/kota.

Secara singkat dapat dikatakan bahwa Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 didisain untuk mendukung pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti ilmiah. Disain Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 dikembangkan dengan sungguh-sungguh memperhatikan teori dasar tentang hubungan antara berbagai penentu yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 2007.

2.2 Lokasi

Sampel Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 di tingkat kabupaten/kota berasal dari 21 kabupaten/kota (dari jumlah keseluruhan sebanyak 22 kabupaten/kota) yang tersebar merata di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam.

2.3 Populasi dan Sampel

Populasi dalam Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam. 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 Riskesdas 2007 Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 berhasil mengunjungi 685 blok sensus dari 21 jumlah kabupaten/kota yang ada.

2.4 Variabel

Berbagai pertanyaan terkait dengan kebijakan kesehatan Indonesia dioperasionalisasikan menjadi pertanyaan riset dan akhirnya dikembangkan menjadi variabel yang dikumpulkan dengan menggunakan berbagai cara. Dalam Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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)

1. Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
2. Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
3. Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
4. Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);
5. Blok V tentang mortalitas (10 variabel);
6. Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);
7. Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel).

2.4.2 Kuesioner Gizi (RKD07.GIZI)

1. Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu.

2.4.3 Kuesioner Individu (RKD07.IND)

1. Blok IX tentang keterangan wawancara individu (4 variabel);
2. Blok X tentang keterangan individu dikelompokkan menjadi:
 - a. Blok X-A tentang identifikasi responden (4 variabel);
 - b. Blok X-B tentang penyakit menular, tidak menular, dan riwayat penyakit turunan (50 variabel);
 - c. Blok X-C tentang ketanggapan pelayanan kesehatan dengan rincian untuk Pelayanan Rawat Inap (11 variabel) dan untuk Pelayanan Rawat Jalan (10 variabel);
 - d. Blok X-D tentang pengetahuan, sikap dan perilaku untuk semua anggota rumah tangga umur ≥ 10 tahun (35 variabel);
 - e. Blok X-E tentang disabilitas/ketidakmampuan untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (23 variabel);
 - f. Blok X-F tentang kesehatan mental untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (20 variabel);
 - g. Blok X-G tentang imunisasi dan pemantauan pertumbuhan untuk semua anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan (11 variabel);

- h. Blok X-H tentang kesehatan bayi (khusus untuk bayi berumur < 12 bulan (7 variabel);
 - i. Blok X-I tentang kesehatan reproduksi-pertanyaan tambahan untuk 5 provinsi: NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua (6 variabel).
3. Blok XI tentang pengukuran dan pemeriksaan (14 variabel);

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

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

2.4.5 Kuesioner Autopsi Verbal untuk Umur <29 hari-<5 Tahun (RKD07.AV2)

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

2.4.6 Kuesioner Autopsi Verbal untuk Umur 5 Tahun Keatas (RKD07.AV3)

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

Catatan:

Selain keenam kuesioner tersebut di atas, 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 Nanggroe Aceh Darussalam 2007 menggunakan berbagai alat pengumpul data dan berbagai cara pengumpulan data, dengan rincian sebagai berikut:

- 1. Pengumpulan data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.RT
 - a. Responden untuk Kuesioner RKD07.RT adalah Kepala Keluarga, atau Ibu Rumah Tangga atau Anggota Rumah Tangga yang dapat memberikan informasi;
 - b. Dalam Kuesioner RKD07.RT terdapat verifikasi terhadap keterangan anggota rumah tangga yang dapat menunjukkan sejauh mana sampel Riskesdas 2007 identik dengan sampel Susenas 2007;

- c. 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.
2. Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND
 - a. 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;
 - b. Anggota rumah tangga semua umur menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit keturunan sebagai berikut: Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Pnemonia, Demam Tifoid, Malaria, Diare, Campak, Tuberkulosis Paru, Demam Berdarah Dengue, Hepatitis, Filariasis, Asma, Gigi dan Mulut, Cedera, Penyakit Jantung, Penyakit Kencing Manis, Tumor/Kanker dan Penyakit Keturunan, serta pengukuran berat badan, tinggi badan/panjang badan;
 - c. 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 lingkaran perut, serta pengukuran lingkaran lengan atas (khusus untuk wanita usia subur 15-45 tahun, termasuk ibu hamil);
 - d. Anggota rumah tangga berumur ≥ 30 tahun menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Katarak;
 - e. Anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan pertumbuhan;
 - f. 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;
 - g. Anggota rumah tangga berumur < 12 bulan menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;
 - h. Anggota rumah tangga berumur > 5 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
 - i. Anggota rumah tangga berumur ≥ 12 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen;
 - j. Anggota rumah tangga berumur 6-12 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan urin.
3. Pengumpulan data kematian dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3;
4. 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 Nanggroe Aceh Darussalam 2007. Rangkaian pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:
 - a. Blok sensus perkotaan yang terpilih pada Susenas 2007, dipilih sejumlah 15% dari total blok sensus perkotaan.
 - b. 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:

- a. Normal (Non DM) < 140 mg/dl
 - b. Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) $140 - < 200$ mg/dl
 - c. Diabetes Mellitus (DM) ≥ 200 mg/dl.
5. Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007 dilakukan dengan tes cepat yodium menggunakan “iodina test”.
6. 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:
- a. Tinggi-meliputi Kabupaten Blitar, Kabupaten Jember, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Nganjuk, Kota Pasuruan, Kabupaten Klungkung, Kabupaten Sikka, Kabupaten Katingan, Kota Tarakan dan Kabupaten Jeneponto;
 - b. Sedang-meliputi Kota Tengerang, Kabupaten Grobogan, Kabupaten Semarang, Kota Salatiga, Kota Semarang, Kabupaten Bantul, Kabupaten Donggala, Kota Kendari, Kabupaten Konawe dan Kota Gorontalo);
 - c. 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 Nanggroe Aceh Darussalam 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:

1. 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 dan sangat bervariasi (akhir Juli 2007-January 2008). Bahkan 5 provinsi daerah sulit (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan Nusa Tenggara Timur), pengumpulan data baru dapat dilaksanakan pada Agustus-September 2008.
2. Kesiapan kabupaten/kota untuk berperan serta dalam pelaksanaan Riskesdas 2007 amat bervariasi, sehingga pelaksanaan dari satu lokasi pengumpulan data ke lokasi lainnya memerlukan koordinasi dan manajemen logistik yang rumit;
3. 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.

4. 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 kritis 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 Nanggroe Aceh Darussalam 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 *database* 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 Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 2007. Bila pada suatu saat data Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 2007. Pengorganisasian Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 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.
- b. Blok sensus tidak terjangkau, karena ketidak-tersediaan alat transportasi menuju lokasi dimaksud, atau karena kondisi alam yang tidak memungkinkan seperti ombak besar.
- c. Rumah tangga yang terdapat dalam DSRT Susenas 2007 ternyata tidak dapat dijumpai oleh Tim Pewawancara Riskesdas 2007.
- 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.
- 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.
- 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 2008, bahkan lima provinsi (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan NTT) baru melaksanakan pada bulan Agustus-September 2008.

2.8 Hasil Pengolahan dan Analisis Data

Isu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 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 Nanggroe Aceh Darussalam 2007, maka validitas hasil analisis data dapat dioptimalkan.

BAB 3. HASIL RISKESDAS

3.1 Profil Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD)

3.1.1 Geografi

Nanggroe Aceh Darussalam merupakan provinsi yang terletak antara 2° sampai 6° lintang utara dan 95° sampai 98° bujur timur, temperatur rata-rata 25° C, dengan kelembaban rata-rata 85%, curah hujan rata-rata setiap tahun berkisar antara 3,0 sampai 245,9 mm.

Secara geografis Provinsi NAD berbatasan dengan:

1. Sebelah utara dengan Selat Malaka,
2. Sebelah selatan dengan Provinsi Sumatera Utara,
3. Sebelah timur berbatasan dengan Selat Malaka
4. Sebelah Barat dengan Samudera Hindia.

Luas Provinsi NAD kurang lebih 57.755 km², terdiri dari 21 Kabupaten/Kota, 257 Kecamatan dan 6.335 desa.

3.1.2 Demografi

Jumlah penduduk Provinsi NAD tahun 2006 sebanyak 4.247.905 jiwa. Laju pertumbuhan penduduk pada periode 2005-2006 sebesar 1,06%. Jumlah penduduk laki-laki 2.073.948 jiwa dan perempuan 2.027.647 jiwa dengan sex rasio 1,05.

Kepadatan penduduk tahun 2006 di Provinsi NAD adalah 7.397/km², bila kepadatan penduduk dilihat untuk setiap Kabupaten/kota maka Kota Banda Aceh dengan tingkat kepadatan tertinggi yaitu 3.501,45 per km², sedangkan yang paling jarang adalah Kabupaten Aceh Jaya dengan tingkat kepadatan 17,46 per km².

3.1.3 Response Rate

Cakupan rumahtangga dan individu sampel Riskesdas 2007 terhadap Susenas 2007 adalah seperti tersaji pada Tabel 3.1.3.1 dan Tabel 3.1.3.2, jumlah keseluruhan sampel rumah tangga Susenas 2007 sebesar 10.981 rumah tangga, dan dari jumlah tersebut yang berhasil dikumpulkan datanya 10.418 rumahtangga, dengan response rate sebesar 94,87%.

Tabel 3.1.3.1
Response Rate Rumah Tangga Riskesdas 2007 terhadap Susenas 2007
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam

Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/ Susenas
	N	%	N	%	
Simeulue	384	0,15	384	0,14	100,0
Aceh Singkil	384	0,15	416	0,15	92,3
Aceh Selatan	497	0,19	512	0,18	97,1
Aceh Tenggara	433	0,17	480	0,17	90,2
Aceh Timur	597	0,23	608	0,22	98,2
Aceh Tengah	474	0,18	480	0,17	98,8
Aceh Barat	568	0,22	576	0,21	98,6
Aceh Besar	477	0,18	480	0,17	99,4
Pidie	542	0,21	544	0,20	99,6
Bireuen	480	0,19	480	0,17	100,0
Aceh Utara	596	0,23	607	0,22	98,2
Aceh Barat Daya	511	0,20	512	0,18	99,8
Gayo Lues	480	0,19	480	0,17	100,0
Aceh Tamiang	580	0,22	583	0,21	99,5
Nagan Raya	533	0,21	576	0,21	92,5
Aceh Jaya	554	0,21	576	0,21	96,2
Bener Meriah	440	0,17	608	0,22	72,4
Kota Banda Aceh	413	0,16	480	0,17	86,0
Kota Sabang	380	0,15	384	0,14	99,0
Kota Langsa	503	0,19	608	0,22	82,7
Kota Lhokseumawe	592	0,23	607	0,22	97,5

Menurut kabupaten/kota, daerah yang response rate-nya tinggi (100%) adalah di Kabupaten Simeulue, Biureun dan Gayo Lues. Sedangkan yang terendah adalah di Kabupaten Bener Meriah (72,4%). Adanya rumahtangga yang tidak berhasil dikunjungi antara lain karena banyaknya rumahtangga yang terdaftar di DSRT Susenas 2007 tidak ditemukan di lapangan, adanya rumahtangga yang pindah, dan lain-lain.

Tabel 3.1.3.2
Response Rate Individu Riskeddas 2007 terhadap Susenas 2007
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam

Kabupaten/Kota	Riskeddas		Susenas		Riskeddas/ Susenas
	N	%	N	%	
Simeulue	1.541	0,16	1.629	0,14	94,6
Aceh Singkil	1.633	0,17	1.856	0,16	88,0
Aceh Selatan	2.056	0,21	2.260	0,20	91,0
Aceh Tenggara	1.810	0,19	2.062	0,18	87,8
Aceh Timur	2.434	0,25	2.689	0,24	90,5
Aceh Tengah	1.940	0,20	1.992	0,18	97,4
Aceh Barat	2.247	0,23	2.370	0,21	94,8
Aceh Besar	2.013	0,21	2.046	0,18	98,4
Pidie	1.803	0,18	1.959	0,17	92,0
Bireuen	2.049	0,21	2.196	0,19	93,3
Aceh Utara	2.491	0,26	2.671	0,24	93,3
Aceh Barat Daya	2.190	0,22	2.288	0,20	95,7
Gayo Lues	2.018	0,21	2.073	0,18	97,3
Aceh Tamiang	2.362	0,24	2.473	0,22	95,5
Nagan Raya	1.897	0,19	2.167	0,19	87,5
Aceh Jaya	1.794	0,18	1.954	0,17	91,8
Bener Meriah	1.279	0,13	2.487	0,22	51,4
Kota Banda Aceh	1.552	0,16	1.976	0,17	78,5
Kota Sabang	1.497	0,15	1.567	0,14	95,5
Kota Langsa	2.113	0,22	2.713	0,24	77,9
Kota Lhokseumawe	2.173	0,22	2.618	0,23	83,0

Cakupan Response rate individu menurut kabupaten/kota, daerah yang response rate-nya tinggi adalah di Kabupaten Aceh Besar (98,4%) dan Kota Sabang (95,5%) dan terendah di Kabupaten Bener Meriah (51,4%).

3.2 Status 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 :

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

- | | |
|--------------------------|--|
| a. Kategori Sangat Kurus | Z-score < -3,0 |
| b. Kategori Kurus | Z-score \geq -3,0 s/d Z-score < -2,0 |
| c. Kategori Normal | Z-score \geq -2,0 s/d Z-score \leq 2,0 |
| d. Kategori Gemuk | Z-score > 2,0 |

Perhitungan angka prevalensi :

1. Prevalensi gizi buruk = (Jumlah balita gizi buruk/jumlah seluruh balita) x 100%
2. Prevalensi gizi kurang = (Jumlah balita gizi kurang/jumlah seluruh balita) x 100%
3. Prevalensi gizi baik = (Jumlah balita gizi baik/jumlah seluruh balita) x 100%
4. Prevalensi gizi lebih = (Jumlah balita gizi lebih/jumlah seluruh balita) x 100%

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 dan kurang mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut. Secara umum prevalensi gizi buruk di Nanggroe Aceh Darussalam adalah 10,7 % dan gizi kurang 15,8%. Sebanyak delapan kabupaten masih memiliki prevalensi gizi buruk di atas prevalensi provinsi NAD.

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 MDGs untuk Indonesia sebesar 18,5%,

Dari 21 kabupaten/kota hanya 5 kabupaten yang sudah mencapai target nasional, yaitu kabupaten Aceh Tengah, Gayo Lues, Bener Meriah, Banda Aceh, dan Sabang. Bila dibandingkan dengan target MDG 2015 maka hanya ada 4 kabupaten/kota yang sudah mencapai target yaitu: Kabupaten Aceh Tengah, Bener Meriah, Banda Aceh dan Kota Sabang. Di Provinsi NAD masalah gizi lebih sudah perlu diperhatikan. Secara umum, prevalensi balita gizi lebih sebesar 4,2 %. Ada 3 kabupaten/kota yang harus diwaspadai karena memiliki prevalensi gizi lebih 10%, yaitu Kabupaten Aceh Timur, Gayo Lues dan Kota Langsa.

Tabel 3.2.1.1
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Simeulue	20,5	19,1	56,8	3,6
Aceh Singkil	7,9	13,1	74,2	4,7
Aceh Selatan	8,0	16,9	73,8	1,3
Aceh Tenggara	29,6	19,2	47,8	3,5
Aceh Timur	10,7	11,1	65,1	13,1
Aceh Tengah	6,2	8,9	82,6	2,3
Aceh Barat	14,5	15,4	63,6	6,5
Aceh Besar	7,6	12,5	76,9	3,1
Pidie	6,4	17,3	74,8	1,6
Bireuen	9,0	23,8	63,3	3,9
Aceh Utara	16,0	19,5	59,2	5,2
Aceh Barat Daya	15,7	23,4	60,0	,9
Gayo Lues	11,9	7,6	70,3	10,2
Aceh Tamiang	6,6	14,8	77,9	,7
Nagan Raya	20,3	15,7	58,0	5,9
Aceh Jaya	9,9	19,1	68,4	2,6
Bener Meriah	4,8	8,9	84,9	1,4
Kota Banda Aceh	5,5	10,0	81,0	3,5
Kota Sabang	3,0	11,6	84,4	1,0
Kota Langsa	9,4	17,7	62,5	10,4
Lhokseumawe	9,8	14,2	70,4	5,6
Nanggroe Aceh Darussalam	10,7	15,8	69,2	4,2

^{*)} BB/U = berat badan menurut umur

Tabel 3.2.1.1 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 hygiene 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 provinsi masih tinggi yaitu sebesar 44,6%. Sepuluh kabupaten memiliki prevalensi masalah kependekan di atas angka provinsi.

Tabel 3.2.1.2
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Simeulue	40,4	23,5	36,1
Aceh Singkil	32,1	16,8	51,1
Aceh Selatan	23,7	22,8	53,5
Aceh Tenggara	41,7	25,2	33,2
Aceh Timur	28,6	12,2	59,2
Aceh Tengah	26,7	21,0	52,3
Aceh Barat	22,6	14,5	62,9
Aceh Besar	25,0	14,4	60,6
Pidie	21,5	16,8	61,7
Bireuen	35,2	16,7	48,1
Aceh Utara	23,1	12,6	64,4
Aceh Barat Daya	37,0	23,9	39,1
Gayo Lues	46,3	13,2	40,5
Aceh Tamiang	17,5	23,5	58,9
Nagan Raya	26,7	16,9	56,4
Aceh Jaya	28,0	19,2	52,8
Bener Meriah	28,3	27,3	44,5
Kota Banda Aceh	22,3	16,5	61,2
Kota Sabang	18,7	11,5	69,7
Kota Langsa	31,2	15,8	53,0
Lhokseumawe	25,7	18,6	55,7
Nanggroe Aceh Darussalam	26,9	17,7	55,4

^{*)} TB/U = tinggi badan menurut umur

Tabel 3.2.1.2 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 menurut provinsi masih cukup tinggi yaitu 9,2%. Terdapat 13 kabupaten yang memiliki prevalensi balita sangat kurus di bawah angka prevalensi provinsi. Ke-13 provinsi tersebut adalah: Aceh Singkil, Aceh Selatan, Aceh Tengah, Aceh Barat, Pidie, Biureun, Aceh Barat daya, Aceh Tamiang, Aceh Jaya, Bener Meriah, Kota Banda Aceh, Sabang, Langsa. 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 Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Simeulue	9,4	10,6	64,9	15,2
Aceh Singkil	3,4	5,4	72,0	19,2
Aceh Selatan	3,8	6,1	82,7	7,5
Aceh Tenggara	18,0	10,4	50,0	21,5
Aceh Timur	18,8	10,5	50,1	20,6
Aceh Tengah	4,6	4,9	81,1	9,4
Aceh Barat	7,7	12,9	62,3	17,1
Aceh Besar	13,6	9,6	61,3	15,5
Pidie	5,9	8,8	77,1	8,1
Bireuen	2,2	7,2	70,5	20,0
Aceh Utara	14,8	15,2	59,4	10,7
Aceh Barat Daya	7,3	8,6	69,9	14,2
Gayo Lues	11,9	6,8	46,3	35,0
Aceh Tamiang	7,0	8,0	72,8	12,2
Nagan Raya	19,1	11,0	53,4	16,5
Aceh Jaya	7,7	7,7	66,8	17,9
Bener Meriah	6,2	4,6	73,5	15,7
Kota Banda Aceh	6,3	4,0	66,9	22,9
Kota Sabang	8,7	10,9	63,5	17,0
Kota Langsa	7,1	13,2	63,2	16,5
Lhokseumawe	11,2	10,0	56,0	22,7
Nanggroe Aceh Darussalam	9,2	9,1	66,5	15,2

⁾ BB/TB = berat badan menurut tinggi badan

Secara umum, prevalensi balita kurus+sangat kurus di propinsi NAD adalah 18,3%, dan sudah berada di bawah batas kondisi yang dianggap serius menurut indikator status gizi BB/TB (10%).

Berdasarkan indikator BB/TB juga dapat dilihat prevalensi kegemukan di kalangan balita. Menurut provinsi, prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB adalah sebesar 15,2 %. Empat belas Kabupaten memiliki masalah kegemukan pada balita di atas angka provinsi. 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
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Kelompok Umur (Bulan)				
0-5	11,2	13,0	69,7	6,1
6-11	11,1	11,2	74,5	3,2
12-23	11,2	15,0	70,1	3,7
24-35	12,3	16,9	66,7	4,1
36-47	10,1	16,8	68,9	4,2
48-60	9,9	16,7	69,0	4,5
Jenis Kelamin				
Laki-laki	11,6	15,8	67,6	5,0
Perempuan	9,8	15,8	71,0	3,4
Pendidikan				
Tidak Tamat SD dan Tidak Sekolah	10,8	18,1	67,0	4,1
Tamat SD	13,4	16,3	66,4	3,9
Tamat SLTP	10,2	16,9	68,7	4,2
Tamat SLTA	9,4	15,3	71,2	4,1
Tamat PT	9,6	9,2	74,6	6,6
Pekerjaan				
Tidak Kerja/Sekolah/Ibu RT	11,5	10,0	70,4	8,1
TNI/Polri/PNS/BUMN	9,3	10,7	75,2	4,9
Pegawai Swasta	12,2	8,6	76,4	2,8
Wiraswasta/Dagang/Jasa	8,8	15,9	71,8	3,5
Petani/Nelayan	13,1	17,1	65,0	4,7
Buruh dan lainnya	7,4	19,4	69,8	3,3
Tipe Daerah				
Perkotaan	7,7	14,2	74,0	4,1
Perdesaan	11,7	16,3	67,7	4,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	12,2	16,7	66,9	4,2
Kuintil-2	11,5	16,2	68,7	3,7
Kuintil-3	9,8	16,8	70,0	3,4
Kuintil-4	10,6	16,1	68,1	5,2
Kuintil-5	9,1	12,5	73,4	5,0
Nanggroe Aceh Darussalam	10,8	15,8	69,1	4,3

^{*)} BB/U = berat badan menurut umur

Status gizi BB/U balita menurut karakteristik responden, ditinjau dari kelompok umur, maka terlihat bahwa prevalensi balita **gizi kurang+buruk** di provinsi NAD sudah tinggi pada semua kelompok umur dan meningkat menjadi lebih tinggi mulai umur 24 bulan, kemudian menurun kembali pada kelompok umur di atas 36 bulan.

Menurut jenis kelamin tidak terlihat perbedaan berarti antara masalah gizi kurang+buruk pada balita laki-laki dan balita perempuan. Sedangkan masalah balita yang memiliki status gizi lebih cenderung lebih tinggi pada laki-laki.

Berdasarkan pendidikan kepala keluarga (KK) terlihat bahwa semakin rendah pendidikan KK maka semakin besar prevalensi balita gizi kurang+buruk. Sebaliknya, semakin tinggi pendidikan KK maka semakin tinggi prevalensi balita gizi lebih. Pada keluarga dengan KK sebagai Petani/Nelayan ditemukan semakin banyak prevalensi balita yang memiliki status gizi kurang+buruk dibanding dengan jenis pekerjaan lainnya.

Menurut tempat tinggal, di perdesaan jumlah balita yang gizi kurang+buruk lebih banyak daripada di perkotaan, sedangkan prevalensi gizi lebih di perkotaan dan di perdesaan hampir seimbang, dilihat dari pengeluaran keluarga per kapita per bulan, antara Kuintil-1 sampai Kuintil-4 tidak terlihat perbedaan yang menyolok dengan prevalensi jumlah balita yang gizi kurang+buruk, namun pada Kuintil-5 seiring dengan meningkatnya pendapatan keluarga maka jumlah balita yang gizi kurang+buruk mengalami penurunan. Sebaliknya semakin tinggi Kuintil-pengeluaran keluarga semakin banyak jumlah balita yang berstatus gizi lebih.

Tabel 3.2.1.5
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Kelompok Umur (bulan)			
0-5	21,0	15,1	63,9
6-11	28,6	13,1	58,3
12-23	35,2	17,5	47,3
24-35	28,4	16,7	54,9
36-47	26,0	18,5	55,4
48-60	23,6	19,1	57,3
Jenis Kelamin			
Laki-laki	28,1	18,6	53,2
Perempuan	25,6	16,7	57,6
Pendidikan			
Tidak Tamat SD dan Tidak Sekolah	28,1	19,6	52,3
Tamat SD	30,2	15,9	53,8
Tamat SLTP	27,5	18,2	54,2
Tamat SLTA	23,9	18,9	57,2
Tamat PT	24,5	12,6	62,9
Pekerjaan			
Tidak Kerja/Sekolah/Ibu RT	23,2	18,1	58,7
TNI/Polri/PNS/BUMN	19,8	15,7	64,5
Pegawai Swasta	20,1	20,1	59,8
Wiraswasta/Dagang/Jasa	25,8	15,6	58,6
Petani/Nelayan	29,1	19,3	51,6
Buruh dan lainnya	31,6	16,7	51,7
Tipe Daerah			
Perkotaan	21,4	16,2	62,4
Perdesaan	28,7	18,2	53,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	29,1	18,1	52,8
Kuintil-2	28,0	17,7	54,3
Kuintil-3	26,0	17,8	56,2
Kuintil-4	25,6	18,8	55,6
Kuintil-5	25,0	15,3	59,6
NanggroeAceh Darussalam	27,0	17,6	55,4

⁾ TB/U = tinggi badan menurut umur

Prevalensi balita kependekan cenderung meningkat seiring bertambahnya umur balita. Namun demikian prevalensi balita kependekan sudah tinggi pada umur di bawah 6 bulan yaitu 36,1%. Berdasarkan jenis kelamin, terlihat prevalensi balita laki-laki yang

pendek+sangat pendek sedikit lebih tinggi dibanding dengan balita perempuan. Ditinjau dari segi pendidikan KK, terlihat kecenderungan semakin tinggi Tingkat Pendidikan KK semakin rendah prevalensi balita kependekan. Menurut pekerjaan utama KK jelas terlihat bahwa pada keluarga yang kepala keluarganya memiliki pekerjaan berpenghasilan tetap (PNS/ABRI/POLRI/ BUMN/Swasta) prevalensi balita kependekan lebih rendah dibandingkan dengan keluarga yang KK nya memiliki pekerjaan lainnya yang umumnya berpenghasilan tidak tetap.

Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi balita kependekan yang tinggal di perkotaan lebih rendah dari balita yang tinggal di perdesaan.

Kaitan antara tingkat pengeluaran keluarga per kapita per bulan dengan masalah balita kependekan terlihat memiliki kecenderungan Kuintil-1 sampai Kuintil-4 terlihat hampir sama/seimbang dengan masalah balita kependekan. Namun terjadi penurunan pada Kuintil-5, dengan kata lain semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin rendah prevalensi balita kependekan.

Tabel 3.2.1.6
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori status gizi BB/TB			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kelompok Umur (Bulan)				
0-5	10,6	7,8	61,3	20,4
6-11	11,3	12,0	57,9	18,9
12-23	9,0	8,8	64,9	17,4
24-35	11,9	8,8	66,1	13,2
36-47	9,6	10,6	65,3	14,6
48-60	7,0	8,3	71,0	13,7
Jenis Kelamin				
Laki-laki	9,4	8,3	67,2	15,1
Perempuan	8,9	10,0	65,8	15,3
Pendidikan				
Tidak Tamat SD dan Tidak Sekolah	5,5	9,7	72,1	12,7
Tamat SD	10,0	9,7	66,0	14,4
Tamat SMP	10,4	10,0	64,7	14,9
Tamat SMA	9,9	7,6	66,8	15,7
Tamat PT	7,9	8,8	63,1	20,3
Pekerjaan				
Tidak Kerja/Sekolah/Ibu RT	9,6	3,6	76,4	10,4
TNI/Polri/PNS/BUMN	7,9	5,9	66,5	19,6
Pegawai Swasta	9,5	4,6	68,9	17,0
Wiraswasta/Dagang/Jasa	9,1	11,6	63,8	15,4
Petani/Nelayan	10,3	9,5	65,6	14,6
Buruh dan lainnya	6,5	7,4	72,7	13,5
Tipe Daerah				
Perkotaan	9,4	8,4	66,0	16,1
Perdesaan	9,1	9,3	66,7	14,9
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	9,6	9,2	67,0	14,3
Kuintil-2	9,4	9,8	66,8	14,1
Kuintil-3	10,0	8,6	66,0	15,4
Kuintil-4	7,8	8,9	66,7	16,6
Kuintil-5	8,9	8,8	66,2	16,1
NanggroeAceh Darussalam	9,2	9,1	66,6	15,1

^{*)} BB/TB = berat badan menurut tinggi badan

Prevalensi balita kecurusan cenderung ditemukan pada kelompok umur 6-11 bulan, dan di atas 24 bulan, kemudian menurun kembali pada balita usia 48-60 bulan. Sedangkan prevalensi balita gemuk cenderung semakin menurun seiring sampai dengan usia di atas 24 bulan dan prevalensinya tidak berbeda jauh sampai usia di atas 35 bulan. Tidak terlihat perbedaan prevalensi balita kecurusan yang berarti antara balita laki-laki dan balita perempuan, demikian juga pada balita gemuk. Tidak ditemukan pola hubungan yang jelas antara Tingkat Pendidikan KK dengan prevalensi balita kecurusan. Menurut pekerjaan utama KK, terlihat bahwa KK sebagai Petani/Nelayan dan KK sebagai Wiraswasta/Dagang/Jasa ditemukan semakin banyak prevalensi balita yang memiliki status gizi kecurusan dibanding dengan jenis pekerjaan lainnya. Menurut tempat tinggal bahwa di perdesaan mempunyai prevalensi yang lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Dalam kaitannya dengan Kuintil-pengeluaran keluarga per kapita per bulan tidak terlihat hubungan yang jelas dengan prevalensi balita kecurusan maupun dengan prevalensi balita gemuk karena nilai prevalensinya hampir seimbang.

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).

Tabel 3.2.2.1
Standar Penentuan Kecurusan dan Berat Badan Lebih
Menurut Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007

Umur (Tahun)	Laki-laki			Perempuan		
	Rerata IMT	-2SD	+2SD	Rerata IMT	-2SD	+2SD
6	15,3	13,0	18,5	15,3	12,7	19,2
7	15,5	13,2	19,0	15,4	12,7	19,8
8	15,7	13,3	19,7	15,7	12,9	20,6
9	16,1	13,5	20,5	16,1	13,1	21,5
10	16,4	13,7	21,4	16,6	13,5	22,6
11	16,9	14,1	22,5	17,3	13,9	23,7
12	17,5	14,5	23,6	18,0	14,4	24,9
13	18,2	14,9	24,8	18,8	14,9	26,2
14	19,0	15,5	25,9	19,6	15,5	27,3

Berdasarkan standar WHO di atas, secara nasional prevalensi kecurusan adalah 13,3% pada laki-laki dan 10,9% pada perempuan. Sedangkan prevalensi BB lebih pada laki-laki 9,5% dan perempuan 6,4%.

Tabel 3.2.2.2
Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun Menurut Jenis Kelamin Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe aceh Darussalam, Riskeddas 2007

Kabupaten/Kota	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Simeulue	23,6	11,6	14,7	12,8
Aceh Singkil	7,6	16,6	7,5	14,0
Aceh Selatan	11,4	4,1	13,5	4,2
Aceh Tenggara	18,5	9,3	16,8	3,8
Aceh Timur	11,2	17,3	14,7	19,3
Aceh Tengah	8,9	11,4	5,8	9,5
Aceh Barat	16,9	20,5	9,8	17,7
Aceh Besar	12,2	7,5	14,0	8,1
Pidie	18,0	3,6	14,0	4,0
Bireuen	14,0	15,6	8,5	13,2
Aceh Utara	15,2	16,0	13,6	17,5
Aceh Barat Daya	16,9	7,5	20,5	6,0
Gayo Lues	6,1	34,9	2,6	29,8
Aceh Tamiang	15,6	10,4	15,6	4,0
Nagan Raya	20,9	12,7	17,6	10,1
Aceh Jaya	12,7	12,3	9,9	7,1
Bener Meriah	12,6	15,5	4,7	21,3
Kota Banda Aceh	18,7	14,6	13,2	10,4
Kota Sabang	14,0	14,0	13,8	5,1
Kota Langsa	7,3	37,0	7,5	24,7
Kota Lhokseumawe	9,8	23,4	10,3	16,7
Nanggroe Aceh Darussalam	14,2	13,8	12,4	12,0

Menurut provinsi, Kabupaten Simeulue mempunyai prevalensi kekurusan tertinggi baik pada anak laki-laki (23,6%) sedangkan pada anak perempuan kekurusan tertinggi terdapat di kabupaten Aceh Barat daya (20,5%). Sedangkan prevalensi kekurusan terendah baik pada laki-laki (6,1%) dan perempuan (2,6%) di Gayo Lues. Lima kabupaten dengan prevalensi kekurusan tertinggi pada anak laki-laki adalah Simeulue (23,6%), Nagan Raya (20,9%), Kota Banda Aceh (18,7%), Aceh Tenggara (18,5%), dan Pidie (18,0%). Sedangkan untuk anak perempuan terdapat di Kabupaten Aceh Barat Daya (20,5%), Nagan raya (17,6%), Aceh Tenggara (16,8%), Aceh Tamiang (15,6%), Simeulu dan Aceh Timur mempunyai angka yang sama (14,7%). Prevalensi BB-lebih pada anak umur 6-14 tahun tertinggi di Gayo Lues baik untuk anak laki-laki (34,9%) maupun untuk anak perempuan (29,8%).

Tabel 3.2.2.3
Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun
Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007

Karakteristik	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Umur (Tahun)				
6	13,9	15,0	10,9	11,0
7	13,6	13,5	10,4	10,6
8	14,3	13,3	10,1	9,1
9	13,3	12,1	12,0	7,9
10	13,5	10,0	11,8	6,6
11	13,4	8,8	12,2	4,7
12	13,5	5,6	12,3	3,5
13	12,6	3,8	10,3	2,5
14	11,7	2,5	8,2	1,5
Tipe Daerah				
Perkotaan	12,9	10,6	10,0	7,1
Perdesaan	13,7	8,8	11,6	6,0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	14,5	8,1	12,6	5,7
Kuintil-2	13,6	9,0	11,1	5,8
Kuintil-3	14,2	9,3	10,7	6,1
Kuintil-4	12,4	9,9	10,4	7,1
Kuintil-5	11,3	12,3	9,0	8,3

Tabel 3.2.2.3 menggambarkan prevalensi kekurusan dan BB lebih menurut karakteristik responden. Menurut umur tampak adanya kecenderungan, semakin bertambah umur semakin kecil prevalensi BB lebih. Hal ini terjadi baik pada anak laki-laki maupun anak perempuan. Sedangkan prevalensi kekurusan tidak menunjukkan pola yang jelas menurut umur. Menurut Tipe Daerah, prevalensi kekurusan sedikit lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan, sebaliknya prevalensi BB lebih sedikit lebih tinggi di perkotaan.

Tampak adanya kecenderungan positif antara tingkat pengeluaran per kapita dengan BB lebih baik pada laki-laki maupun perempuan, sedangkan untuk kekurusan tidak menunjukkan pola yang jelas.

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:

1. Kategori kurus IMT < 18,5
2. Kategori normal IMT ≥18,5-<24,9
3. Kategori BB lebih IMT ≥25,0-<27,0
4. Kategori obese IMT ≥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 provinsi. Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori berat badan lebih (BB lebih) dan obese.

Tabel 3.2.3.1.1
Persentase Orang Dewasa di atas 15 Tahun Menurut Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori IMT			
	Kurus	Normal	BB lebih	Obese
Simeulue	12,4	76,4	5,0	6,2
Aceh Singkil	9,1	70,8	9,2	10,9
Aceh Selatan	19,2	63,8	6,8	10,2
Aceh Tenggara	9,9	72,2	8,9	9,0
Aceh Timur	19,5	74,6	3,4	2,5
Aceh Tengah	5,5	68,8	10,0	15,7
Aceh Barat	14,2	70,0	6,8	9,0
Aceh Besar	13,1	71,9	7,8	7,2
Pidie	17,3	67,1	7,2	8,3
Bireuen	9,7	75,4	8,4	6,5
Aceh Utara	14,9	72,3	7,4	5,4
Aceh Barat Daya	14,1	71,5	6,3	8,1
Gayo Lues	6,1	83,8	5,2	5,0
Aceh Tamiang	10,1	70,2	9,8	9,9
Nagan Raya	10,8	72,7	9,9	6,6
Aceh Jaya	11,5	74,3	5,8	8,4
Bener Meriah	9,3	64,7	12,4	13,6
Banda Aceh	11,6	56,4	13,8	18,2
Sabang	9,3	67,2	12,3	11,3
Langsa	12,4	70,1	8,1	9,5
Lhokseumawe	13,4	67,8	7,4	11,4
Nanggroe Aceh Darussalam	13,1	70,3	8,0	8,6

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

Masalah kegemukan (berat badan lebih+obese) pada orang dewasa di Provinsi NAD sudah terlihat tinggi dengan prevalensi 16,6%. Semua kabupaten/kota di provinsi NAD memiliki prevalensi obese pada orang dewasa yang masih cukup tinggi. Dari 21 kabupaten di Provinsi NAD, 7 diantaranya memiliki masalah obese dengan prevalensi di atas 10%, yaitu kabupaten Aceh Singkil, Aceh Selatan, Aceh Tengah, Bener Meriah, Banda Aceh dan Lhoksemauwe.

Tabel 3.2.3.1.2
Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut
Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Prevalensi Obesitas Umum (%)		
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki dan Perempuan
Simeulue	3,2	9,3	6,25
Aceh Singkil	6,3	15,3	10,8
Aceh Selatan	4,3	15,1	9,7
Aceh Tenggara	5,9	11,6	8,75
Aceh Timur	1,5	3,4	2,45
Aceh Tengah	7,6	22,9	15,25
Aceh Barat	4,7	13,1	8,9
Aceh Besar	5,3	9,0	7,15
Pidie	3,5	11,9	7,7
Bireuen	3,2	9,3	6,25
Aceh Utara	3,5	7,0	5,25
Aceh Barat Daya	6,5	9,5	8
Gayo Lues	6,0	4,1	5,05
Aceh Tamiang	5,7	13,9	9,8
Nagan Raya	5,9	7,2	6,55
Aceh Jaya	4,0	13,2	8,6
Bener Meriah	6,1	21,0	13,55
Banda Aceh	14,6	21,4	18
Sabang	7,0	15,2	11,1
Langsa	6,1	12,6	9,35
Lhokseumawe	6,0	16,6	11,3
Nanggroe Aceh Darussalam	5,2	11,7	8,45

Masalah kegemukan (berat badan lebih+obese) pada orang dewasa laki-laki di Provinsi NAD mempunyai prevalensi 11,9%. Hampir semua kabupaten/kota di provinsi NAD memiliki prevalensi obese pada orang dewasa laki-laki yang rendah, hanya satu kabupaten yang memiliki prevalensi obese di atas 10% yaitu Kabupaten/Kota Banda Aceh.

Masalah kegemukan (berat badan lebih+obese) pada orang dewasa perempuan di Provinsi NAD sudah terlihat tinggi dengan prevalensi 20,9%. Semua kabupaten/kota di provinsi NAD memiliki prevalensi kegemukan pada orang dewasa perempuan yang tinggi. Dari 21 kabupaten di Provinsi NAD, 13 diantaranya memiliki masalah obese yang tinggi dengan prevalensi di atas 10%. Hanya delapan kabupaten yang memiliki prevalensi obese pada orang dewasa perempuan di bawah 10%.

Tabel 3.2.3.1.3
Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut IMT dan
Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori IMT			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Tingkat Pendidikan				
Tidak Sekolah	25,3	61,1	6,8	6,8
Tidak Tamat SD	17,1	66,6	7,3	9,0
Tamat SD	12,2	71,6	8,0	8,1
Tamat SMP	13,5	72,1	6,7	7,8
Tamat SMA	9,8	72,9	8,7	8,7
Tamat PT	8,4	65,9	12,2	13,4
Tipe Daerah				
Perkotaan	10,7	66,5	10,3	12,6
Perdesaan	13,9	71,5	7,3	7,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	15,5	71,0	7,3	6,2
Kuintil-2	13,7	72,5	6,5	7,3
Kuintil-3	13,4	69,5	8,4	8,7
Kuintil-4	11,9	70,3	8,4	9,5
Kuintil-5	11,7	68,3	9,3	10,7

Tabel 3.2.3.1.3 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 BB lebih dan obese.

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, jenis kelamin dan karakteristik lain 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 di provinsi NAD adalah 11,9%. Dari 21 kabupaten, 11 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 Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Obesitas Sentral (LP;L>90, P>80) *
Simeulue	2,8
Aceh Singkil	12,8
Aceh Selatan	13,3
Aceh Tenggara	15,1
Aceh Timur	1,9
Aceh Tengah	16,0
Aceh Barat	15,0
Aceh Besar	5,8
Pidie	11,8
Bireuen	19,4
Aceh Utara	8,5
Aceh Barat Daya	11,1
Gayo Lues	9,5
Aceh Tamiang	15,9
Nagan Raya	9,1
Aceh Jaya	11,9
Bener Meriah	14,7
Banda Aceh	17,1
Sabang	12,8
Langsa	11,8
Lhokseumawe	10,9
Nanggroe Aceh Darussalam	11,9

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

Menurut kelompok umur, prevalensi obesitas sentral cenderung meningkat sampai umur 45-54 tahun. Prevalensi obesitas sentral pada perempuan (18,3%) lebih tinggi dibanding laki-laki (4,7%). Menurut Tipe Daerah tampak lebih tinggi di daerah perkotaan (15,6%) dibandingkan daerah perdesaan (10,6%). Demikian juga semakin meningkat tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, semakin tinggi prevalensi obesitas sentral. Tidak tampak pola kecendrungan antara obesitas sentral menurut Tingkat Pendidikan. Sedangkan menurut pekerjaan, prevalensi obesitas sentral paling tinggi pada ibu rumah tangga (Tabel 3.2.3.2.2).

Tabel 3.2.3.2.2
Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskedas 2007

Karakteristik	Obesitas Sentral LP; L>90, P>80
Kelompok Umur (Tahun)	
15-24	7,2
25-34	10,9
35-44	17,9
45-54	18,6
55-64	3,3
65-74	12,0
75+	17,1
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	4,7
Perempuan	18,3
Pendidikan	
Tidak Sekolah	12,0
Tidak Tamat SD	13,6
Tamat SD	12,9
Tamat SMP	9,4
Tamat SMA	11,4
Tamat PT	15,7
Pekerjaan	
Tidak Kerja	7,4
Sekolah	2,4
Ibu RT	24,5
Pegawai	15,0
Wiraswasta	11,4
Petani/Nelayan/Buruh	8,3
Lainnya	9,5
Tipe Daerah	
Perkotaan	15,6
Perdesaan	10,6
Tingkat Pengeluaran per kapita	
Kuintil-1	9,4
Kuintil-2	10,0
Kuintil-3	11,4
Kuintil-4	12,1
Kuintil-5	15,5

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

Tabel 3.2.3.3.1, dan Tabel 3.2.3.3.2, menyajikan gambaran masalah gizi pada WUS yang diukur dengan LILA. Hasil pengukuran LILA ini disajikan menurut provinsi dan karakteristik responden. Untuk menggambarkan adanya risiko kurang energi kronis (KEK) dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi pada WUS digunakan ambang

batas nilai rerata LILA dikurangi 1 SD, yang sudah disesuaikan dengan umur (*age adjusted*).

Tabel 3.2.3.3.1 menggambarkan prevalensi KEK tingkat nasional berdasarkan umur. Nampak adanya kecenderungan dengan meningkatnya umur nilai rerata LILA juga meningkat.

Tabel 3.2.3.3.1
Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 Tahun
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Umur (Tahun)	Nilai Rerata LILA	
	Rerata (cm)	Standar Deviasi (SD)
15	23,8	2,62
16	24,2	2,57
17	24,4	2,53
18	24,6	2,62
19	24,7	2,60
20	24,9	2,72
21	25,0	2,78
22	25,1	2,80
23	25,4	2,92
24	25,6	2,94
25	25,8	2,98
26	25,9	2,98
27	26,1	3,04
28	26,3	3,10
29	26,4	3,14
30	26,6	3,17
31	26,7	3,17
32	26,8	3,16
33	26,9	3,23
34	27,0	3,24
35	27,0	3,22
36	27,1	3,29
37	27,2	3,33
38	27,2	3,31
39	27,2	3,37
40	27,2	3,35
41	27,3	3,32
42	27,4	3,37
43	27,3	3,35
44	27,4	3,32
45	27,2	3,41

Untuk menilai prevalensi risiko KEK dilakukan dengan cara menghitung LILA lebih kecil 1 SD dari nilai rerata untuk setiap umur antara 15 sampai 45 tahun.

Tabel 3.2.3.3.2 menunjukkan sembilan kabupaten dengan prevalensi risiko KEK di atas angka provinsi NAD (12,3%) yaitu Simeulue, Aceh Selatan, Aceh timur, Bireuen, Aceh Utara, Nagan Raya, Aceh Jaya, Kota Banda Aceh dan Kota Langsa.

Tabel 3.2.3.3.2
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten	Risiko KEK* (%)
Simeulue	12,4
Aceh Singkil	8,1
Aceh Selatan	12,8
Aceh Tenggara	2,0
Aceh Timur	23,4
Aceh Tengah	6,0
Aceh Barat	11,1
Aceh Besar	6,9
Pidie	10,6
Bireuen	18,4
Aceh Utara	14,2
Aceh Barat Daya	10,8
Gayo Lues	10,5
Aceh Tamiang	8,1
Nagan Raya	14,6
Aceh Jaya	12,7
Bener Meriah	4,6
Kota Banda Aceh	23,0
Kota Sabang	8,8
Kota Langsa	14,9
Kota Lhokseumawe	3,1
Nanggroe Aceh Darussalam	12,3

Catatan: Risiko KEK adalah bila nilai rerata LILA lebih kecil dari nilai rerata LILA nasional dikurangi 1 SD untuk setiap umur.

Kecenderungan risiko KEK berdasarkan tabulasi silang antara prevalensi Risiko KEK dengan karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.2.3.3.3, adalah:

Berdasarkan tingkat pendidikan, gambaran provinsi NAD menunjukkan pada tingkat pendidikan terendah (tidak sekolah dan tidak tamat SD), risiko KEK cenderung lebih tinggi dibanding tingkat pendidikan tertinggi (tamat PT).

Secara nasional, prevalensi risiko KEK lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding perdesaan. Gambaran nasional menunjukkan hubungan negatif antara tingkat pengeluaran Rumah tangga per kapita dengan risiko KEK. Menurut tingkat pengeluaran per kapita terlihat sedikit perbedaan/hampir seimbang pada setiap tingkat pengeluaran per kapita.

Tabel 3.2.3.3.3
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Perempuan Umur 15-45 Tahun Menurut
Karakteristik di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	KEK
Pendidikan	
Tidak Sekolah dan Tidak Tamat SD	16,8
Tamat SD	12,3
Tamat SMP	11,2
Tamat SMA	11,2
Tamat PT	13,1
Tipe Daerah	
Perkotaan	13,5
Perdesaan	11,9
Tingkat pengeluaran per Kapita	
Kuintil-1	13,2
Kuintil-2	11,6
Kuintil-3	13,2
Kuintil-4	12,3
Kuintil-5	11,4

3.2.4 Konsumsi Energi dan Protein

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

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

Dalam penulisan Tabel 3.2.4.1 berikut disajikan angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari, dan pada Tabel 3.2.4.2 sampai dengan Tabel 3.2.4.3, merupakan data prevalensi RT dengan konsumsi "energi rendah" dan konsumsi "protein rendah". Prevalensi RT yang mengkonsumsi energi dan protein di atas rerata konsumsi energi dan protein tidak disajikan. Untuk itu perlu dipahami bahwa prevalensi rumah tangga yang tidak defisit energi dan protein berarti 100 % dikurangi prevalensi rumah tangga defisit energi dan protein.

Data pada tabel 3.2.4.1 berikut menunjukkan bahwa rata-rata konsumsi per kapita per hari penduduk di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam adalah 1805,3 kkal untuk energi dan 69,3 gram untuk protein, lebih tinggi dari rerata angka nasional (energi 1735,5 kkal dan protein 55,5 gram). Kabupaten dengan angka konsumsi energi terendah adalah kabupaten Aceh Barat Daya (1477,1 kkal) dan Kabupaten dengan angka konsumsi energi tertinggi adalah Kabupaten Bener Meriah (2301,4 kkal). Kabupaten dengan konsumsi protein terendah adalah Aceh Tengah (52,8 gram) dan Kabupaten dengan konsumsi protein tertinggi adalah Bener Meriah (86,6 gram).

Sebanyak 6 Kabupaten dengan rerata angka konsumsi energi dibawah rerata angka konsumsi energi nasional, yaitu Kabupaten Aceh Barat Daya, Aceh Timur, Kota Sabang, Aceh Utara, Aceh Tengah dan Biureun. Sebagian besar kabupaten dengan rerata konsumsi protein di atas angka rerata nasional, kecuali Kabupaten Aceh Tengah dengan konsumsi dibawah angka rerata nasional.

Tabel 3.2.4.1
Konsumsi Energi dan Protein per Kapita per Hari Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Simeulue	1745,9	585,3	70,7	27,3
Aceh Singkil	2001,7	658,4	74,9	30,0
Aceh Selatan	1786,1	697,3	63,5	27,6
Aceh Tenggara	2027,1	610,7	73,7	26,4
Aceh Timur	1566,4	562,6	63,3	28,4
Aceh Tengah	1702,8	645,6	52,8	25,5
Aceh Barat	1855,8	633,7	79,3	28,3
Aceh Besar	1976,6	809,6	64,2	23,7
Pidie	1784,0	537,4	63,3	22,9
Bireuen	1711,3	526,3	73,0	27,9
Aceh Utara	1675,9	659,2	74,2	30,4
Aceh Barat Daya	1477,1	585,5	60,0	25,7
Gayo Lues	1869,5	540,7	77,7	30,0
Aceh Tamiang	1833,3	596,1	66,7	26,0
Nagan Raya	1815,3	579,0	65,3	27,1
Aceh Jaya	1957,5	622,7	76,8	27,4
Bener Meriah	2301,4	794,7	86,6	30,3
Kota Banda Aceh	1761,3	554,6	70,3	24,9
Kota Sabang	1639,4	555,1	61,2	21,2
Kota Langsa	2189,1	720,9	74,7	28,4
Lhokseumawe	1866,2	652,1	82,5	29,4
Nanggroe Aceh Darussalam	1805,3	653,0	69,3	28,1

Data pada tabel 3.2.4.2 berikut menunjukkan bahwa di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, prevalensi RT dengan konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional sebanyak 51,4 % untuk energi dan 35,6 % untuk protein. Angka prevalensi tersebut lebih rendah dari angka prevalensi nasional (59% untuk energi dan 58,5 % untuk protein).

Kabupaten dengan konsumsi energi lebih rendah dari rerata angka nasional yang prevalensinya tertinggi adalah kabupaten Aceh Barat Daya (73,8 %); dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah kabupaten Bener Meriah (28 %). Ini menunjukkan di kabupaten Aceh Barat Daya lebih dari 73,8 % RT dengan konsumsi energi dibawah angka rerata nasional (1735,5 kkal). Kabupaten dengan konsumsi protein lebih rendah dari angka rerata nasional yang prevalensinya tertinggi adalah kabupaten Aceh Tengah (62,3 %); dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah kabupaten Bener Meriah (18,3 %). Ini menunjukkan di kabupaten Aceh Tengah, sebanyak 62,3 % RT dengan konsumsi protein dibawah angka rerata nasional (55,5 gram).

Tabel 3.2.4.2
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari
Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota,
di Provinsi Nangroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Simeulue	52,9	31,5
Aceh Singkil	38,1	30,2
Aceh Selatan	54,2	44,4
Aceh Tenggara	38,2	24,9
Aceh Timur	65,6	47,7
Aceh Tengah	58,2	62,3
Aceh Barat	48,4	21,9
Aceh Besar	43,4	39,0
Pidie	54,5	43,5
Bireuen	57,2	29,9
Aceh Utara	56,7	28,7
Aceh Barat Daya	73,8	49,8
Gayo Lues	41,4	27,5
Aceh Tamiang	48,1	38,6
Nagan Raya	48,9	44,5
Aceh Jaya	39,4	22,5
Bener Meriah	28,0	18,3
Kota Banda Aceh	51,7	28,5
Kota Sabang	61,3	46,2
Kota Langsa	29,1	26,5
Lhokseumawe	48,0	19,2
Nangroe Aceh Darussalam	51,4	35,6

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

Data pada tabel 3.2.4.3 berikut menunjukkan bahwa prevalensi RT di kota yang konsumsi energi dibawah angka rerata nasional lebih tinggi dari RT di desa, sebaliknya prevalensi RT di desa yang konsumsi protein dibawah angka rerata nasional lebih tinggi dari di Kota. Menurut kuintil pengeluaran RT, semakin tinggi kuintil pengeluaran RT, semakin rendah prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional.

Tabel 3.2.4.3
Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Klasifikasi Desa dan Kuintil-Pengeluaran RT, di Provinsi Nangroe Aceh Darussalam, Riskedas 2007

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Tipe Daerah	49,7	32,0
Perkotaan	51,8	36,6
Perdesaan		
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	56,8	40,7
Kuintil-2	51,8	36,3
Kuintil-3	53,5	36,4
Kuintil-4	49,9	34,3
Kuintil-5	45,5	30,6

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

3.2.5 Konsumsi Garam Beryodium

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

Tabel 3.2.5.1
Persentase RT Mengonsumsi Garam Mengandung Cukup Iodium
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Kabupaten	Rumah-tangga mempunyai garam cukup iodium (%)
Simeulue	96,9
Aceh Singkil	99,5
Aceh Selatan	71,4
Aceh Tenggara	97,9
Aceh Timur	63,8
Aceh Tengah	93,4
Aceh Barat	85,8
Aceh Besar	14,4
Pidie	1,5
Bireuen	5,5
Aceh Utara	12,1
Aceh Barat Daya	97,3
Gayo Lues	98,1
Aceh Tamiang	82,1
Nagan Raya	100,0
Aceh Jaya	63,4
Bener Meriah	74,2
Banda Aceh	36,6
Sabang	42,8
Langsa	57,2
Lhokseumawe	21,4
Nanggroe Aceh Darussalam	47,3

Secara umum, persentase Rumah Tangga yang mengonsumsi garam mengandung cukup yodium di provinsi NAD sebesar 47,3% masih dibawah angka nasional 62,7%. Kabupaten yang rendah dalam mengonsumsi garam cukup yodium adalah Kabupaten Pidie (1,5%) dan Bireuen (5,5%) sedangkan yang tertinggi adalah Kabupaten Nagan Raya (100%), Aceh Singkil (99,5%).

Tabel 3.2.5.2
Persentase RT Mengonsumsi Garam Cukup Yodium Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rumah-tangga mempunyai garam cukup iodium (%)
Tempat Tinggal	
Perkotaan	48,4
Perdesaan	47,0
Pendidikan KK	
Tidak Sekolah	42,5
Tidak Tamat SD	48,9
Tamat SD	46,5
Tamat SMP	49,1
Tamat SMA	42,5
PT	42,5
Pekerjaan KK	
Tidak Bekerja	31,2
Sekolah	51,0
Ibu Rumah Tangga	64,2
Pegawai Negeri/Swasta	44,9
Petani/Buruh/Nelayan	51,3
Lainnya	44,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil-1	45,5
Kuintil-2	46,0
Kuintil-3	48,4
Kuintil-4	47,8
Kuintil-5	49,4

Persentase rumah tangga mempunyai garam cukup iodium di daerah perkotaan lebih tinggi dibanding di daerah perdesaan. Tidak ditemukan pola hubungan yang jelas antara tempat tingkat pendidikan dengan konsumsi garam cukup yodium, karena disetiap tingkat pendidikan mempunyai persentase yang hampir sama/seimbang. Menurut pekerjaan utama KK, terlihat bahwa ibu rumah tangga ditemukan persentase yang tinggi dalam mengonsumsi garam cukup yodium. Menurut kuintil Tingkat Pengeluaran per Kapita terlihat bahwa peningkatan persentase rumah tangga mempunyai garam cukup iodium seiring dengan peningkatan kuintil, kecuali pada kuintil keempat mengalami penurunan.

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:

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

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

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

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

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

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

Tabel 3.3.1.1
Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Simeulue	83,3	76,3	50,0	30,8	77,8
Aceh Singkil	78,6	53,4	49,1	54,0	86,8
Aceh Selatan	66,2	54,1	43,2	36,8	67,2
Aceh Tenggara	38,7	24,2	13,6	12,3	23,8
Aceh Timur	76,2	55,7	55,2	45,9	70,9
Aceh Tengah	92,7	87,9	92,4	83,6	96,2
Aceh Barat	58,1	59,3	32,4	26,4	49,3
Aceh Besar	90,3	80,5	78,7	82,5	90,3
Pidie	79,2	66,4	54,3	44,5	61,6
Bireuen	79,9	66,2	57,1	40,1	77,6
Aceh Utara	59,8	51,7	40,6	44,2	50,8
Aceh Barat Daya	89,2	86,6	86,4	84,8	89,7
Gayo Lues	10,2	17,0	4,7	2,3	2,3
Aceh Tamiang	95,1	81,3	74,8	78,1	89,8
Nagan Raya	57,1	60,0	55,0	50,0	58,8
Aceh Jaya	50,0	57,6	31,3	29,0	48,4
Bener Meriah	87,8	84,8	89,1	86,8	94,9
Banda Aceh	93,1	83,5	83,2	78,9	87,2
Sabang	88,2	70,6	75,0	76,5	95,0
Langsa	49,1	61,9	51,3	48,7	64,1
Lhokseumawe	80,6	83,3	60,0	44,7	83,3
Nanggroe Aceh Darussalam	75,5	65,9	58,0	54,2	71,4

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

* Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi NAD untuk BCG 77,4%, polio3 63,7%, DPT3 58,5%, HB3 53,8%, campak 69,5%

Secara umum cakupan imunisasi yang telah dicapai provinsi NAD untuk BCG 75,5%, Polio 65,9%, DPT 58,0%, HB 3 54,2 % dan campak 71,4%.

Cakupan imunisasi BCG tertinggi di Kabupaten/kota Banda Aceh 93,1% dan terendah di Kabupaten Gayo Lues (10,2%). Imunisasi Polio 3 dan DPT 3 tertinggi di Aceh Tengah masing-masing 87,9% dan 92,4% dan terendah keduanya di Kabupaten Gayo Lues masing-masing untuk Polio 3 (17,0%) dan DPT 3 (4,7%). Imunisasi HB 3 tertinggi di Kabupaten Bener Meriah (86,8%) terendah di kabupaten Gayo Lues (2,3%) dan imunisasi campak tertinggi di Kabupaten Sabang 95,0% dan terendah di Kabupaten Gayo Lues (2,3%).

Tabel 3.3.1.2
Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskedas 2007

Karakteristik	Jenis Imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Tipe Daerah					
Perkotaan	89,6	79,3	69,4	64,2	84,2
Perdesaan	70,7	59,1	53,0	46,4	61,3
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	74,3	63,1	56,2	49,6	64,3
Perempuan	77,6	65,9	58,9	53,6	71,8
Pendidikan KK					
Tidak Sekolah	90,0	80,0	72,7	87,5	100,0
Tidak Tamat SD	71,7	50,9	50,9	37,3	64,8
Tamat SD	64,7	54,1	44,5	44,7	51,6
Tamat SMP	77,1	68,8	60,5	45,2	66,7
Tamat SMA	82,2	69,0	64,0	60,8	78,5
Tamat PT	88,4	82,9	73,7	73,7	85,0
Pekerjaan KK					
Tidak Bekerja	77,8	71,4	66,7	42,9	83,3
Ibu Rumah Tangga	25,0				
PNS/POLRI/TNI	100,0	100,0	80,0	80,0	100,0
Wiraswas/Swasta	87,8	75,4	66,7	61,5	76,1
Petani/Buruh/Nelayan	85,4	69,0	63,5	60,2	78,3
Lainnya	65,8	59,5	51,1	45,7	57,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	70,8	57,8	46,1	44,0	64,2
Kuintil-2	68,1	59,4	55,9	50,0	64,4
Kuintil-3	80,2	68,0	63,4	63,3	67,4
Kuintil-4	76,2	64,0	55,9	45,2	71,9
Kuintil-5	84,9	74,0	64,8	53,9	71,4

Cakupan imunisasi BCG, Polio 3, DPT 3, Hepatitis B 3 dan Campak pada anak umur 12-59 bulan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan, antara laki-laki dan perempuan tidak ada perbedaan yang menyolok walaupun sedikit lebih tinggi pada perempuan. Cakupan imunisasi BCG cukup tinggi pada pendidikan KK yang tidak sekolah dan Perguruan Tinggi (PT), pada jenis imunisasi lainnya tertinggi pada PT. Pekerjaan sebagai PNS/POLRI/TNI tinggi dalam cakupan imunisasi. Pada Tingkat Pengeluaran per Kapita, semakin tinggi Kuintil-semakin tinggi cakupan imunisasi.

Tabel 3.3.1.3
Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Imunisasi Dasar		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Sama Sekali
Simeulue	25,0	68,8	6,3
Aceh Singkil	14,3	85,7	0,0
Aceh Selatan	18,9	70,3	10,8
Aceh Tenggara	0,0	50,0	50,0
Aceh Timur	11,8	79,4	8,8
Aceh Tengah	69,8	30,2	0,0
Aceh Barat	20,7	69,0	10,3
Aceh Besar	73,5	22,4	4,1
Pidie	11,6	74,4	14,0
Bireuen	27,1	50,0	22,9
Aceh Utara	5,5	65,8	28,8
Aceh Barat Daya	84,6	7,7	7,7
Gayo Lues	0,0	42,9	57,1
Aceh Tamiang	48,5	45,5	6,1
Nagan Raya	10,0	80,0	10,0
Aceh Jaya	20,0	66,7	13,3
Bener Meriah	57,1	28,6	14,3
Banda Aceh	63,2	36,8	0,0
Sabang	50,0	50,0	0,0
Langsa	50,0	41,7	8,3
Lhokseumawe	16,0	60,0	24,0
Nanggroe Aceh Darussalam	32,4	52,9	14,7

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 NAD untuk lengkap 35,0%, tidak lengkap 52,0% dan tidak sama sekali 13,0%.

Secara umum persentase cakupan imunisasi dasar yang telah dicapai secara lengkap di Provinsi NAD sebesar 32,4%, tidak lengkap 52,9% dan tidak sama sekali 14,7%. Cakupan imunisasi lengkap anak balita tertinggi di Kabupaten Aceh Barat Daya (84,6%) dan terendah di Gayo Lues dan Aceh Tenggara (0,0).

Tabel 3.3.1.4
Persentase Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Status Imunisasi		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Sama Sekali
Tipe Daerah			
Perkotaan	42,2	49,2	8,5
Perdesaan	29,0	53,9	17,1
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	32,3	51,2	16,5
Perempuan	31,7	54,7	13,6
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	66,7	33,3	0,0
Tidak Tamat SD	21,3	57,4	21,3
Tamat SD	22,5	59,6	17,9
Tamat SMP	33,1	56,1	10,8
Tamat SMA	40,2	49,4	10,4
Tamat PT	46,7	42,2	11,1
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	33,3	66,7	na
Ibu Rumah tangga	na	33,3	66,7
PNS/POLRI/TNI	60,0	40,0	na
Wiraswas/Swasta	36,5	54,1	9,5
Petani/Buruh/Nelayan	41,4	50,6	8,0
Lainnya	27,1	54,6	18,2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	27,4	60,7	12,0
Kuintil-2	30,3	51,3	18,5
Kuintil-3	43,0	43,0	14,0
Kuintil-4	31,8	57,3	10,9
Kuintil-5	31,0	57,5	11,5

Cakupan imunisasi lengkap di perkotaan lebih tinggi dibandingkan perdesaan, dan antara laki-laki dan perempuan mempunyai persentase yang hampir sama. Menurut tingkat pendidikan, Kepala Keluarga yang tidak sekolah ternyata lebih tinggi cakupannya dibandingkan dengan tingkat pendidikan lainnya. Menurut pekerjaan, bahwa KK yang bekerja sebagai PNS/POLRI/TNI mempunyai cakupan yang lebih tinggi dibandingkan jenis pekerjaan lainnya, sedangkan menurut Kuintil-yang tertinggi pada Kuintil-3.

3.3.2 Pemantauan Perkembangan Balita

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

Dalam Riskesdas 2007, ditanyakan frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir yang dikelompokkan menjadi “tidak pernah ditimbang dalam 6 bulan terakhir”, ditimbang 1-3 kali yang berarti “penimbangan tidak teratur”, dan 4-6 kali yang diartikan sebagai

“penimbangan teratur”. Data pemantauan pertumbuhan balita ditanyakan kepada ibu balita atau anggota rumahtangga yang mengetahui.

Tabel 3.3.2.1
Persentase Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir
Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesmas 2007

Kabupaten/Kota	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
	≥ 4 Kali	1-3 Kali	Tidak Pernah
Simeulue	71,8	23,1	5,1
Aceh Singkil	52,9	38,2	8,8
Aceh Selatan	21,1	50,7	28,2
Aceh Tenggara	4,3	22,9	72,9
Aceh Timur	45,7	37,0	17,3
Aceh Tengah	57,4	34,7	8,0
Aceh Barat	49,3	40,0	10,7
Aceh Besar	72,1	23,0	4,9
Pidie	52,9	33,5	13,5
Bireuen	52,0	40,1	7,9
Aceh Utara	25,8	50,2	24,0
Aceh Barat Daya	79,0	15,0	6,0
Gayo Lues	6,7	17,3	76,0
Aceh Tamiang	33,8	43,8	22,4
Nagan Raya	68,4	15,8	15,8
Aceh Jaya	51,0	41,2	7,8
Bener Meriah	43,3	23,3	33,3
Banda Aceh	50,9	39,7	9,4
Sabang	68,8	25,0	6,3
Langsa	57,4	11,5	31,1
Lhokseumawe	53,9	40,8	5,3
Nanggroe Aceh Darussalam	47,4	35,6	17,0

Penimbangan dilakukan pada balita umur 6-59 bulan. Frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir dikelompokkan menjadi tidak pernah, 1-3 kali, dan 4-6 kali. Secara umum sebesar 17,0% balita di Provinsi NAD tidak pernah ditimbang dan yang rutin menimbang balitanya 47,4%. Pada tabel ini menunjukkan bahwa Kabupaten Gayo Lues mempunyai presentase tertinggi yang tidak pernah menimbang balitanya. Sebaliknya balita yang rutin ditimbang (≥ 4 kali) tertinggi di Kabupaten Aceh Barat Daya (79,0%) dan terendah di Kabupaten Aceh Tenggara (4,3%).

Tabel 3.3.2.2
Persentase Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir
dan Karakteristik Responden Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
	≥ 4 Kali	1-3 Kali	Tidak Pernah
Tipe Daerah			
Perkotaan	49,6	40,1	10,3
Perdesaan	46,7	34,3	19,0
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	44,9	37,7	17,4
Perempuan	50,0	33,5	16,5
Umur (Bulan)			
0-5	23,2	58,4	18,4
6-11	58,7	33,1	8,2
12-23	52,3	33,3	14,3
24-35	51,2	32,6	16,3
36-47	43,9	36,4	19,6
48-59	46,9	30,8	22,3
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	36,7	29,1	34,2
Tidak Tamat SD	46,3	32,7	21,1
Tamat SD	45,6	34,3	20,1
Tamat SMP	48,5	34,9	16,6
Tamat SMA	48,8	38,1	13,1
Tamat PT	51,2	39,0	9,8
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	52,6	28,9	18,4
Ibu Rumah Tangga	54,5	18,2	27,3
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	46,3	36,6	17,1
Wiraswasta/Pegawai Swasta	50,6	37,1	12,3
Petani/Buruh/Nelayan	52,7	36,6	10,8
Lainnya	43,6	35,0	21,4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	47,7	36,3	16,0
Kuintil-2	51,9	30,7	17,4
Kuintil-3	42,3	38,2	19,6
Kuintil-4	53,7	29,5	16,8
Kuintil-5	47,1	41,3	11,7

Pada Tabel ini terlihat bahwa penimbangan rutin (4-6 kali) antara perkotaan dan perdesaan hampir seimbang, walaupun sedikit lebih tinggi di perkotaan. Terdapat sedikit perbedaan antara jenis kelamin bahwa perempuan lebih sering ditimbang dibandingkan laki-laki. Menurut pendidikan KK bahwa KK yang pendidikannya Perguruan Tinggi lebih tinggi persentasenya dalam melakukan penimbangan rutin. Namun hampir tidak ada perbedaan/seimbang besar dalam hal jenis pekerjaan dan menurut Tingkat Pengeluaran per Kapita KK.

Tabel 3.3.2.3
Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Anak Enam Bulan terakhir
Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Penimbangan Anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Simeulue	,0	6,4	1,8	90,9	,9
Aceh Singkil	1,6	3,3	,0	93,4	1,6
Aceh Selatan	2,0	4,9	1,0	89,2	2,9
Aceh Tenggara	36,8	36,8	10,5	10,5	5,3
Aceh Timur	2,2	5,2	19,4	70,9	2,2
Aceh Tengah	,6	4,9	2,5	87,7	4,3
Aceh Barat	3,1	30,8	4,6	61,5	,0
Aceh Besar	3,7	38,1	,0	56,7	1,4
Pidie	,0	2,1	1,8	94,7	1,4
Bireuen	2,2	2,9	1,1	91,0	2,9
Aceh Utara	,8	30,8	,0	66,8	1,6
Aceh Barat Daya	1,1	1,1	,0	95,7	2,2
Gayo Lues	11,1	38,9	5,6	38,9	5,6
Aceh Tamiang	1,2	7,6	8,8	77,6	4,7
Nagan Raya	6,3	6,3	50,0	37,5	,0
Aceh Jaya	2,2	4,3	28,3	65,2	,0
Bener Meriah	2,6	5,1	2,6	87,2	2,6
Banda Aceh	3,3	12,7	,5	50,9	32,5
Sabang	10,0	10,0	,0	70,0	10,0
Langsa	4,8	2,4	26,2	64,3	2,4
Lhokseumawe	1,4	5,6	2,8	86,1	4,2
Nanggroe Aceh Darussalam	2,1	11,9	4,0	76,9	5,0

Secara umum terlihat bahwa tempat penimbangan anak yang sering dikunjungi, adalah lainnya (76,9%) yang dapat berupa Rumah Sakit pemerintah/swasta atau tenaga kesehatan. Puskesmas merupakan tempat yang sering dikunjungi untuk melakukan penimbangan yaitu sebesar 11,9%. Kabupaten yang tertinggi memanfaatkan Polindes dalam melakukan penimbangan adalah Gayo Lues (38,9%) dan terendah di Kabupaten Aceh Barat Daya (1,1%).

Tabel 3.3.2.4
Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan
Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Penimbangan Anak				
	RS	Puskes	Polindes	Posyandu	Lainnya
Kelompok Umur (Bulan)					
6-11	3,0	6,8	4,1	83,5	2,6
12-23	2,5	11,4	3,9	77,2	5,0
24-35	1,7	13,1	4,6	76,7	3,9
36-47	0,8	12,6	5,0	77,4	4,2
48-59	1,8	10,8	3,5	79,9	4,0
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	2,4	13,0	3,7	75,8	5,1
Perempuan	1,9	10,8	4,3	78,1	4,9
Tipe Daerah					
Perkotaan	3,5	12,4	3,0	67,1	14,0
Perdesaan	1,7	11,7	4,4	80,2	2,0
Pendidikan KK					
Tidak Sekolah	0,0	11,5	0,0	86,5	1,9
Tidak Tamat SD	1,3	7,7	4,7	85,5	0,9
Tamat SD	1,1	14,9	5,3	76,9	1,9
Tamat SMP	3,2	10,8	4,4	78,8	2,8
Tamat SMA	2,4	12,6	3,8	74,7	6,5
Tamat PT	5,1	14,4	4,1	57,4	19,0
Pekerjaan KK					
Tidak Bekerja	3,4	13,8	3,4	75,9	3,4
Ibu Rumah Tangga	0,0	25,0	12,5	50,0	12,5
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	8,6	8,6	0,0	74,3	8,6
Wiraswasta/Pegawai Swasta	3,7	14,3	3,3	62,7	16,0
Petani/Buruh/Nelayan	2,8	12,9	4,6	75,3	4,4
Lainnya	1,3	11,6	4,3	80,7	2,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	1,1	11,2	3,1	79,6	5,0
Kuintil-2	2,2	10,3	4,8	79,0	3,8
Kuintil-3	1,8	16,1	3,6	74,3	4,1
Kuintil-4	2,1	9,0	6,3	79,4	3,2
Kuintil-5	3,2	14,5	3,0	73,0	6,4

Menurut karakteristik responden bahwa tempat penimbangan anak yang sering dikunjungi adalah Posyandu dan terlihat lebih tinggi persentasenya di daerah perdesaan dibandingkan di perkotaan. Sedangkan menurut jenis kelamin, tingkat pendidikan dan Pekerjaan terlihat tidak ada perbedaan yang menyolok pada hampir semua tingkatan, kecuali pada KK yang tingkat pendidikannya Perguruan Tinggi terlihat persentasenya lebih kecil dibandingkan tingkat pendidikan lainnya

Tabel 3.3.2.5
Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS Berdasarkan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Simeulue	10,9	57,1	31,9
Aceh Singkil	16,7	47,5	35,8
Aceh Selatan	19,5	36,3	44,2
Aceh Tenggara	3,1	39,1	57,8
Aceh Timur	22,1	34,8	43,1
Aceh Tengah	20,9	67,9	11,2
Aceh Barat	9,6	43,4	47,1
Aceh Besar	14,8	64,3	20,9
Pidie	8,1	36,1	55,8
Bireuen	25,0	50,0	25,0
Aceh Utara	33,6	25,5	40,8
Aceh Barat Daya	14,6	27,2	58,3
Gayo Lues	5,6	13,3	81,1
Aceh Tamiang	9,6	25,9	64,5
Nagan Raya	21,8	32,7	45,5
Aceh Jaya	12,7	30,9	56,4
Bener Meriah	22,5	49,5	27,9
Banda Aceh	19,7	61,1	19,2
Sabang	2,9	58,8	38,2
Langsa	27,0	20,9	52,2
Lhokseumawe	23,6	43,9	32,5
Nanggroe Aceh Darussalam	18,8	41,4	39,8

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

Kartu Menuju Sehat (KMS) merupakan sarana yang cukup baik untuk mengetahui tumbuh kembang balita. Secara umum di Provinsi NAD hanya 18,8 % balita yang mempunyai dan dapat menunjukkan KMS, terendah di Aceh Tenggara (3,1%) dan tertinggi di (33,6%). Sebagian besar balita (41,4%) walaupun menurut pengakuan mempunyai KMS, tetapi tidak dapat menunjukkan dan yang tidak KMS mempunyai sebesar 39,8%

Tabel 3.3.2.6
Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik/Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Umur (Bulan)			
0-5	21,9	22,2	55,9
6-11	27,2	32,5	40,4
12-23	25,7	38,4	36,0
24-35	15,8	44,6	39,6
36-47	13,1	50,1	36,8
48-59	15,5	44,2	40,3
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	18,1	40,2	41,6
Perempuan	19,6	42,5	37,9
Tipe Daerah			
Perkotaan	21,4	49,4	29,3
Perdesaan	18,1	39,0	43,0
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	5,7	30,5	63,8
Tidak Tamat SD	16,8	33,8	49,5
Tamat SD	16,0	35,6	48,4
Tamat SMP	19,9	43,3	36,7
Tamat SMA	20,3	48,8	30,9
Tamat PT	20,7	59,3	20,0
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	19,7	37,7	42,6
Ibu Rumah Tangga	15,4	46,2	38,5
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	18,9	37,7	43,4
Wiraswasta/Pegawai Swasta	18,6	56,4	25,0
Petani/Buruh/Nelayan	21,0	44,6	34,3
Lainnya	16,4	39,0	44,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	16,2	41,1	42,7
Kuintil-2	20,2	37,4	42,4
Kuintil-3	19,4	41,8	38,9
Kuintil-4	20,1	42,0	37,9
Kuintil-5	19,9	52,7	27,3

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

Kepemilikan KMS lebih tinggi di daerah perkotaan. Ada tren kepemilikan KMS yang lebih tinggi pada umur di atas 6 bulan dan dibawah 23 bulan, dan menurun pada umur selanjutnya. Menurut tingkat pendidikan hanya pendidikan KK yang tidak sekolah mempunyai persentase yang sangat kecil sedangkan tingkat pendidikan yang lainnya hampir seimbang, namun menurut pekerjaan KK hampir merata pada setiap jenis pekerjaan hanya sedikit menurun pada ibu rumah tangga (15,4%).

Tabel 3.3.2.7
Persentase Kepemilikan Buku KIA pada Balita Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Simeulue	7,6	16,9	75,4
Aceh Singkil	5,0	28,6	66,4
Aceh Selatan	10,5	15,3	74,2
Aceh Tenggara	0,8	14,1	85,2
Aceh Timur	13,1	30,0	56,9
Aceh Tengah	14,3	41,8	43,9
Aceh Barat	5,9	32,4	61,8
Aceh Besar	10,6	42,6	46,8
Pidie	15,2	21,8	63,0
Bireuen	18,1	33,4	48,4
Aceh Utara	7,5	20,6	71,8
Aceh Barat Daya	17,5	31,1	51,5
Gayo Lues	3,4	9,0	87,6
Aceh Tamiang	20,2	31,1	48,7
Nagan Raya	5,4	17,9	76,8
Aceh Jaya	10,9	25,5	63,6
Bener Meriah	20,7	36,9	42,3
Banda Aceh	11,3	5,9	82,8
Sabang	20,6	61,8	17,6
Langsa	5,2	18,3	76,5
Lhokseumawe	8,1	38,2	53,7
Nanggroe Aceh Darussalam	11,5	26,5	62,0

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

Pada Tabel ini terlihat kepemilikan Buku KIA yang masih lebih rendah dibanding KMS. Pada 21 kabupaten di NAD secara umum kepemilikan buku KIA yang disimpan sendiri sebesar 11,5%, dengan cakupan yang bervariasi, terendah di Kabupaten gayo Lues (3,4%) dan tertinggi di Bener Meriah (20,7%).

Tabel 3.3.2.8
Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Umur (bulan)			
0-5	12,6	18,5	68,9
6-11	24,6	26,6	48,8
12-23	18,3	28,0	53,8
24-35	10,8	31,2	58,0
36-47	4,8	26,9	68,3
48-59	5,3	22,6	72,1
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	10,9	24,8	64,3
Perempuan	12,0	28,3	59,7
Tipe Daerah			
Perkotaan	11,9	24,9	63,3
Perdesaan	11,3	27,0	61,7
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	7,5	16,0	76,4
Tidak Tamat SD	11,7	21,6	66,7
Tamat SD	11,1	23,0	65,9
Tamat SMP	10,3	28,2	61,5
Tamat SMA	11,7	33,0	55,2
Tamat PT	9,1	29,1	61,8
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	9,8	31,1	59,0
Ibu Rumah Tangga	15,4	23,1	61,5
PNS/POLRI/TNI/BUMN	15,4	17,3	67,3
Wiraswasta/Pegawai Swasta	9,6	30,7	59,6
Petani/Buruh/Nelayan	12,7	32,0	55,3
Lainnya	9,6	24,4	66,0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	10,8	21,9	67,3
Kuintil-2	14,8	23,7	61,5
Kuintil-3	11,7	27,3	61,0
Kuintil-4	9,0	30,1	60,9
Kuintil-5	11,6	33,3	55,1

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

Kepemilikan buku KIA menurut tempat tinggal tidak ada perbedaan antara perkotaan dan perdesaan, namun perbedaan kepemilikan Buku KIA tertinggi pada saat balita di umur 6-11 bulan (24,6%) dan terendah pada kelompok umur di atas 36 bulan. Ada perbedaan di antara tingkat pendidikan KK dalam kepemilikan buku KIA, tetapi tidak terlalu menyolok. Menurut pekerjaan kepemilikan buku KIA lebih banyak dimiliki oleh ibu rumah tangga, PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD.

3.3.3 Distribusi Kapsul Vitamin A

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

Tabel 3.3.3.1
Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima kapsul Vitamin A
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesmas 2007

Kabupaten/Kota	Menerima Kapsul Vitamin A
Simeulue	83,3
Aceh Singkil	67,9
Aceh Selatan	80,3
Aceh Tenggara	54,5
Aceh Timur	58,2
Aceh Tengah	81,8
Aceh Barat	77,8
Aceh Besar	88,6
Pidie	89,1
Bireuen	82,1
Aceh Utara	64,4
Aceh Barat Daya	92,0
Gayo Lues	44,6
Aceh Tamiang	86,0
Nagan Raya	49,0
Aceh Jaya	70,6
Bener Meriah	69,2
Banda Aceh	82,1
Sabang	96,8
Langsa	48,6
Lhokseumawe	79,0
Nanggroe Aceh Darussalam	74,9

Kapsul vitamin A diberikan kepada balita umur 6-59 bulan dua tahun sekali tiap bulan Februari dan Agustus. Pada Tabel ini terlihat cakupan kapsul vitamin A di Provinsi NAD sebesar 74,9%, dengan variasi cakupan yang tidak terlalu banyak berbeda. Kabupaten terendah yang menerima kapsul vitamin A adalah Gayo Lues (44,6%) dan tertinggi di Aceh Barat Darat (92,0%).

Tabel 3.3.3.2
Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Menerima Kapsul Vitamin A
Umur (Bulan)	
6-11	66,4
12-23	77,1
24-35	79,3
36-47	76,4
48-59	69,5
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	74,3
Perempuan	75,5
Tipe Daerah	
Perkotaan	78,3
Perdesaan	73,8
Pendidikan KK	
Tidak Sekolah	66,7
Tidak Tamat SD	68,9
Tamat SD	73,5
Tamat SMP	78,2
Tamat SMA	76,8
Tamat PT	80,2
Pekerjaan KK	
Tidak Bekerja	68,5
Ibu Rumah Tangga	66,7
Wiraswasta/Pegawai Swasta	80,2
Petani/Buruh/Nelayan	78,9
Lainnya	71,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil-1	73,7
Kuintil-2	72,9
Kuintil-3	74,7
Kuintil-4	77,1
Kuintil-5	78,6

Variasi cakupan kapsul vitamin A menurut karakteristik responden antara tempat tinggal dan jenis kelamin mempunyai persentase yang seimbang, menurut kelompok umur yang menerima kapsul vitamin A tertinggi pada usia di atas 12 bulan sampai 47 bulan. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi persentase balitanya dalam menerima kapsul vitamin A, begitu juga pada tingkat pengeluaran perkapita (kuintil) semakin tinggi Kuintil-semakin tinggi persentasenya dalam menerima kapsul vitamin A.

3.3.4 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

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

Tabel 3.3.4.1
Persentase Ibu Menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Ukuran Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Simeulue	11,1	66,7	22,2
Aceh Singkil	47,6	23,8	28,6
Aceh Selatan	15,4	57,7	26,9
Aceh Tenggara	20,0	60,0	20,0
Aceh Timur	31,0	42,9	26,2
Aceh Tengah	11,4	45,7	42,9
Aceh Barat	21,1	26,3	52,6
Aceh Besar	10,3	58,6	31,0
Pidie	20,8	50,0	29,2
Bireuen	3,1	75,4	21,5
Aceh Utara	32,4	47,1	20,6
Aceh Barat Daya	12,0	76,0	12,0
Gayo Lues	33,3	53,3	13,3
Aceh Tamiang	17,6	67,6	14,7
Nagan Raya	20,0	60,0	20,0
Aceh Jaya	18,2	45,5	36,4
Bener Meriah	0,0	71,4	28,6
Banda Aceh	1,8	86,0	12,3
Sabang	12,5	75,0	12,5
Langsa	23,5	47,1	29,4
Lhokseumawe	56,3	31,3	12,5
Nanggroe Aceh Darussalam	18,8	57,1	24,2

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

Tabel ini memperlihatkan persepsi ibu tentang ukuran bayi saat dilahirkan, walaupun berat badan bayi lahir tidak diketahui. Secara keseluruhan terdapat 18,8 % ibu yang mempunyai persepsi bahwa berat lahir bayinya kecil, 57,1% berat normal, dan 24,2% berat lahir bayinya besar. Persentase bayi lahir kecil menurut ibu terendah di Bener Meriah (0,0%) dan tertinggi di Lhokseumawe (56,3%).

Tabel 3.3.4.2
Persentase Ibu Menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan
Karakteristik, di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	BB Lahir Menurut Persepsi Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	19,4	55,7	24,9
Perempuan	18,2	58,6	23,2
Tipe Daerah			
Perkotaan	18,3	64,1	17,6
Perdesaan	18,9	55,0	26,1
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	50,0	31,3	18,8
Tidak Tamat SD	18,0	64,0	18,0
Tamat SD	18,2	56,6	25,3
Tamat SMP	16,5	50,4	33,1
Tamat SMA	14,1	54,8	31,1
Tamat PT	15,6	62,5	21,9
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	30,0	40,0	30,0
Ibu Rumah Tangga	0,0	80,0	20,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	23,0	55,7	21,3
Wiraswasta/Pegawai Swasta	18,0	58,2	23,8
Petani/Buruh/Nelayan	15,1	53,4	31,5
Lainnya	23,5	41,2	35,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	18,5	63,0	18,5
Kuintil-2	17,1	59,6	23,3
Kuintil-3	15,9	56,1	28,0
Kuintil-4	17,3	54,1	28,6
Kuintil-5	20,5	52,3	27,3

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

Terlihat bahwa persentase berat lahir kecil menurut ibu lebih diantara perkotaan dan perdesaan adalah sebanding (18,3% dan 18,9%), antara bayi perempuan dan bayi laki-laki lebih tinggi pada bayi laki-laki (19,4%) walaupun sangat kecil perbedaannya. Ada kecenderungan makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga, makin kecil persentase bayi lahir kecil menurut persepsi ibu. Menurut pekerjaan bahwa KK yang tidak bekerja paling tinggi (30,0%) dalam menilai bayinya lahir kecil. Sedangkan menurut pendapatan perkapita hampir tidak ada perbedaan yang menyolok disetiap kuintil.

Tabel 3.3.4.3
Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut
Kabupaten/Kota di Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Periksa Hamil
Simeulue	84,2
Aceh Singkil	33,3
Aceh Selatan	70,4
Aceh Tenggara	50,0
Aceh Timur	25,6
Aceh Tengah	71,4
Aceh Barat	57,9
Aceh Besar	66,1
Pidie	78,9
Bireuen	73,4
Aceh Utara	75,5
Aceh Barat Daya	92,0
Gayo Lues	25,0
Aceh Tamiang	91,2
Nagan Raya	60,0
Aceh Jaya	60,0
Bener Meriah	84,6
Banda Aceh	100,0
Sabang	100,0
Langsa	93,8
Lhokseumawe	73,3
Nanggroe Aceh Darussalam	72,1

Tabel ini menunjukkan cakupan pemeriksaan kehamilan. Dalam Riskesdas 2007 pertanyaan tersebut dilakukan sebagai langkah untuk menanyakan jenis pemeriksaan kesehatan. Terlihat sebagian besar ibu periksa hamil di provinsi NAD secara umum adalah 72,1%, terendah di Kabupaten Gayo Lues 25,0% dan tertinggi di Kabupaten Sabang dan Banda Aceh masing-masing 100%.

Tabel 3.3.4.4
Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut
Karakteristik Responden, di Kabupaten Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Periksa Hamil
Tipe Daerah	
Perkotaan	91,5
Perdesaan	66,3
Pendidikan KK	
Tidak Sekolah	31,3
Tidak Tamat SD	74,0
Tamat SD	71,0
Tamat SMP	65,3
Tamat SMA	77,6
Tamat PT	75,0
Pekerjaan KK	
Tidak Bekerja	80,0
Ibu Rumah Tangga	80,0
PNS/POLRI/TNI	73,8
Wiraswasta	80,5
Petani/ Buruh/Nelayan	62,5
Lainnya	87,5
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil-1	68,6
Kuintil-2	68,5
Kuintil-3	70,1
Kuintil-4	72,7
Kuintil-5	75,9

Cakupan tersebut juga bervariasi antar karakteristik yaitu pemeriksaan kehamilan lebih banyak dilakukan di daerah perkotaan dibandingkan di perdesaan. Menurut tingkat pendidikan KK bahwa pendidikan KK tidak sekolah mempunyai persentase yang sedikit dalam memeriksakan kehamilan. Ada kecenderungan makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga dan makin tinggi status sosial ekonomi keluarga, makin rendah tingkat persentasenya .

Tabel 3.3.4.5
Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Jenis Pemeriksaan
Kehamilan Berdasarkan Kabupaten/Kota di Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Simeulue	43,8	100,0	87,5	93,8	87,5	81,3	21,4	37,5
Aceh Singkil	85,7	100,0	85,7	100,0	100,0	100,0	71,4	71,4
Aceh Selatan	77,8	100,0	100,0	100,0	94,7	100,0	38,9	27,8
Aceh Tenggara	20,0	100,0	40,0	80,0	60,0	80,0	0,0	0,0
Aceh Timur	36,4	63,6	90,0	50,0	63,6	100,0	0,0	10,0
Aceh Tengah	52,0	100,0	92,0	100,0	100,0	92,0	58,3	50,0
Aceh Barat	72,7	90,9	90,0	100,0	81,8	90,9	50,0	50,0
Aceh Besar	79,5	94,9	79,5	92,3	94,9	92,3	70,3	91,7
Pidie	37,5	100,0	100,0	89,3	73,2	73,2	7,7	0,0
Bireuen	56,8	100,0	100,0	100,0	95,8	100,0	37,8	34,8
Aceh Utara	53,3	92,2	88,2	66,7	72,7	89,6	27,0	22,4
Aceh Barat Daya	82,6	95,8	100,0	95,8	95,8	95,7	10,0	30,0
Gayo Lues	50,0	100,0	75,0	75,0	33,3	100,0	0,0	33,3
Aceh Tamiang	25,8	100,0	86,7	93,3	93,3	96,8	36,7	25,8
Nagan Raya	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	50,0	50,0
Aceh Jaya	66,7	100,0	100,0	83,3	100,0	100,0	33,3	33,3
Bener Meriah	50,0	100,0	100,0	90,0	100,0	83,3	18,2	54,5
Banda Aceh	44,8	100,0	94,8	94,8	84,5	100,0	55,2	70,2
Sabang	85,7	100,0	100,0	100,0	87,5	100,0	85,7	42,9
Langsa	86,7	100,0	93,3	93,8	100,0	100,0	73,3	73,3
Lhokseumawe	81,8	100,0	100,0	100,0	90,9	100,0	72,7	72,7
Nanggroe Aceh Darussalam	55,68	97,3	92,5	89,5	86,5	92,5	38,4	40,1

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

*) Catatan : Data tidak dapat menggambarkan keadaan tingkat Kabupaten/Kota

Pada tabel ini terlihat 8 jenis pemeriksaan kehamilan. Secara keseluruhan di provinsi NAD dari 8 pemeriksaan, terendah pada pemeriksaan kadar hemoglobin (38,4%) dan tertinggi pemeriksaan tekanan darah (97,3%).

Tabel 3.3.4.6
Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Jenis Pemeriksaan
Kehamilan dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Tipe Daerah								
Perkotaan	59,0	97,1	90,4	93,4	89,3	96,4	62,1	67,9
Perdesaan	54,2	97,1	93,3	88,0	85,3	90,9	28,5	29,1
Pendidikan KK								
Tidak Sekolah	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0
Tidak Tamat SD	65,7	89,2	100,0	94,6	94,6	91,9	18,8	21,9
Tamat SD	66,2	100,0	94,3	91,3	85,9	93,0	39,4	38,6
Tamat SMP	41,3	94,9	84,6	83,3	70,9	83,5	25,0	33,3
Tamat SMA	58,8	100,0	97,0	90,1	92,3	97,1	52,0	57,6
Tamat PT	50,0	100,0	90,9	86,4	95,5	100,0	52,2	60,9
Pekerjaan KK								
Tidak Bekerja	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0
Ibu Rumah Tangga	75,0	100,0	77,8	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/ BUMD	55,6	100,0	95,3	100,0	90,9	97,8	56,8	57,8
Wiraswasta/Pegawai Swasta	62,6	93,9	91,7	91,6	88,9	92,9	40,9	53,2
Petani/Buruh/Nelayan	52,8	98,6	93,7	86,0	81,5	90,3	30,6	29,9
Lainnya	42,9	100,0	100,0	71,4	73,3	85,7	33,3	40,0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita								
Kuintil-1	50,6	100,0	93,8	92,6	90,2	93,9	40,8	30,8
Kuintil-2	60,2	98,0	90,6	90,7	86,0	90,0	34,7	43,9
Kuintil-3	64,0	96,0	91,8	86,8	86,7	92,1	34,7	32,4
Kuintil-4	50,0	100,0	90,0	91,3	87,1	97,2	46,9	42,4
Kuintil-5	61,5	95,5	93,5	86,7	90,9	97,0	42,4	51,7

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

Menurut tempat tinggal tidak ada perbedaan yang menyolok antara perkotaan dan perdesaan dalam memeriksakan kehamilan mulai dari pengukuran tinggi badan sampai dengan penimbangan berat badan. Namun ada perbedaan yang cukup tajam dalam pemeriksaan hemoglobin dan urine, terlihat di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan.

Dalam tabel ini terlihat bahwa tidak ada kecenderungan makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga dan makin tinggi status sosial ekonomi keluarga, persentase memeriksakan kehamilan semakin besar.

Tabel 3.3.4.7
Cakupan Pemeriksaan Neonatus Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Simeulue	61,1	52,6
Aceh Singkil	52,4	42,9
Aceh Selatan	63,0	53,8
Aceh Tenggara	40,0	20,0
Aceh Timur	40,5	25,6
Aceh Tengah	62,9	37,1
Aceh Barat	33,3	50,0
Aceh Besar	45,8	18,6
Pidie	54,9	38,0
Bireuen	65,6	41,5
Aceh Utara	43,1	30,4
Aceh Barat Daya	79,2	70,8
Gayo Lues	20,0	13,3
Aceh Tamiang	79,4	32,4
Nagan Raya	40,0	75,0
Aceh Jaya	40,0	40,0
Bener Meriah	76,9	28,6
Banda Aceh	70,2	35,1
Sabang	100,0	37,5
Langsa	82,4	31,3
Lhokseumawe	62,5	43,8
Nanggroe Aceh Darussalam	56,5	36,1

Catatan: Ditanyakan hanya pada ibu yang mempunyai bayi <12 bulan

Secara umum persentase cakupan pelayanan neonatal di Provinsi NAD pada KN-1 (0-7 hari) sebesar 56,5% dan KN-2 (8-28 hari) sebesar 36,1%. Persentase tertinggi KN-1 pada Kabupaten Sabang (100%) dan terendah di Kabupaten Gayo Lues (20,0%), sedangkan cakupan pada KN-2 tertinggi pada kabupaten Nagan Raya (75,0%) dan terendah di Kabupaten Gayo Lues (13,3%).

Tabel 3.3.4.8
Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan Neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Tipe Daerah		
Perkotaan	73,2	42,2
Perdesaan	51,6	34,4
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	53,0	34,2
Perempuan	60,6	38,7
Pendidikan KK		
Tidak sekolah	50,0	53,3
Tidak tamat SD	56,0	32,0
Tamat SD	45,0	36,0
Tamat SMP	46,3	27,3
Tamat SMA	65,2	38,8
Tamat PT	75,0	43,8
Pekerjaan KK		
Tidak Bekerja	60,0	40,0
Ibu Rumah Tangga	54,5	40,0
PNS/POLRI/TNI	75,4	34,4
Wiraswasta	56,1	43,1
Petani/ Buruh/ Nelayan	47,6	29,6
Lainnya	62,5	50,0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	55,1	41,2
Kuintil-2	52,1	35,6
Kuintil-3	52,3	23,4
Kuintil-4	65,7	36,4
Kuintil-5	66,7	41,4

Menurut karakteristik responden terlihat bahwa cakupan pelayanan neonatal baik pada neonatus umur 0-7 hari maupun neonatus umur 8-28 hari lebih tinggi di perkotaan, dan pendidikan KK Perguruan Tinggi. Menurut jenis pekerjaan tertinggi pada KK yang bekerja sebagai PNS/POLRI/TNI, dan tertinggi pada Kuintil-lima pada neonatus umur 0-7 hari, sedangkan neonatus umur 8-28 hari tertinggi pada Kuintil-satu dan lima.

3.4 Penyakit Menular

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

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

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

3.4.1 Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria

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

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

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

Tabel 3.4.1.1
Prevalensi Malaria, Filaria dan DBD berdasarkan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Malaria (%)			Filaria (%)		DBD (%)	
	DG	D	O	DG	D	DG	D
Simeulue	4,1	2,1	55,9	0,00	0,00	0,6	0,1
Aceh Singkil	2,0	1,3	40,0	0,10	0,00	0,5	0,1
Aceh Selatan	9,5	2,8	32,2	0,05	0,00	0,8	0,5
Aceh Tenggara	1,0	0,8	72,2	0,00	0,00	0,0	0,0
Aceh Timur	4,1	1,9	36,4	3,74	1,86	4,5	2,1
Aceh Tengah	3,3	1,2	41,1	0,17	0,00	0,3	0,0
Aceh Barat	11,8	5,7	25,5	0,71	0,06	4,2	1,5
Aceh Besar	3,7	1,7	40,0	0,45	0,45	1,0	0,5
Pidie	3,2	0,9	38,0	0,18	0,00	0,5	0,0
Bireuen	2,7	1,8	37,1	0,17	0,06	0,0	0,0
Aceh Utara	4,0	2,7	19,3	1,33	1,08	1,2	0,9
Aceh Barat Daya	1,0	0,2	41,7	0,24	0,00	0,4	0,0
Gayo Lues	2,0	1,1	28,6	0,00	0,00	0,0	0,0
Aceh Tamiang	0,9	0,3	52,4	0,00	0,00	0,0	0,0
Nagan Raya	5,4	3,5	41,2	1,99	1,12	2,9	1,5
Aceh Jaya	5,7	4,9	67,5	0,14	0,00	0,7	0,0
Bener Meriah	7,2	5,5	35,4	0,00	0,00	1,9	0,2
Banda Aceh	1,5	1,2	78,8	0,00	0,00	0,3	0,3
Sabang	3,3	2,3	70,0	0,00	0,00	0,0	0,0
Langsa	1,8	0,9	53,8	0,07	0,00	1,0	0,4
Lhokseumawe	0,5	0,2	50,0	0,00	0,00	0,6	0,4
Nanggroe Aceh Darussalam	3,7	1,9	36,4	0,64	0,36	1,1	0,5

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. 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 NAD filariasis klinis terdeteksi dengan prevalensi yang sangat rendah. Namun ada 3 Kabupaten yang prevalensinya antara 3,7-1,3 permil.

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, DBD klinis dapat dideteksi di hampir semua Kabupaten/Kota di Provinsi NAD (rentang prevalensi 0,0-4,5%). Program promosi kesehatan juga secara intensif memberikan penerangan kepada masyarakat tentang pencegahan penyakit ini (3M) sehingga kewaspadaan dan deteksi dini penyakit ini menjadi lebih baik. Kejadian DBD sangat dipengaruhi oleh musim, umumnya meningkat di awal musim penghujan, dan dapat bersifat fatal bila tidak segera ditangani dengan baik.

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi NAD dijumpai sebesar 3,7%, dengan rentang 0,5-11,8%. Penyakit ini dapat bersifat akut dan kronis (kambuhan). Walaupun malaria di pulau Jawa-Bali secara umum bukan lagi merupakan masalah kesehatan utama, perkembangan ekonomi (mobilitas penduduk) memungkinkan adanya kasus-kasus malaria 'import' dari wilayah endemis di luar Jawa-Bali. Di samping itu, beberapa daerah di Provinsi Jawa Timur masih merupakan daerah reseptif terhadap malaria, yang artinya di daerah tersebut masih memungkinkan terjadi penularan karena terdapat vektor potensial malaria. Prevalensi malaria yang relatif tinggi dijumpai di Kabupaten Aceh Barat, Bener Meriah, dan Aceh Selatan.

Dalam Riskesdas ini, juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria klinis dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Persentase orang yang minum obat program masih di bawah 50%.

Tabel 3.4.1.2
Prevalensi Malaria, Filariasis dan DBD berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Malaria (%)			Filariasis (%)		DBD (%)	
	DG	D	O	DG	D	DG	D
Kelompok Umur (Tahun)							
<1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3
1-4	1,2	0,7	40,0	0,3	0,2	0,3	0,2
5-14	2,3	1,0	32,0	0,4	0,3	1,0	0,5
15-24	3,4	1,7	28,3	0,8	0,3	1,3	0,4
25-34	4,8	2,5	34,4	0,8	0,7	1,3	0,7
35-44	5,1	2,9	47,5	0,9	0,3	1,2	0,6
45-54	4,7	2,6	40,3	0,8	0,4	1,0	0,5
55-64	5,1	2,5	39,3	0,5	0,3	1,3	0,6
65-74	5,4	2,3	31,8	0,7	0,5	1,4	0,4
>75	3,5	1,6	21,1	0,2	0,2	1,0	0,4
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	4,2	2,2	38,5	0,6	0,3	1,1	0,5
Perempuan	3,1	1,6	33,8	0,6	0,4	1,1	0,5
Tipe Daerah							
Perkotaan	1,7	0,9	42,3	0,3	0,1	0,5	0,2
Pedesaan	4,3	2,2	35,7	0,8	0,4	1,3	0,6
Pendidikan							
Tidak Sekolah	6,8	2,9	31,4	0,8	0,3	1,8	0,5
Tidak Tamat SD	4,3	2,1	34,1	0,9	0,4	1,6	0,6
Tamat SD	4,7	2,4	38,9	0,8	0,4	1,1	0,5
Tamat SMP	3,9	2,2	34,7	0,7	0,3	1,2	0,5
Tamat SMA	3,5	2,1	41,0	0,6	0,4	1,0	0,5
Tamat PT	3,0	1,5	36,5	0,6	0,4	1,4	0,8
Pekerjaan							
Tidak Kerja	3,3	1,3	28,9	0,9	0,3	1,4	0,3
Sekolah	2,7	1,3	31,1	0,5	0,3	0,9	0,5
Ibu RT	3,8	2,0	32,2	0,4	0,2	1,0	0,4
Pegawai	2,2	1,1	36,5	0,3	0,1	0,4	0,1
Wiraswasta	4,4	2,5	51,0	0,8	0,5	1,6	0,9
Petani/Nelayan/Buruh	6,6	3,7	37,0	1,2	0,6	1,7	0,7
Lainnya	3,8	1,6	36,8	0,7	0,6	0,8	0,4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	4,4	2,4	32,5	0,6	0,3	1,0	0,5
Kuintil-2	3,9	2,1	39,9	0,6	0,3	1,2	0,6
Kuintil-3	3,3	1,7	32,6	0,5	0,3	1,2	0,4
Kuintil-4	3,6	1,7	34,4	0,8	0,5	1,1	0,6
Kuintil-5	3,5	1,7	43,3	0,6	0,4	1,0	0,4

Karakteristik responden yang menderita penyakit tular vektor di atas berbeda-beda. Dalam Riskesdas 2007 ini, DBD terutama sudah dijumpai pada anak di bawah 15 tahun, namun tampak sudah menyebar ke kelompok dewasa. Sedangkan malaria tersebar di semua kelompok umur (kecuali bayi), terutama di kelompok usia produktif. Tidak ada perbedaan pada jenis kelamin penderita filariasis, DBD dan malaria. DBD lebih banyak dijumpai pada di wilayah perkotaan, sedangkan malaria lebih banyak dijumpai di perdesaan. Tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap prevalensi malaria, namun penyakit ini lebih banyak ditemukan pada kelompok menengah ke bawah (berdasarkan tingkat pengeluaran Rumah Tangga).

Tabel 3.4.1.3
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	ISPA (%)		Pneumonia (%)		TB (%)		Campak (%)	
	DG	D	DG	D	DG	D	DG	D
Simeulue	41,2	11,9	1,1	0,5	0,9	0,4	0,5	0,2
Aceh Singkil	11,7	7,5	1,1	0,4	0,4	0,3	0,9	0,8
Aceh Selatan	40,0	5,6	6,9	1,5	3,1	1,4	3,7	2,8
Aceh Tenggara	13,2	7,5	1,0	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1
Aceh Timur	21,5	4,3	3,5	1,4	3,0	1,2	2,9	1,3
Aceh Tengah	40,8	11,3	3,4	0,6	0,8	0,3	4,0	2,7
Aceh Barat	44,0	7,8	6,7	0,7	5,3	1,4	3,6	1,5
Aceh Besar	38,8	10,4	5,8	3,1	0,8	0,6	1,4	0,7
Pidie	42,4	2,1	2,8	0,6	1,3	0,6	0,6	0,0
Bireuen	48,7	25,9	2,1	1,4	0,7	0,6	0,7	0,4
Aceh Utara	43,6	22,0	6,7	3,2	2,0	1,6	2,3	1,7
Aceh Barat Daya	40,0	8,4	4,5	1,1	0,7	0,4	0,7	0,5
Gayo Lues	24,0	4,1	1,2	0,3	1,3	0,3	4,2	3,6
Aceh Tamiang	38,0	8,3	1,0	0,5	0,5	0,3	1,1	0,5
Nagan Raya	36,2	12,0	5,0	1,8	2,2	1,1	2,9	1,7
Aceh Jaya	43,6	5,1	3,4	0,7	1,9	0,9	0,7	0,4
Bener Meriah	24,4	8,5	3,7	1,4	1,2	0,4	4,9	2,3
Banda Aceh	34,2	12,9	4,6	1,3	0,3	0,1	0,8	0,4
Sabang	28,7	6,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Langsa	27,2	15,1	4,0	1,6	0,5	0,1	1,5	1,2
Lhokseumawe	42,1	25,7	2,5	1,6	1,1	0,4	0,6	0,2
Nanggroe Aceh Darussalam	36,6	12,0	3,9	1,4	1,4	0,7	1,8	1,1

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) tersebar di seluruh Provinsi NAD dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (11,7-48,7%). Angka prevalensi ISPA dalam sebulan terakhir di Provinsi NAD adalah 36,6%, prevalensi di atas 30% ditemukan di 14 Kabupaten/Kota, yaitu : Kabupaten Simeulue, Aceh Selatan, Aceh Tengah, Aceh Barat, Aceh Besar, Pidie, Bireuen, Aceh Utara, Aceh Barat Daya, Aceh Tamiang, Nagan Raya, Aceh Jaya, Banda Aceh dan Lhoksemauwe. Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit. Di provinsi ini mempunyai prevalensi 1,4%, terendah pada kabupaten Sabang 0,0 dan tertinggi Kabupaten Aceh barat (5,3 %).

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan termasuk dalam program imunisasi nasional. Di Provinsi NAD, dalam 12 bulan terakhir penyakit ini masih terdeteksi dengan prevalensi 1,8% (rentang 0,0-4,9%). Di beberapa Kabupaten/Kota prevalensinya masih 1% atau lebih tinggi, yaitu ada 11 Kabupaten.

Tabel 3.4.1.4
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak Berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	ISPA (%)		Pneumonia (%)		TB (%)		Campak (%)	
	DG	D	DG	D	DG	D	DG	D
Kelompok Umur (Tahun)								
<1	46,4	16,5	2,1	1,3	0,3	0,3	2,5	1,4
1-4	49,1	20,7	3,4	1,1	0,4	0,2	4,1	2,7
5-14	39,1	12,8	2,9	1,0	0,8	0,4	2,6	1,8
15-24	30,3	9,1	2,6	1,0	0,8	0,4	1,3	0,7
25-34	32,8	10,8	3,4	1,3	1,4	0,9	1,3	0,8
35-44	34,2	10,6	4,2	1,7	2,2	0,7	1,3	0,5
45-54	36,8	11,3	5,4	2,0	2,2	1,1	1,1	0,4
55-64	39,6	11,5	7,0	2,9	3,2	1,7	1,0	0,4
65-74	42,7	13,6	9,1	3,3	3,5	1,9	1,1	0,7
>75	46,4	15,3	9,4	2,5	3,9	2,7	0,6	0,4
Jenis Kelamin								
Laki-Laki	36,4	12,1	4,2	1,5	1,47	0,7	1,7	1,0
Perempuan	36,9	11,9	3,6	1,4	1,42	0,8	1,9	1,1
Tipe Daerah								
Perkotaan	33,8	13,0	3,3	1,4	0,6	0,3	0,9	0,7
Pedesaan	37,5	11,7	4,1	1,5	1,7	0,9	2,0	1,2
Pendidikan								
Tidak Sekolah	40,1	11,1	8,3	2,7	3,8	2,1	1,5	0,4
Tidak Tamat SD	36,4	10,7	4,3	1,5	2,3	1,0	2,0	1,2
Tamat SD	35,6	10,3	4,3	1,5	1,9	0,9	1,4	0,7
Tamat SMP	33,5	10,3	3,4	1,4	1,0	0,6	1,1	0,7
Tamat SMA	30,8	10,0	3,1	1,6	1,1	0,7	1,0	0,6
Tamat PT	31,8	12,4	3,7	1,3	1,5	0,7	1,3	0,6
Pekerjaan								
Tidak Kerja	33,9	10,8	5,3	1,8	2,2	1,3	1,5	0,9
Sekolah	33,7	9,6	2,4	1,0	0,8	0,4	1,7	1,2
Ibu RT	34,9	10,2	3,6	1,3	1,7	0,8	1,0	0,5
Pegawai	28,5	10,3	2,7	1,2	0,6	0,3	0,5	0,3
Wiraswasta	33,0	10,8	4,1	1,8	1,3	0,7	1,3	0,6
Petani/Nelayan/Buruh	36,9	11,4	5,5	2,0	2,7	1,3	1,6	0,8
Lainnya	33,0	8,8	4,3	1,5	1,7	1,0	1,1	0,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita								
Kuintil-1	38,6	12,3	4,3	1,6	1,7	0,8	1,8	1,0
Kuintil-2	37,5	12,1	4,4	1,9	1,6	0,8	1,9	1,0
Kuintil-3	36,3	11,1	3,9	1,3	1,5	0,8	2,0	1,1
Kuintil-4	34,2	11,7	3,8	1,4	1,5	0,8	1,9	1,3
Kuintil-5	36,5	12,4	3,0	1,2	1,0	0,5	1,4	0,9

Memperhatikan karakteristik umur responden, tampak bahwa ISPA merupakan penyakit yang terutama diderita oleh bayi dan anak . Pola sebaran ISPA hampir merata di semua kelompok umur. Sedangkan pola sebaran Pneumonia menurut kelompok umur mulai

meningkat pada kelompok umur di atas 35 tahun sampai di atas 75 tahun. Prevalensi Pneumonia yang relatif tinggi pada kelompok umur tua (65 tahun ke atas) dapat disebabkan fungsi paru yang menurun. Untuk TB, tampak adanya kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia. Sedangkan untuk campak, sebarannya relatif merata di semua umur, dengan fokus usia 15 tahun ke bawah, termasuk bayi.

Jenis kelamin tidak banyak mempengaruhi prevalensi ISPA, Pneumonia, TB dan Campak. Pada umumnya, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi prevalensi penyakit. Berdasarkan wilayah tempat tinggal, daerah perdesaan secara konsisten menunjukkan prevalensi penyakit yang relatif lebih tinggi dari daerah perkotaan. Demikian juga Rumah Tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita yang rendah cenderung mempunyai prevalensi penyakit ISPA, Pneumonia, TB dan Campak yang lebih tinggi. Jenis pekerjaan tidak berpengaruh terhadap kejadian ke empat penyakit ini.

3.4.2 Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare

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

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

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

Tabel 3.4.2.1
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare berdasarkan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tifoid (%)		Hepatitis (%)		Diare (%)		O
	D	DG	D	DG	D	DG	
Simeulue	0,2	0,6	0,2	0,4	5,0	8,5	50,0
Aceh Singkil	0,3	0,6	0,0	0,1	4,6	5,8	35,1
Aceh Selatan	3,1	5,4	0,2	1,9	11,7	16,0	55,9
Aceh Tenggara	1,5	1,7	0,0	0,1	6,5	9,5	27,4
Aceh Timur	2,2	4,8	1,4	3,6	5,3	23,5	24,8
Aceh Tengah	0,3	1,7	0,1	0,9	6,9	15,3	44,3
Aceh Barat	0,8	3,7	0,2	1,2	21,8	33,1	54,7
Aceh Besar	2,0	3,0	0,8	1,4	6,9	15,2	30,9
Pidie	0,4	1,3	0,2	0,8	3,2	15,4	25,3
Bireuen	1,1	1,2	0,4	0,7	11,1	15,3	61,6
Aceh Utara	5,7	7,0	2,1	3,1	25,7	38,2	38,3
Aceh Barat Daya	0,4	1,5	0,2	0,6	9,6	13,1	52,5
Gayo Lues	1,2	2,0	0,1	0,3	20,2	24,4	26,1
Aceh Tamiang	0,8	1,1	0,3	0,4	6,7	10,9	22,1
Nagan Raya	2,6	4,9	1,0	2,8	14,0	17,3	70,8
Aceh Jaya	0,7	1,1	0,3	1,4	17,1	20,8	56,6
Bener Meriah	1,6	2,9	0,7	1,8	17,5	23,9	57,7
Banda Aceh	1,7	1,9	0,5	0,5	7,1	9,6	58,4
Sabang	1,0	1,3	0,0	0,0	1,7	4,0	66,7
Langsa	1,8	2,9	0,2	0,5	6,2	8,3	54,2
Lhokseumawe	1,0	1,1	0,2	0,5	18,7	23,8	50,4
Nanggroe Aceh Darussalam	1,9	3,0	0,7	1,4	11,3	18,9	42,0

Tifoid, hepatitis dan diare adalah penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui makanan dan minuman. Dalam 12 bulan terakhir, tifoid klinis dapat dideteksi di Provinsi NAD dengan prevalensi 3,0%, dan tersebar di seluruh kabupaten/kota dengan rentang 0,6-7,0%. Prevalensi tifoid tertinggi dilaporkan dari Kabupaten Aceh Utara 7,0%. Prevalensi hepatitis tertinggi ditemukan di Kabupaten Aceh Timur yakni sebesar 3,6% dibandingkan dengan prevalensi Provinsi NAD yang hanya 1,4%. Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi NAD merata di seluruh kabupaten/kota. Prevalensi di provinsi ini sebesar 18,9%, tertinggi ditemukan di Kabupaten Aceh Utara (38,2%) dan Aceh Barat (33,1%). Di antara wilayah-wilayah dengan prevalensi diare tinggi tersebut, pemakaian oralit di atas 50% adalah kabupaten Aceh Selatan, Aceh Barat, Bireuen, Aceh Barat Darat, Nagan Raya, Aceh Jaya, Bener Meriah, Banda Aceh, Sabang dan Langsa.

Tabel 3.4.2.2
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Berdasarkan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tifoid (%)		Hepatitis (%)		Diare (%)		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok Umur (Tahun)							
<1	0,3	0,3	0,3	0,3	12,9	22,7	46,9
1-4	1,2	2,2	0,2	0,6	19,0	27,4	55,8
5-14	1,9	2,8	0,3	0,8	12,0	19,8	43,9
15-24	1,7	2,6	0,7	1,3	9,1	15,2	39,0
25-34	2,1	3,2	0,8	1,8	9,6	16,7	38,0
35-44	2,1	3,3	0,9	1,9	10,2	17,9	35,1
45-54	1,9	3,1	0,9	1,9	10,5	17,6	45,2
55-64	2,3	3,8	0,8	1,9	11,3	20,7	36,0
65-74	2,5	3,7	0,8	1,9	12,7	23,2	42,0
>75	2,2	4,5	0,0	1,2	17,6	29,7	34,2
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	1,9	2,8	0,7	1,5	10,8	18,1	41,2
Perempuan	1,9	3,1	0,6	1,3	11,8	19,6	42,6
Tipe Daerah							
Perkotaan	1,6	2,1	0,4	0,6	8,4	12,7	49,3
Pedesaan	2,0	3,2	0,7	1,6	12,2	20,8	40,6
Pendidikan							
Tidak Sekolah	2,3	4,6	0,3	1,9	13,9	24,2	38,5
Tidak Tamat SD	1,8	3,2	0,7	1,7	11,5	19,7	41,5
Tamat SD	2,5	3,7	0,9	1,7	11,5	19,9	35,4
Tamat SMP	1,5	2,4	0,7	1,3	9,2	16,1	38,3
Tamat SMA	2,1	2,8	0,9	1,6	8,0	14,1	40,1
PT	1,7	2,9	0,9	1,9	9,9	14,5	46,6
Pekerjaan							
Tidak Kerja	2,6	4,0	0,7	1,7	12,8	21,5	34,3
Sekolah	1,9	2,7	0,6	1,0	9,4	15,9	39,4
Ibu RT	2,0	3,0	0,7	1,4	10,2	17,6	40,1
Pegawai	1,7	2,2	0,6	0,9	6,9	11,3	37,5
Wiraswasta	1,7	2,9	0,8	1,7	9,4	15,9	45,7
Petani/Nelayan/Buruh	2,3	3,8	1,1	2,4	11,6	20,7	38,0
Lainnya	0,7	2,2	0,4	1,2	8,0	14,3	28,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	2,4	3,7	0,7	1,5	12,3	19,9	41,9
Kuintil-2	1,9	3,2	0,7	1,5	11,9	20,5	41,5
Kuintil-3	1,6	2,7	0,6	1,3	11,6	19,0	39,6
Kuintil-4	1,7	2,7	0,7	1,2	10,5	17,3	45,1
Kuintil-5	1,8	2,6	0,6	1,5	10,2	17,7	42,6

Tifoid, hepatitis dan diare ditemukan pada semua kelompok umur. Tifoid terutama ditemukan pada kelompok umur usia sekolah, sedangkan diare pada kelompok balita. Jenis kelamin tidak mempengaruhi prevalensi ketiga penyakit ini, berbeda dengan pendidikan. Kelompok yang berpendidikan rendah umumnya cenderung memiliki prevalensi lebih tinggi. Namun perlu diperhatikan pada diare, prevalensi tinggi pada kelompok 'tidak sekolah' mungkin dipengaruhi juga oleh kenyataan bahwa kelompok ini sebagian terdiri dari anak-anak.

Dilihat dari aspek pekerjaan, prevalensi tertinggi tifoid dijumpai pada kelompok 'sekolah', konsisten dengan data pada kelompok umur. Prevalensi diare tertinggi diidentifikasi pada kelompok buruh/nelayan/petani (20,7%). Dari sudut tempat tinggal, tifoid dan diare terutama dijumpai di daerah perdesaan, sedangkan untuk hepatitis hampir seimbang antara perkotaan dan perdesaan. Hal ini konsisten dengan temuan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tifoid dan diare cenderung lebih tinggi pada Rumah Tangga dengan status ekonomi rendah walaupun perbedaannya tidak menyolok, sedangkan hepatitis tersebar di semua strata status ekonomi masyarakat.

3.5 Penyakit Tidak Menular

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

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

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

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

Data hipertensi didapat dengan metode wawancara dan pengukuran. Hipertensi berdasarkan hasil pengukuran/pemeriksaan tekanan darah/tensi, ditetapkan menggunakan alat pengukur tensimeter digital. Tensimeter digital divalidasi dengan menggunakan standar baku pengukuran tekanan darah (sfigmomanometer air raksa manual). Pengukuran tensi dilakukan pada responden umur 15 tahun ke atas. Setiap responden diukur tensinya minimal 2 kali, jika hasil pengukuran ke dua berbeda lebih dari 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ke tiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dihitung reratanya sebagai hasil ukur tensi. Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.

Kriteria JNC VII 2003 hanya berlaku untuk usia 18 tahun ke atas, maka prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tensi dihitung hanya pada penduduk umur 18 tahun

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

Tabel 3.5.1.1
Prevalensi Penyakit Kronis (Persendian, Hipertensi, Stroke) Pada
Penduduk* Menurut Kabupaten/Kota di Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)		
	D	D/G	D	O	D/O	U	D	D/G
Simeulue	18,2	35,4	7,3	1,4	8,4	24,2	7,8	7,8
Aceh Singkil	21,7	28,2	9,4	0,2	9,4	28,8	3,3	5,0
Aceh Selatan	21,1	44,3	13,5	0,8	14,3	31,0	12,1	19,2
Aceh Tenggara	21,6	25,4	6,9	0,0	6,9	19,5	4,9	4,9
Aceh Timur	12,8	24,8	5,1	1,6	6,6	20,2	18,5	27,7
Aceh Tengah	8,0	29,9	9,1	1,7	10,6	38,2	6,3	7,1
Aceh Barat	34,0	50,7	11,4	2,6	13,8	33,0	10,2	26,1
Aceh Besar	22,7	38,0	6,3	0,2	6,4	20,0	5,0	5,5
Pidie	18,6	37,9	11,5	0,3	11,8	39,7	9,6	18,8
Bireuen	30,2	36,2	14,0	0,1	14,0	36,4	5,6	11,2
Aceh Utara	34,4	40,7	11,8	2,5	14,0	30,6	16,5	30,0
Aceh Barat Daya	30,9	39,4	7,6	0,6	8,1	29,4	4,7	9,4
Gayo Lues	31,8	41,0	7,9	0,0	7,9	22,2	8,4	8,4
Aceh Tamiang	13,3	27,0	9,0	0,2	9,1	31,0	7,5	9,4
Nagan Raya	19,8	24,2	8,0	5,2	12,7	23,8	22,9	49,0
Aceh Jaya	36,0	40,6	13,7	0,3	13,9	39,4	6,0	6,0
Bener Meriah	26,8	35,1	19,8	0,8	20,5	46,1	12,6	12,6
Banda Aceh	16,1	22,5	10,5	0,5	10,9	28,7	11,9	12,5
Sabang	14,8	23,9	10,3	1,7	11,8	32,8	9,5	9,6
Langsa	22,5	23,0	10,4	0,0	10,4	30,6	6,2	8,3
Lhokseumawe	27,3	35,0	7,3	1,1	8,3	33,5	15,3	18,0
Nanggroe Aceh Darussalam	23,1	34,2	10,1	1,0	11,0	30,2	10,5	16,6

Catatan: D = Diagnosa oleh Nakes O = Minum obat
 U = Hasil Pengukuran D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala
 *) Penyakit, Persendian dan stroke dinilai pada penduduk umur > 15 tahun, dan >18 tahun untuk hipertensi

Tabel 3.5.1.1 memperlihatkan bahwa 34,2% penduduk NAD mengalami gangguan persendian, dan angka ini lebih tinggi dari prevalensi Nasional yaitu 30,3%. Sementara prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 23,1%, juga lebih tinggi dari angka Nasional yaitu 14,0%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi penyakit persendian di NAD berkisar antara 22,5%-50,7%, dan prevalensi di Aceh Barat ditemukan lebih tinggi dibandingkan Kabupaten/Kota lainnya, sebaliknya Banda Aceh mempunyai prevalensi paling rendah. Pada tabel ini juga dapat dilihat bahwa prevalensi hipertensi di NAD berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 30,2%, dan hanya berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 10,1%, sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 11,0%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan tekanan darah berkisar antara 19,5%-46,1%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Bener Meriah, sedangkan terendah di Aceh Tenggara. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 6,6%-20,5%.

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di NAD adalah 16,6 per 1000 penduduk. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi stroke berkisar antara 5,0%-49,0% dan Nagan Raya mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya, baik berdasarkan diagnosis maupun gejala.

Tabel 3.5.1.2
Prevalensi Penyakit Kronis (Persendian, Hipertensi, Stroke) Pada Penduduk
dalam 1 Tahun Terakhir Menurut Karakteristik Responden
di Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (%)		
	D	D/G	D	O	D/O	U	D	D/G
Umur (Tahun)								
15-24	2,9	5,1	0,9	0,0	1,0	11,7	3,2	3,9
25-34	11,9	20,6	3,3	0,6	3,9	19,7	6,2	7,7
35-44	27,0	42,3	8,7	1,1	9,7	30,5	7,5	18,4
45-54	41,4	60,3	16,7	1,7	18,1	41,3	14,8	24,6
55-64	54,1	72,7	23,8	2,8	26,0	54,1	23,4	37,6
65-74	60,0	78,6	34,2	2,0	35,6	64,4	43,9	56,9
75+	62,0	79,2	33,5	4,1	36,2	71,9	33,3	52,8
Jenis Kelamin								
Laki-Laki	20,8	31,4	9,2	0,9	9,9	30,3	12,1	17,5
Perempuan	25,1	36,6	10,9	1,2	12,0	30,1	9,0	15,9
Pendidikan								
Tidak Sekolah	48,1	63,6	23,2	1,8	24,6	49,8	21,5	32,6
Tidak Tamat SD	37,5	55,1	16,1	1,9	17,7	41,4	14,6	28,3
Tamat SD	28,5	42,2	11,9	1,5	13,2	32,3	10,4	18,6
Tamat SMP	14,8	23,1	6,7	0,7	7,4	24,1	9,0	12,1
Tamat SMA	13,7	21,5	5,2	0,3	5,5	22,1	6,4	7,9
PT	18,7	26,3	8,3	1,0	9,3	29,3	11,7	20,4
Pekerjaan								
Tidak Kerja	23,6	32,9	13,7	1,5	14,9	32,6	14,4	22,5
Sekolah	2,6	4,3	1,6	0,1	1,6	11,3	3,2	4,6
Ibu RT	30,0	43,6	10,9	0,9	11,7	30,1	8,1	14,7
Pegawai	18,8	28,0	9,0	0,5	9,5	31,2	9,2	10,1
Wiraswasta	21,7	31,2	8,9	0,8	9,6	28,2	10,9	16,9
Petani/Nelayan/Buruh	29,1	44,2	10,7	1,3	11,9	33,4	13,5	22,5
Lainnya	19,8	31,5	12,6	1,8	14,2	34,9	14,2	17,2
Tipe Daerah								
Perkotaan	19,1	27,6	9,7	0,7	10,4	30,5	8,5	12,4
Pedesaan	24,4	36,3	10,2	1,1	11,2	30,1	11,1	18,0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita								
Kuintil-1	22,1	34,4	9,6	0,8	10,3	27,6	9,9	14,6
Kuintil-2	22,3	33,6	9,1	1,0	10,0	27,5	10,1	17,2
Kuintil-3	23,5	34,2	10,1	1,1	11,1	30,7	10,8	18,1
Kuintil-4	24,3	34,4	10,5	0,8	11,3	31,3	13,3	18,3
Kuintil-5	23,7	34,9	10,8	1,4	12,1	33,0	8,2	15,2

Menurut karakteristik responden NAD, pada Tabel 3.5.1.2 dapat dilihat bahwa berdasarkan umur, prevalensi penyakit sendi, hipertensi, maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur responden. Menurut jenis kelamin, prevalensi penyakit sendi lebih tinggi pada wanita baik berdasarkan diagnosis maupun gejala. Sementara pola prevalensi hipertensi agak berbeda, berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah nampak antara laki-laki dan perempuan mempunyai nilai yang sama/seimbang, namun berdasarkan diagnosis maupun riwayat minum obat ditemukan lebih tinggi pada perempuan. Sedangkan pola prevalensi stroke menurut jenis kelamin nampak laki-laki lebih tinggi daripada perempuan.

Pada Tabel 3.5.1.2 ini dapat dilihat bahwa pola prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah. Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi pada petani/nelayan/buruh ditemukan lebih tinggi dari jenis pekerjaan lainnya. Sedangkan untuk hipertensi dan stroke,

prevalensi ditemukan lebih tinggi pada mereka yang tidak bekerja dan pada petani, nelayan dan buruh.

Berdasarkan status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita, prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke di NAD nampak hampir sama/seimbang pada setiap kuintil.

Tabel 3.5.1.3
Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (%)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Simeulue	0,6	2,4	0,7	6,3	0,4	0,6	4,9
Aceh Singkil	4,7	5,1	1,0	3,2	0,2	0,5	0,0
Aceh Selatan	3,4	7,5	4,3	29,0	1,1	3,3	5,7
Aceh Tenggara	1,0	1,8	0,6	3,2	0,2	0,3	2,8
Aceh Timur	2,4	4,3	0,5	5,2	0,8	2,5	0,9
Aceh Tengah	2,1	5,0	1,0	28,0	0,5	1,1	8,1
Aceh Barat	8,2	13,6	10,2	21,2	1,0	1,5	0,6
Aceh Besar	3,0	5,2	1,0	17,1	0,7	0,7	1,9
Pidie	2,3	5,1	1,2	16,2	0,8	1,5	4,5
Bireuen	2,9	3,6	2,4	7,9	0,7	0,7	3,9
Aceh Utara	6,2	8,2	2,2	9,9	2,3	3,3	1,5
Aceh Barat Daya	3,9	5,4	2,4	19,3	0,2	0,2	0,8
Gayo Lues	0,7	1,3	0,9	5,6	0,4	0,4	0,0
Aceh Tamiang	1,2	2,1	0,6	8,5	0,7	1,0	2,5
Nagan Raya	1,8	2,9	3,1	19,0	2,0	3,3	0,8
Aceh Jaya	3,1	6,1	1,3	11,4	0,9	1,7	1,4
Bener Meriah	2,2	3,7	4,7	25,5	1,1	1,5	2,7
Banda Aceh	1,9	2,8	2,0	6,6	2,1	2,5	4,9
Sabang	0,7	1,3	0,3	2,3	0,7	1,0	0,0
Langsa	2,5	3,0	2,2	6,6	1,1	1,3	0,7
Lhokseumawe	2,1	2,3	1,1	8,1	1,1	1,4	0,0
Nanggroe Aceh Darussalam	3,1	4,9	2,0	12,6	1,0	1,7	2,6

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

*) 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 (D/G) di Provinsi NAD sebesar 4,9% (kisaran: 1,3-13,6%), tertinggi di Kabupaten Aceh Barat dan terendah di Gayo Lues dan Sabang. Prevalensi penyakit jantung secara umum sebesar 12,6% (kisaran 2,3-29,0%), tertinggi di Kabupaten Aceh Selatan dan terendah di Kabupaten Sabang (2,3%). Prevalensi penyakit diabetes sebesar 1,7% (kisaran 0,2-3,3%), tertinggi di Aceh Selatan dan terendah di Aceh Barat Daya. Prevalensi penyakit tumor/kanker sebesar 2,6‰ (kisaran 0‰-8,1‰) tertinggi di Aceh Tengah.

Tabel 3.5.1.4
Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor Berdasarkan**
Diagnosis Nakes Atau Gejala Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, 2007

Karakteristik	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Kelompok Umur (tahun)							
<1	1,0	1,3	0,2	4,3	0,0	0,0	0,0
1-4	1,8	2,6	0,6	4,3	0,0	0,0	0,3
5-14	1,7	2,8	0,5	3,9	0,0	0,0	1,1
15-24	2,2	3,2	0,5	6,8	0,3	1,5	2,2
25-34	2,9	4,4	1,6	12,7	0,9	1,4	2,9
35-44	3,3	5,5	3,1	18,3	1,0	2,0	5,3
45-54	4,5	7,2	4,9	24,3	2,8	3,8	3,8
55-64	6,5	10,7	5,3	29,2	3,0	4,1	6,1
65-74	9,4	15,9	7,4	34,4	4,1	4,5	3,2
75+	9,6	15,9	7,8	37,2	3,5	4,5	2,0
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	2,9	4,7	1,6	10,8	1,1	1,8	2,1
Perempuan	3,3	5,1	2,4	14,3	1,0	1,6	3,2
Pendidikan							
Tidak Sekolah	7,7	12,9	5,4	28,8	2,1	2,9	3,5
Tidak Tamat SD	3,7	6,2	2,7	16,7	1,2	1,8	2,4
Tamat SD	4,2	6,5	2,9	15,9	1,2	2,2	3,2
Tamat SMP	2,7	4,3	2,0	12,4	1,1	1,9	2,4
Tamat SMA	2,2	3,3	1,4	11,2	1,0	1,7	4,9
Tamat PT	2,9	4,4	2,0	13,5	1,9	3,1	2,4
Pekerjaan							
Tidak Kerja	5,2	8,0	8,0	13,1	15,5	0,9	4,4
Sekolah	2,1	3,1	3,1	4,6	5,2	0,6	1,7
Ibu RT	4,1	6,5	6,5	16,7	19,9	0,8	4,9
Pegawai	2,0	3,3	3,3	9,5	11,5	1,0	2,6
Wiraswasta	2,6	4,1	4,1	13,0	15,1	0,7	2,5
Petani/Nelayan/Buruh	4,4	7,3	7,3	17,6	20,2	1,0	3,3
Lainnya	2,8	4,6	4,6	14,8	16,2	0,9	5,0
Tipe Daerah							
Perkotaan	2,2	3,1	1,7	10,0	1,3	1,9	3,3
Perdesaan	3,3	5,5	2,1	13,4	0,9	1,6	2,5
Pendapatan per Kapita							
Kuintil-1	3,5	5,5	2,2	12,9	0,8	1,3	1,0
Kuintil-2	3,4	5,5	2,0	12,3	0,7	1,3	2,5
Kuintil-3	2,9	4,9	1,8	12,5	1,1	1,8	2,5
Kuintil-4	2,8	4,7	2,1	12,8	1,3	2,1	2,9
Kuintil-5	2,9	4,3	2,1	13,1	1,4	2,0	4,6

Catatan: D = Diagnosa oleh Nakes

G = Dengan gejala

D/G = Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

O = Minum obat

U = Hasil pengukuran

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

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

Penyakit asma dan jantung terdapat di semua kelompok umur, semakin meningkat usia prevalensi semakin meningkat. Diabetes mulai terdapat pada usia 15 tahun ke atas dan prevalensi meningkat sesuai dengan meningkatnya usia. Tumor mulai ditemukan ada usia 1 tahun ke atas walaupun prevalensinya sangat kecil (0,2‰) dan cenderung meningkat sesuai usia, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 55-64 tahun.

Prevalensi penyakit asma, jantung, dan tumor cenderung pada perempuan lebih tinggi dari laki-laki, sedangkan diabetes mempunyai nilai yang seimbang.

Prevalensi penyakit asma dan jantung cenderung tinggi pada pendidikan yang tidak sekolah. Prevalensi tumor/kanker tidak banyak berbeda antara tingkat pendidikan. Tingginya penyakit asma dan jantung pada yang tidak sekolah, kiranya perlu dilakukan penyuluhan pada kelompok yang tidak sekolah untuk mencegah terjadinya penyakit tersebut maupun memperlambat komplikasi.

Prevalensi asma tinggi pada kelompok yang tidak bekerja, sedangkan jantung petani/nelayan/buruh, diikuti kelompok ibu rumah tangga, prevalensi tumor tinggi pada kelompok pekerjaan lainnya dan ibu rumah tangga.

Prevalensi asma lebih tinggi di perdesaan dibanding perkotaan. Prevalensi jantung, diabetes, dan tumor cenderung lebih tinggi di perkotaan dibanding perdesaan. Penyakit asma, jantung dan diabetes prevalensinya hampir sama di semua kuintil.

Tabel 3.5.1.5
Prevalensi (%) Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofili) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jiwa	Buta warna	Glaukoma	Sumbing	Dermatitis	Rhinitis	Talasemia	Hemofili
Simeulue	0,0	7,3	26,8	0,0	143,7	36,5	0,0	0,0
Aceh Singkil	1,0	7,2	0,0	8,2	6,1	2,0	5,1	0,0
Aceh Selatan	20,7	29,2	7,5	13,2	183,2	111,6	13,2	12,2
Aceh Tenggara	0,0	9,0	0,0	1,7	8,5	0,0	0,0	0,0
Aceh Timur	0,0	17,6	40,9	0,0	53,5	27,1	29,3	29,9
Aceh Tengah	38,9	12,8	0,0	0,0	132,3	60,3	12,2	0,0
Aceh Barat	29,5	34,0	16,0	25,7	84,7	74,5	25,0	35,3
Aceh Besar	16,6	7,7	29,8	0,0	133,4	25,6	0,0	0,0
Pidie	18,1	4,5	19,7	11,0	100,1	53,9	16,0	0,0
Bireuen	28,9	2,5	0,0	0,0	121,0	26,9	0,0	0,0
Aceh Utara	30,5	19,7	10,8	23,7	113,2	48,6	45,7	0,0
Aceh Barat Daya	15,4	13,8	13,8	7,3	81,2	83,6	9,7	8,9
Gayo Lues	42,5	45,2	19,9	14,6	33,2	34,5	0,0	0,0
Aceh Tamiang	15,3	17,8	12,0	12,4	56,8	38,1	0,0	0,0
Nagan Raya	0,0	11,2	6,4	6,4	75,7	66,9	8,0	0,0
Aceh Jaya	39,9	17,1	7,1	1,4	192,6	54,2	21,4	22,8
Bener Meriah	51,0	52,8	8,1	0,0	161,1	102,1	0,0	0,0
Banda Aceh	0,0	0,0	0,0	5,8	114,0	101,0	4,9	9,9
Sabang	23,2	13,2	0,0	9,9	46,4	52,8	0,0	0,0
Langsa	24,8	17,7	8,5	0,0	54,5	31,8	9,2	0,0
Lhokseumawe	0,6	25,0	6,2	0,0	84,9	51,2	0,0	0,0
Nanggroe Aceh Darussalam	18,5	15,2	12,8	7,8	98,6	49,7	13,3	5,5

*) 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 NAD 18,5‰ (kisaran 0,0-51,0‰) tertinggi di Kabupaten Bener Meriah. Prevalensi buta warna 15,2‰ (kisaran 0,0-52,8‰) tertinggi di Kabupaten Bener Meriah, diikuti Gayo Lues dan Aceh Barat dan tidak terdapat di Banda Aceh.

Prevalensi glaukoma 12,8‰, bibir sumbing 7,8‰, thalasemia 13,3‰. Prevalensi rhinitis 49,7‰ (kisaran 0,0-111,6‰) tertinggi di Aceh Selatan, diikuti kota Bener Meriah dan Banda Aceh.

Hemofili mempunyai prevalensi 5,5‰ (kisaran 0,0-35,5‰) tertinggi di kabupaten Aceh Barat.

Prevalensi dermatitis 98,6‰ (kisaran 6,1‰-192,6‰) tertinggi di Aceh Jaya diikuti Aceh Selatan dan Bener Meriah.

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 5/6 yang berarti apabila responden menjawab minimal 6 atau lebih jawaban “ya”, maka responden tersebut diindikasikan mengalami gangguan mental emosional. Nilai batas pisah tersebut sesuai penelitian uji validitas yang pernah dilakukan (Hartono, Badan Litbangkes, 1995).

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

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

Tabel 3.5.2.1
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk
Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)*
Menurut Kabupaten /Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional (%)
Simeulue	14,1
Aceh Singkil	8,9
Aceh Selatan	32,1
Aceh Tenggara	8,1
Aceh Timur	10,2
Aceh Tengah	29,6
Aceh Barat	6,7
Aceh Besar	12,9
Pidie	16,1
Bireuen	13,7
Aceh Utara	17,4
Aceh Barat Daya	11,2
Gayo Lues	7,2
Aceh Tamiang	8,4
Nagan Raya	19,1
Aceh Jaya	13,6
Bener Meriah	25,6
Banda Aceh	8,4
Sabang	4,9
Langsa	6,4
Lhokseumawe	5,7
Nanggroe Aceh Darussalam	14,1

*) Nilai Batas Pisah (*Cut off Point*) ≥ 6

Dari tabel di atas terlihat prevalensi Gangguan Mental Emosional di NAD 14,1%, dengan prevalensi berkisar antara 4,8-32,1%, lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional (11,6%). Di antara kabupaten/kota, prevalensi tertinggi di Kabupaten Aceh Selatan (32,1%)

Tabel 3.5.2.1
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun
Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Gangguan Mental Emosional (%)
Umur (Tahun)	
15-24	8,1
25-34	9,9
35-44	12,1
45-54	17,6
55-64	25,2
65-74	36,5
75+	48,0
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	11,5
Perempuan	16,4
Pendidikan	
Tidak Sekolah	33,6
Tidak Tamat SD	21,5
Tamat SD	15,8
Tamat SMP	10,5
Tamat SMA	8,3
Tamat PT	9,7
Pekerjaan	
Tidak Kerja	23,1
Sekolah	7,4
Ibu RT	14,6
Pegawai	6,7
Wiraswasta	10,8
Petani/Nelayan/Buruh	17,2
Lainnya	13,7
Tipe Daerah	
Perkotaan	8,7
Perdesaan	15,8
Pendapatan per Kapita	
Kuintil-1	14,5
Kuintil-2	14,3
Kuintil-3	13,9
Kuintil-4	13,9
Kuintil-5	14,1

*) 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, tinggal di desa, namun hampir sama pada tingkat pengeluaran perkapita rumah tangga. Keterbatasan SRQ hanya dapat mengungkap gangguan mental emosional atau distres emosional sesaat. Individu yang dengan alat ukur ini dinyatakan mengalami gangguan mental emosional akan lebih baik dilanjutkan dengan wawancara psikiatri dengan dokter spesialis jiwa untuk menentukan ada tidaknya gangguan jiwa yang sesungguhnya serta jenis gangguan jiwa nya.

3.5.3 Penyakit Mata

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

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus pada responden berusia enam tahun ke atas. Prevalensi katarak dihitung berdasarkan jawaban responden berusia 30 tahun ke atas sesuai empat butir pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner individu. Notasi D pada tabel 3.66 dan 3.67 adalah Persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir, sedangkan DG adalah Persentase D ditambah Persentase responden yang mempunyai gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau), tetapi tidak pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Persentase riwayat operasi katarak didapatkan dari responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak dan pernah menjalani operasi katarak dalam 12 bulan terakhir.

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

Tabel 3.5.3.1

Sebaran Penduduk Usia 6 Tahun ke Atas Menurut *Low Vision* dan Kebutuhan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	<i>Low Vision</i> (%)*	Kebutaan (%)**
Simeulue	0,5	0,8
Aceh Singkil	0,0	0,2
Aceh Selatan	5,8	1,1
Aceh Tenggara	2,5	0,1
Aceh Timur	33,7	9,0
Aceh Tengah	2,0	0,2
Aceh Barat	1,8	0,0
Aceh Besar	2,3	0,0
Pidie	6,6	0,8
Bireuen	2,2	0,4
Aceh Utara	4,8	0,5
Aceh Barat Daya	0,6	0,3
Gayo Lues	10,7	1,3
Aceh Tamiang	2,8	0,5
Nagan Raya	4,9	0,2
Aceh Jaya	5,2	0,4
Bener Meriah	3,3	0,1
Banda Aceh	0,7	0,2
Sabang	4,2	0,1
Langsa	2,8	0,5
Lhokseumawe	1,8	0,1
Nanggroe Aceh Darussalam	5,2	0,9

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

**) Kisaran visus: $< 3/60$

Persentase *low vision* di Provinsi NAD berkisar antara 0,0% (Aceh Singkil) sampai 33,7% (Aceh Timur), sedangkan Persentase kebutaan berkisar 0,0% (Aceh Barat dan Aceh besar) sampai 1,3% (Gayo Lues). Dibandingkan dengan Persentase *low vision* di tingkat provinsi, 4 dari 21 kabupaten yang ada masih memiliki Persentase lebih tinggi. Persentase kebutaan tingkat provinsi sebesar 0,9%, sama dengan Persentase tingkat nasional (0,9%) dan terdapat 3 kabupaten yang menunjukkan Persentase lebih tinggi dibanding Persentase tingkat provinsi.

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 Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesmas 2007

Karakteristik	<i>Low Vision</i> (%)*	Kebutaan (%)**
Kelompok Umur (Tahun)		
5-14	2,7	0,5
15-24	3,0	0,1
25-34	2,8	0,2
35-44	4,3	0,6
45-54	7,1	1,6
55-64	14,0	3,4
65-74	24,5	5,7
75+	34,8	8,9
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	4,8	0,8
Perempuan	5,5	1,0
Tingkat Pendidikan		
Tidak Sekolah	18,8	4,8
Tidak Tamat SD	7,9	1,6
Tamat SD	4,8	0,7
Tamat SMP	3,8	0,4
Tamat SMA	2,7	0,3
Tamat PT	3,7	0,3
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	9,9	2,0
Sekolah	2,6	0,2
Mengurus RT	5,1	1,1
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	3,3	0,3
Wiraswasta	4,4	0,4
Petani/Nelayan/Buruh	7,5	1,5
Lainnya	6,1	1,5
Tipe Daerah		
Perkotaan	3,1	0,6
Perdesaan	5,8	1,0
Kuintil		
Kuintil-1	4,1	0,7
Kuintil-2	5,2	0,8
Kuintil-3	5,6	1,0
Kuintil-4	5,3	0,9
Kuintil-5	5,8	1,3

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

**) Kisaran visus: $< 3/60$

Tabel ini memperlihatkan bahwa Persentase *low vision* makin meningkat sesuai pertambahan usia dan meningkat tajam pada kisaran usia 45 tahun ke atas, sedangkan Persentase kebutaan meningkat tajam pada golongan usia 55 tahun ke atas. Dalam tabel yang sama tampak pula bahwa Persentase *low vision* dan kebutaan pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki, Persentase *low vision* dan kebutaan pada penduduk berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi Persentasenya, sementara itu sebaran terbesar juga berada pada kelompok penduduk yang tidak bekerja.

Persentase *low vision* dan kebutaan 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.

Tabel 3.5.3.3
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	D* (%)	DG** (%)
Simeulue	1,7	18,5
Aceh Singkil	0,7	25,8
Aceh Selatan	2,9	54,5
Aceh Tenggara	3,7	17,3
Aceh Timur	1,5	15,2
Aceh Tengah	1,4	37,1
Aceh Barat	4,8	30,8
Aceh Besar	2,4	32,1
Pidie	4,3	43,2
Bireuen	4,9	22,5
Aceh Utara	6,2	21,1
Aceh Barat Daya	1,6	42,6
Gayo Lues	2,5	17,6
Aceh Tamiang	1,0	21,8
Nagan Raya	5,0	20,6
Aceh Jaya	4,8	26,5
Bener Meriah	4,5	27,2
Banda Aceh	2,7	15,3
Sabang	1,0	5,8
Langsa	2,5	25,4
Lhokseumawe	8,1	15,0
Nanggroe Aceh Darussalam	3,4	26,1

*) D = Persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir.

**) DG= Persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan atau mempunyai gejala penglihatan berkabut dan silau dalam 12 bulan terakhir.

Secara keseluruhan, tabel ini memperlihatkan bahwa Persentase penduduk usia 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis katarak dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) dalam 12 bulan terakhir sebesar 23,5%. Sedangkan yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan hanya 3,4%. Persentase diagnosis oleh nakes terendah ditemukan di Aceh Singkil (0,7%) dan yang tertinggi adalah di Lhoksemauwe (8,1%). Meskipun demikian, Persentase katarak yang

didiagnosis di Provinsi NAD lebih tinggi dibandingkan Persentase tingkat nasional (1,8%).

Tabel 3.5.3.4
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesmas 2007

Karakteristik	D (%)	DG (%)
Kelompok Umur (Tahun)		
30-34	1,3	6,8
35-44	1,5	13,4
45-54	2,8	31,4
55-64	6,1	48,6
65-74	10,9	59,6
75+	13,1	71,1
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	3,2	23,7
Perempuan	3,6	28,4
Lama Pendidikan		
≤6 Tahun	4,4	34,5
7-12 Tahun	2,1	15,5
>12 Tahun	2,3	18,4
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	9,4	55,5
Sekolah	3,5	37,2
Mengurus RT	3,1	24,4
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	3,0	15,9
Wiraswasta	2,8	20,7
Petani/Nelayan/Buruh	2,8	26,9
Lainnya	3,2	26,0
Tipe Daerah		
Perkotaan	3,4	20,5
Perdesaan	3,4	27,9
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	3,2	26,4
Kuintil-2	3,1	26,0
Kuintil-3	3,1	24,6
Kuintil-4	3,6	26,8
Kuintil-5	3,8	26,3

Tabel 3.5.3.4 menunjukkan bahwa Persentase diagnosis katarak oleh nakes meningkat sesuai pertambahan usia, cenderung lebih besar pada perempuan (3,6%) dan sama antara di daerah perkotaan dan perdesaan (3,4%). 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.

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.

Tabel 3.5.3.5
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Operasi Katarak (%)	Pakai Kacamata Pasca Operasi (%)
Simeulue	10,0	0,0
Aceh Singkil	25,0	100,0
Aceh Selatan	15,4	75,0
Aceh Tenggara	11,5	66,7
Aceh Timur	21,4	0,0
Aceh Tengah	20,0	0,0
Aceh Barat	21,7	60,0
Aceh Besar	10,0	100,0
Pidie	19,4	14,3
Bireuen	4,9	100,0
Aceh Utara	6,9	50,0
Aceh Barat Daya	20,0	33,3
Gayo Lues	5,6	100,0
Aceh Tamiang	11,1	100,0
Nagan Raya	4,8	100,0
Aceh Jaya	15,4	50,0
Bener Meriah	7,4	50,0
Banda Aceh	47,1	100,0
Sabang	16,7	100,0
Langsa	19,0	50,0
Lhokseumawe	5,4	0,0
Nanggroe Aceh Darussalam	12,7	54,9

Catatan: *) Responden yang pernah didiagnosis Katarak oleh nakes

Pada Tabel ini memperlihatkan Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 12,7% dengan kisaran terendah adalah di Kabupaten Bireun (4,9%) dan tertinggi di Banda Aceh (47,1%). Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di tingkat provinsi adalah sebesar 54,9% dengan kisaran terendah adalah di Kabupaten Simeulue, Aceh Tengah, Aceh Timur dan Lhokseumawe (0,0%), dan tertinggi di Kabupaten Aceh singkil, Aceh Besar, Gayo Lues, Bireun, Aceh Tamiang, Nagan raya, Banda Aceh dan Sabang (100%). Pemberian kacamata operasi bertujuan mengoptimalkan tajam penglihatan jarak jauh maupun jarak dekat pasca operasi katarak, sehingga tidak semua penderita pasca operasi merasa memerlukan kacamata untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Persentase operasi katarak tertinggi di Banda Aceh diikuti dengan pemberian kacamata pada sejumlah 100% penderita pasca operasi.

Tabel 3.5.3.6
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak yang Pernah
Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi ,Menurut
Karakteristik Responden, di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Operasi Katarak (%)	Pakai Kacamata Pasca Operasi (%)
Kelompok Umur (Tahun)		
30-34	2,4	0,0
35-44	6,2	60,0
45-54	11,8	30,8
55-64	13,1	61,1
65-74	20,5	57,7
75+	12,9	75,0
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	12,5	53,1
Perempuan	12,9	56,4
Lama Pendidikan		
≤6 Tahun	12,1	47,9
7-12 Tahun	13,8	61,1
>12 Tahun	15,6	100,0
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	14,4	53,3
Sekolah	33,3	100,0
Mengurus Rt	15,1	47,4
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	18,8	77,8
Wiraswasta	16,5	69,2
Petani/Nelayan/Buruh	6,1	18,2
Lainnya	16,7	100,0
Tipe Daerah		
Perkotaan	23,0	62,5
Perdesaan	9,3	48,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	11,1	60,0
Kuintil-2	12,6	33,3
Kuintil-3	7,1	42,9
Kuintil-4	14,5	55,6
Kuintil-5	16,3	66,7

Catatan: *) Responden yang pernah didiagnosis katarak oleh nakes

Tabel 3.5.3.6 Sebaran penduduk yang mengalami operasi katarak menurut karakteristik, semakin tinggi umur kecenderungan mengalami operasi katarak lebih besar, tapi menurun pada kelompok umur di atas 75 tahun. Antara laki-laki dan perempuan mempunyai angka yang sebanding dalam menjalani operasi katarak. Persentase operasi katarak lebih besar pada kelompok penduduk dengan latar pendidikan di atas 12 tahun, lebih besar pada kelompok KK yang sekolah dan pegawai, dan lebih besar di daerah perkotaan. Hal ini mungkin berkaitan dengan kemudahan akses ke sarana kesehatan yang mempunyai alat operasi di perkotaan pada umumnya lebih mudah dibanding di perdesaan. Menurut tingkat ekonomi semakin tinggi tingkat ekonomi semakin berpeluang untuk operasi katarak, namun pada kuintil-3 terjadi penurunan dan meningkat kembali sampai kuintil-5.

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*) $\leq 2\%$; penduduk umur 65 tahun ke atas masih mempunyai gigi berfungsi sebesar 75% dan penduduk tanpa gigi $\leq 5\%$.

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

Tabel 3.5.4.1
Langkah Program Indikator Terkait Penilaian Keberhasilan Program dan Pencapaian Target Gigi Sehat 2010

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

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

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

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

Tabel 3.5.4.2 menggambarkan prevalensi penduduk dengan masalah gigi-mulut dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi dalam 12 bulan terakhir menurut provinsi.

Tabel 3.5.4.2
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Bermasalah Gigi-mulut	Menerima Perawatan Dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
Simeulue	27,5	39,8	0,2
Aceh Singkil	24,5	18,8	0,6
Aceh Selatan	43,5	29,6	1,6
Aceh Tenggara	12,8	23,3	0,2
Aceh Timur	17,7	24,2	0,5
Aceh Tengah	34,6	30,2	1,1
Aceh Barat	39,4	39,1	0,7
Aceh Besar	36,1	55,4	3,1
Pidie	26,9	45,7	3,7
Bireuen	39,6	49,4	1,1
Aceh Utara	32,1	54,1	1,8
Aceh Barat Daya	31,4	51,7	0,5
Gayo Lues	38,5	13,8	0,7
Aceh Tamiang	28,1	24,3	0,8
Nagan Raya	23,3	56,5	0,2
Aceh Jaya	40,4	64,7	2,7
Bener Meriah	44,7	48,1	3,8
Banda Aceh	29,6	50,8	1,7
Sabang	21,5	83,1	2,3
Langsa	26,2	65,9	0,8
Lhokseumawe	19,9	67,1	0,6
Nanggroe Aceh Darussalam	30,5	44,5	1,5

Termasuk Tenaga Medis Gigi: Perawat Gigi, Dokter Gigi, atau Dokter Spesialis Kesehatan Gigi dan Mulut

Secara umum penduduk yang bemasalah dengan gigi dan mulut di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam sebesar 30,5% dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi sebesar 44,5%. Kabupaten yang tertinggi dengan masalah gigi dan mulut adalah Bener Meriah 44,7% dan terendah kabupaten Aceh Tenggara 12,8%. Sedangkan Kabupaten tertinggi yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi adalah Lhoksemauwe (67,1%) dan terendah Gayo Lues 13,8%.

Tabel 3.5.4.3
Sebaran Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Bermasalah Gimul	Menerima Perawatan Dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
Kelompok Umur	0,8	25,0	0,0
<1	6,1	43,4	0,0
1-4	25,3	41,9	0,0
5-9	25,0	41,1	0,0
10-14	25,0	42,3	0,0
15-24	34,0	45,5	0,0
25-34	41,5	48,4	0,3
35-44	47,4	47,9	1,7
45-54	42,8	44,7	7,6
55-64	36,5	35,5	20,9
65+	30,5	44,5	1,5
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	29,8	43,3	1,4
Perempuan	31,2	45,7	1,7
Tipe Daerah			
Perkotaan	27,2	54,7	1,2
Perdesaan	31,6	41,8	1,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	30,2	39,0	1,0
Kuintil-2	30,5	40,5	1,4
Kuintil-3	30,8	43,1	1,4
Kuintil-4	30,6	46,3	1,7
Kuintil-5	32,2	53,3	2,1

Menurut karakteristik kelompok umur terlihat bahwa sebaran penduduk yang bermasalah dengan gigi dan mulut terus meningkat mulai di atas 5 tahun dan tertinggi pada usia antara usia 35-44 tahun namun semakin turun di atas usia 44 tahun. Tidak ada perbedaan antara jenis kelamin, tempat tinggal dan tingkat pengeluaran perkapita terhadap masalah gigi mulut, namun dalam hal perawatan terlihat bahwa di perkotaan persentase lebih tinggi bila dibandingkan di perdesaan. Semakin tinggi tingkat ekonomi semakin semakin tinggi menerima perawatan dari tenaga medis gigi.

Tabel 3.5.4.4
Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi
Menurut Jenis Perawatan Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambalan / Pencabutan/ Bedah Gigi	Pemasangan Protesa/ Bridge	Konseling Perawatan/ Kebersihan Gigi	Lainnya
Simeulue	93,3	12,2	5,6	12,2	1,1
Aceh Singkil	84,4	44,4	4,4	17,8	0,0
Aceh Selatan	95,2	14,3	1,5	13,9	0,7
Aceh Tenggara	84,9	24,5	1,9	13,2	0,0
Aceh Timur	83,9	19,7	8,8	11,8	0,0
Aceh Tengah	97,2	35,0	3,3	11,7	0,0
Aceh Barat	91,6	35,6	2,1	10,5	0,4
Aceh Besar	96,3	42,7	3,2	16,3	0,0
Pidie	96,4	16,7	9,2	9,4	0,0
Bireuen	96,5	37,1	2,3	7,2	0,4
Aceh Utara	95,3	39,5	4,9	8,8	0,0
Aceh Barat Daya	98,0	7,5	2,5	3,0	0,5
Gayo Lues	80,0	7,5	0,0	47,5	0,0
Aceh Tamiang	93,3	31,3	9,7	18,2	0,0
Nagan Raya	95,2	44,5	6,7	18,8	0,0
Aceh Jaya	97,3	15,3	3,3	4,4	0,5
Bener Meriah	95,8	27,9	8,3	19,2	0,0
Banda Aceh	91,0	55,4	9,0	40,7	0,9
Sabang	92,6	55,6	3,7	3,8	0,0
Langsa	95,9	33,2	4,5	12,7	0,0
Lhokseumawe	90,1	33,3	3,3	9,9	0,5
Nanggroe Aceh Darussalam	94,6	32,9	4,8	13,2	0,5

Terdapat empat jenis perawatan gigi yang diterima penduduk dan secara umum yang tertinggi adalah pengobatan (94,6%) dan penambalan/pencabutan/bedah gigi (32,9%). Kabupaten tertinggi dalam hal pengobatan adalah Aceh Barat Daya (98,0%) dan terendah Kabupaten Gayo Lues (80,0%). Sedangkan dalam hal penambalan/pencabutan/bedah gigi tertinggi pada kabupaten Sabang (55,6%) dan terendah Aceh Barat Daya dan Gayo Lues (7,5%).

Tabel 3.5.4.5
Persentase Jenis Perawatan Yang Diterima Penduduk
untuk Masalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah Gigi	Pemasangan Gigi Palsu Lepasan/ Gigi Palsu Cekat	Konseling Perawatan/ Kebersihan Gigi	Lainnya
Kelompok Umur (Tahun)					
<1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-4	90,7	10,5	0,0	5,8	0,0
5-9	93,6	20,7	1,2	10,5	0,2
12-14	92,7	23,7	2,4	12,0	0,4
15-24	95,2	27,3	1,6	13,8	0,0
25-34	96,2	30,9	2,6	13,9	0,2
35-44	95,5	38,4	6,9	15,5	0,5
45-54	94,1	38,4	8,7	13,0	0,0
55-64	93,0	43,2	7,9	13,6	0,5
65 +	92,9	46,9	10,1	8,4	0,0
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	95,0	33,6	4,6	13,7	0,2
Perempuan	94,3	32,2	5,0	12,8	0,2
Tipe Daerah					
Perkotaan	93,5	43,6	7,0	21,6	0,3
Perdesaan	95,0	29,1	4,1	10,2	0,2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	94,7	24,2	3,5	11,3	0,3
Kuintil-2	94,6	27,7	3,7	12,6	0,2
Kuintil-3	94,0	31,2	5,0	12,0	0,3
Kuintil-4	96,0	35,3	3,9	12,8	0,4
Kuintil-5	94,3	41,4	6,9	16,4	0,0

Menurut karakteristik responden, pada setiap kelompok umur, jenis kelamin, Tempat Tinggal dan Tingkat Pengeluaran Perkapita, tidak terlihat perbedaan dalam hal menerima pengobatan. Sedangkan pada jenis perawatan penambalan/pencabutan/bedah gigi semakin tinggi kelompok umur, semakin tinggi tingkat ekonomi, terlihat makin tinggi dalam menerima perawatan gigi.

Tabel 3.5.4.6
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Menggosok Gigi Setiap Hari	Mengosok Gigi Setiap Hari				
		Saat Mandi Pagi dan/ atau Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lainnya
Simeulue	86,9	92,8	6,0	15,1	10,6	1,1
Aceh Singki	56,0	97,5	3,2	4,9	8,6	0,2
Aceh Selatan	87,8	88,9	11,8	30,0	20,2	0,5
Aceh Tenggara	89,9	69,1	2,8	51,0	10,1	0,5
Aceh Timur	88,6	93,3	22,4	22,1	17,5	1,6
Aceh Tengah	82,1	77,4	10,8	54,4	27,8	1,0
Aceh Barat	81,8	92,0	6,1	17,5	6,9	0,3
Aceh Besar	89,0	97,5	5,9	5,5	29,3	0,7
Pidie	78,7	82,7	4,2	18,0	18,0	2,4
Bireuen	91,1	86,0	5,1	11,3	21,4	6,2
Aceh Utara	86,1	87,2	13,7	28,0	11,2	4,4
Aceh Barat Daya	90,6	93,7	4,7	20,8	7,2	0,8
Gayo Lues	90,8	82,7	18,7	51,0	14,0	1,7
Aceh Tamiang	95,7	94,8	9,0	40,4	16,0	1,8
Nagan Raya	88,3	96,1	35,2	39,1	28,3	3,0
Aceh Jaya	82,3	86,7	7,2	12,5	10,0	4,0
Bener Meriah	89,0	84,0	13,5	60,3	20,6	0,4
Banda Aceh	97,6	85,8	6,8	27,5	64,3	1,3
Sabang	95,8	88,5	8,4	21,7	27,4	0,4
Langsa	95,9	94,0	4,9	30,7	15,7	0,6
Lhokseumawe	89,8	94,2	7,9	47,6	24,3	0,8
Nanggroe Aceh Darussalam	87,6	88,6	10,0	27,3	20,6	2,1

Pada tabel ini terlihat sebaran penduduk berumur 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal menyikat gigi secara umum di provinsi NAD sangat kecil yaitu 4,9 %, perbedaan ini sangat tinggi bila dibandingkan dengan yang menggosok gigi setiap hari (87,6%). Kabupaten tertinggi yang benar dalam menggosok gigi adalah nagan Raya 20,5% dan terendah Aceh Singkil 0,6%

Tabel 3.5.4.7
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas
yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi
Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesmas 2007

Karakteristik	Menggosok Gigi Setiap Hari	Menggosok Gigi Setiap Hari				
		Saat Mandi Pagi dan/ atau Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lainnya
Kelompok Umur						
10-14	90,3	86,1	9,6	27,4	17,0	1,9
15-24	96,3	90,5	10,6	27,8	25,8	2,0
25-34	94,8	90,6	10,5	27,1	22,1	1,5
35-44	91,3	88,5	9,4	27,8	19,2	2,4
45-54	82,5	87,2	9,1	27,5	17,5	2,6
55-64	66,8	85,8	9,3	23,9	15,5	2,6
65+	41,6	78,6	11,2	26,2	10,3	5,0
Jenis Kelamin						
Laki-Laki	87,9	87,9	9,1	27,3	18,2	2,0
Perempuan	87,3	89,3	10,8	27,3	22,8	2,2
Tipe Daerah						
Perkotaan	95,2	91,3	8,6	30,1	35,6	2,4
Perdesaan	85,1	87,6	10,5	26,3	15,3	2,0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita						
Kuintil-1	86,0	85,7	9,1	27,6	15,0	1,8
Kuintil-2	86,3	87,9	10,0	27,6	17,5	2,1
Kuintil-3	86,8	88,4	9,9	26,1	19,7	2,6
Kuintil-4	88,1	88,3	10,3	29,0	22,0	2,2
Kuintil-5	90,1	91,9	10,8	25,7	27,7	1,8

Perilaku penduduk dalam menggosok gigi menunjukkan variasi menurut karakteristik responden. Secara umum terdapat kecenderungan penurunan persentase waktu menggosok gigi seiring dengan dengan peningkatan umur, terutama mulai umur 15 tahun ke atas. Persentase penduduk menggosok gigi saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki, terutama di perkotaan. Begitu pula menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, persentase penduduk menggosok gigi saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.5.4.8
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas
yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Berperilaku Benar Menggosok Gigi	
	Ya	Tidak
Simeulue	2,8	97,2
Aceh Singkil	0,6	99,4
Aceh Selatan	5,2	94,8
Aceh Tenggara	1,0	99,0
Aceh Timur	12,4	87,6
Aceh Tengah	5,4	94,6
Aceh Barat	1,8	98,2
Aceh Besar	3,4	96,6
Pidie	1,7	98,3
Bireuen	2,3	97,7
Aceh Utara	6,4	93,6
Aceh Barat Daya	1,7	98,3
Gayo Lues	2,5	97,5
Aceh Tamiang	5,1	94,9
Nagan Raya	20,5	79,5
Aceh Jaya	3,5	96,5
Bener Meriah	5,9	94,1
Banda Aceh	5,5	94,5
Sabang	5,5	94,5
Langsa	2,5	97,5
Lhokseumawe	3,1	96,9
Nanggroe Aceh Darussalam	4,9	95,1

Pada Tabel 3.5.4.8 disajikan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam menggosok gigi. Dikategorikan berperilaku benar dalam menggosok gigi bila seseorang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari dengan cara yang benar, yaitu dilakukan pada saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Tampak persentase penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi masih sangat rendah, yaitu 4,9%. Provinsi dengan persentase penduduk tertinggi dalam berperilaku benar menggosok gigi adalah Nagan Raya (20,5%), dan terendah di Aceh Singkil (0,6%) dan Aceh Tenggara (1,0%).

Tabel 3.5.4.9
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas
yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Karakteristik Responden,
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Berperilaku Benar Menyikat Gigi	
	Ya	Tidak
Kelompok Umur (Tahun)		
10-14	4,7	95,3
15-24	6,1	93,9
25-34	5,8	94,2
35-44	4,8	95,2
45-54	3,4	96,6
55-64	3,3	96,7
65+	2,2	97,8
Jenis Kelamin		
Laki-laki	4,4	95,6
Perempuan	5,4	94,6
Tipe Daerah		
Perkotaan	5,8	94,2
Perdesaan	4,6	95,4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	4,0	96,0
Kuintil-2	4,3	95,7
Kuintil-3	4,4	95,6
Kuintil-4	5,6	94,4
Kuintil-5	6,3	93,7

Catatan: Berperilaku benar menyikat gigi adalah orang yang menyikat gigi setiap hari dengan cara yang benar (sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam).

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

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

Tabel 3.5.4.10
Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	Index DMF-T (X)
Simeulue	1,9	3,1	0,0	5,0
Aceh Singkil	1,5	2,4	0,0	4,0
Aceh Selatan	0,8	4,0	0,0	4,9
Aceh Tenggara	0,6	2,4	0,0	3,1
Aceh Timur	0,8	1,3	0,0	2,1
Aceh Tengah	1,3	3,9	0,0	5,3
Aceh Barat	1,4	3,4	0,1	4,9
Aceh Besar	0,9	3,4	0,0	4,3
Pidie	0,7	5,0	0,0	5,8
Bireuen	1,2	3,7	0,0	5,0
Aceh Utara	0,6	2,9	0,0	3,7
Aceh Barat Daya	1,7	2,7	0,1	4,5
Gayo Lues	0,9	1,9	0,0	2,9
Aceh Tamiang	1,1	3,3	0,0	4,5
Nagan Raya	1,0	1,3	0,0	2,5
Aceh Jaya	1,5	4,1	0,0	5,7
Bener Meriah	1,8	4,6	0,0	6,4
Banda Aceh	1,0	3,0	0,0	4,1
Sabang	0,6	4,4	0,1	5,3
Langsa	0,5	2,6	0,0	3,2
Lhokseumawe	0,7	2,3	0,0	3,1
Nanggroe Aceh Darussalam	1,0	3,2	0,0	4,2

Membandingkan tingkat keparahan gigi (Index DMF-T) antar Kabupaten, terdapat 12 dari 21 Kabupaten memiliki tingkat keparahan di atas rata-rata (4,2), dengan indeks (tingkat keparahan) tertinggi di Kabupaten Bener Meriah (6,4) dan terendah di kabupaten Aceh Timur (2,1).

Tabel 3.5.4.11
Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Karakteristik Responden,
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	Index DMF-T
Kelompok Umur (Tahun)				
12	0,4	0,2	0,0	0,7
15	0,4	0,1	0,0	0,6
18	0,6	0,2	0,0	0,9
35-44	1,3	2,5	0,0	3,9
65+	0,9	16,8	0,0	17,7
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	1,0	3,1	0,0	4,1
Perempuan	1,0	3,3	0,0	4,3
Tipe Daerah				
Perkotaan	0,8	2,7	0,0	3,7
Perdesaan	1,0	3,3	0,0	4,4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	1,0	2,8	0,0	3,9
Kuintil-2	1,0	3,1	0,0	4,2
Kuintil-3	1,0	3,1	0,0	4,2
Kuintil-4	1,0	3,2	0,0	4,3
Kuintil-5	0,9	3,6	0,0	4,6

D-T : Rata2 Jumlah Gigi Berlubang Per Orang
M-T : Rata2 Jumlah Gigi Dicabut/Indikasi Pencabutan
F-T : Rata2 Jumlah Gigi Ditumpat
Dmf-T : Rata2 Jumlah Kerusakan Gigi Per Orang (Baik Yg Masih Berupa Decay, Dicabut Maupun Ditumpat)

Indeks DMF-T meningkat tajam pada golongan umur 35-44 dibanding pada umur 18 tahun dan hampir 5 kali lebih tinggi pada umur 65 tahun ke atas dibanding pada kelompok umur 35-44 tahun. Indeks DMF-T juga cenderung hampir seimbang pada perempuan dan laki-laki, namun lebih tinggi di perdesaan. Keadaan ini mungkin berkaitan dengan fakta bahwa meskipun sebagian besar penduduk berperilaku menyikat gigi setiap hari, tetapi sebagian besar tidak melakukannya secara benar, juga berkaitan dengan perilaku menyikat gigi setiap hari yang ditemukan cenderung lebih tinggi di perkotaan dan pada laki-laki.

Tabel 3.5.4.12
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies Menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Karies Aktif	Pengalaman Karies
Simeulue	64,4	78,8
Aceh Singkil	51,9	63,1
Aceh Selatan	40,2	68,9
Aceh Tenggara	37,5	64,4
Aceh Timur	35,7	47,5
Aceh Tengah	51,1	68,7
Aceh Barat	54,7	72,2
Aceh Besar	48,2	68,9
Pidie	27,4	59,1
Bireuen	40,5	64,8
Aceh Utara	29,4	52,5
Aceh Barat Daya	65,5	84,0
Gayo Lues	43,1	62,4
Aceh Tamiang	45,1	65,4
Nagan Raya	43,0	50,1
Aceh Jaya	55,7	76,1
Bener Meriah	54,7	74,3
Banda Aceh	46,1	70,0
Sabang	34,1	70,4
Langsa	26,5	54,1
Lhokseumawe	36,4	59,5
Nanggroe Aceh Darussalam	41,0	62,9

Catatan:

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

Secara umum prevalensi karies aktif di Provinsi NAD sebesar 41,0%, terdapat 12 kabupaten dari 21 kabupaten dengan prevalensi karies aktif di atas rata-rata. Persentase karies aktif tertinggi ditemukan di Aceh Barat Daya 65,5%, diikuti Simeulue 64,4%, Aceh Jaya 55,7%.

Tabel 3.5.4.13
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesmas 2007

Karakteristik	Karies Aktif	Pengalaman Karies
Kelompok Umur (Tahun)		
12	24,7	31,6
15	27,0	31,4
18	32,4	41,1
35-44	51,0	75,2
65 +	28,0	91,7
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	41,2	62,4
Perempuan	40,9	63,3
Tipe Daerah		
Perkotaan	39,5	62,2
Perdesaan	41,5	63,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	57,7	61,5
Kuintil-2	59,0	62,1
Kuintil-3	58,8	62,9
Kuintil-4	59,1	63,0
Kuintil-5	59,1	65,8

Catatan:

Tanpa Karies = orang yang memiliki memiliki D=0

Orang dengan Karies Aktif = orang yang memiliki D>0 atau Karies Yang Belum Tertangani)

Orang dengan Pengalaman Karies = orang yang memiliki memiliki DMFT >0

Orang tanpa Pengalaman Karies = orang yang memiliki memiliki DMFT =0

Sebesar 59,1% penduduk umur 12 tahun ke atas, mengalami karies pada giginya yang belum ditangani/karies aktif untreated, pada laki-laki 41,2 % dan pada perempuan 40,9%, di perkotaan 39,5 dan diperdesaan 41,5%. Prevalensi karies aktif meningkat dengan bertambahnya umur dan mencapai 51,0% pada golongan umur 35-44 tahun kemudian menurun lagi menjadi 28,0% pada umur 65 tahun ke atas. Prevalensi penduduk yang pernah mengalami karies terendah pada Kuintil-1 (61,5%) dan tertinggi 65,8% pada Kuintil-5.

Tabel 3.5.4.14
Required Treatment Index (RTI) dan Perform Treatment Index (PTI) Menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RTI = (D/DMF-T)x100%	PTI = (F/DMF-T)x100%	(M/DMF-T)x100%
Aceh Singkil	38,7	0,2	61,2
Aceh Selatan	17,0	0,2	82,3
Aceh Tenggara	20,0	0,3	79,8
Aceh Timur	37,9	1,6	60,3
Aceh Tengah	25,3	0,5	74,4
Aceh Barat	28,4	2,6	68,9
Aceh Besar	21,8	1,3	78,0
Pidie	13,6	0,3	86,4
Bireuen	25,0	1,5	74,0
Aceh Utara	18,3	1,6	78,8
Aceh Barat Daya	37,4	2,6	60,4
Gayo Lues	32,5	0,6	68,3
Aceh Tamiang	25,3	0,8	73,6
Nagan Raya	42,7	1,4	55,0
Aceh Jaya	27,2	0,7	72,6
Bener Meriah	28,5	0,4	71,1
Banda Aceh	24,8	1,4	72,9
Sabang	11,9	1,9	83,9
Langsa	17,8	0,7	81,3
Lhokseumawe	24,2	1,3	73,9
Nanggroe Aceh Darussalam	23,9	1,1	75,0

Secara umum di Provinsi NAD rata-rata Required Treatment Index (RTI) sebesar 23,9%. Terdapat 13 Kabupaten dengan nilai di atas rata-rata. Kabupaten tertinggi adalah Nagan Raya 42,7% dan terendah pada kabupaten Sabang 11,9%. Nilai Perform Treatment Index (PTI) sangat rendah di seluruh Kabupaten yaitu meliputi 0,2% sampai 2,6%.

Tabel 3.5.4.15
Required Treatment Index (RTI Dan Perform Treatment Index (PTI) Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesmas 2007

Karakteristik	RTI = (D/DMF-T)X100%	PTI = (F/DMFT)X100%	(M/DMF-T)X100%
Kelompok Umur (Tahun)			
12	64,4	0,8	30,4
15	69,1	2,8	25,1
18	66,7	3,2	29,9
35-44	33,1	1,6	64,8
65+	5,5	0,4	94,5
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	24,2	1,0	74,5
Perempuan	23,5	1,1	75,4
Tempat Tinggal			
Perkotaan	23,2	1,8	74,3
Perdesaan	24,0	0,8	75,2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	26,8	0,8	72,3
Kuintil-2	24,7	0,7	74,8
Kuintil-3	24,7	1,2	73,6
Kuintil-4	23,4	0,9	75,1
Kuintil-5	21,04	1,4	77,7

Catatan:

Performance Treatment Index (PTI)

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

Required Treatment Index (RTI)

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

Persentase RTI tampak masih tinggi terutama pada kelompok umur antara 12 sampai 18 tahun. Kecenderungan kelompok usia 18 tahun ke bawah yang relatif belum mandiri secara finansial dan kurang mempunyai motivasi individu untuk mencari perawatan gigi teratur, didukung masih tingginya Persentase penduduk yang masih memiliki fungsi gigi relatif tinggi. Tingginya RTI disertai rendahnya PTI perlu mendapatkan perhatian dan penanganan khusus.

Tabel 3.5.4.16
Persentase Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas Menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protesa Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Fungsi Normal	Edentulous	Protesa
Simeulue	92,8	0,4	5,6
Aceh Singkil	93,5	0,9	4,4
Aceh Selatan	89,3	2,2	1,5
Aceh Tenggara	94,9	0,2	1,9
Aceh Timur	97,6	0,7	8,8
Aceh Tengah	90,0	1,5	3,3
Aceh Barat	91,1	0,9	2,1
Aceh Besar	91,9	4,0	3,2
Pidie	85,6	4,7	9,2
Bireuen	91,5	1,4	2,3
Aceh Utara	92,7	2,5	4,9
Aceh Barat Daya	94,1	0,6	2,5
Gayo Lues	96,4	0,9	0,0
Aceh Tamiang	91,5	1,1	9,7
Nagan Raya	98,1	0,2	6,7
Aceh Jaya	89,4	3,5	3,3
Bener Meriah	88,0	5,2	8,3
Banda Aceh	92,2	2,3	9,0
Sabang	89,4	3,1	3,7
Langsa	94,7	1,0	4,5
Lhokseumawe	96,1	0,7	3,3
Nanggroe Aceh Darussalam	92,2	2,0	4,8

Dari tabel di atas terlihat 92,2% penduduk umur 12 tahun ke atas memiliki fungsi normal gigi (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi), lebih tinggi daripada hasil SKRT 2001 (86,5%). Persentase penduduk dengan fungsi gigi normal tertinggi di Kabupaten Nagan Raya (98,1%), Kabupaten Aceh Timur (97,6%), dan Gayo Lues (96,4%). Persentase *edentulous* atau hilang seluruh gigi sebesar 2,0% lebih rendah daripada hasil SKRT 2001 (2,6%), tertinggi di Kabupaten Bener Meriah (5,2%) dan Pidie (4,7%). Secara umum 4,8% penduduk telah memakai protesa atau gigi tiruan lepas atau gigi tiruan cekat, tertinggi ditemukan di Kabupaten Aceh Tamiang (9,7%) dan Pidie (9,2%).

Tabel 3.5.4.17
Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk
Edentulous Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh
Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Fungsi Normal Gigi	Edentulous	Orang dengan Protosa
Kelompok Umur (Tahun)			
12	100,0	0,0	1,1
15	100,0	0,0	3,8
18	100,0	0,0	0,0
35-44	96,5	0,3	6,9
65+	42,1	20,9	10,1
Jenis Kelamin			
Laki-laki	92,4	1,8	4,6
Perempuan	92,0	2,2	5,0
Tipe Daerah			
Perkotaan	93,7	1,6	7,0
Perdesaan	91,7	2,2	4,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	93,6	1,5	3,5
Kuintil-2	92,0	1,9	3,7
Kuintil-3	92,4	1,8	5,0
Kuintil-4	92,0	2,2	3,9
Kuintil-5	91,1	2,5	6,9

Catatan:

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

Edentulous = orang tanpa gigi

Orang dengan preotesa = orang yang memakai protesa

Tabel ini menunjukkan penduduk 12 tahun ke atas dengan fungsi normal gigi. Fungsi gigi normal ditemukan pada umur di bawah 44 tahun. Menurut jenis kelamin tidak ditemukan perbedaan yang menyolok antara laki-laki dan perempuan, sedangkan menurut tingkat pengeluaran perkapita bahwa hampir setiap Kuintil-tidak mempunyai perbedaan.

3.6 Cedera dan Disabilitas

3.6.1 Cedera

Data cedera diperoleh berdasarkan wawancara kepada responden semua umur tentang riwayat cedera dalam 12 bulan terakhir. Cedera didefinisikan sebagai luka atau trauma akibat faktor internal (dari diri sendiri) maupun eksternal (kecelakaan dan peristiwa lain yang menimbulkan rasa nyeri/sakit), baik disengaja ataupun tidak. Jumlah responden yang didata untuk cedera sebesar 2.118 orang.

Tabel 3.6.1.1
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nangroe Aceh Darussalam,
Riskesmas 2007

Kabupaten/kota	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan Transportasi Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Benda Tajam/Tumpul	Penyerangan	Ditembak Dgn Senjata Api	Kontak Dgn Bhn Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/Terk urung Asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan Medis	Lainnya
Simeulue	4,3	20,0			48,6	25,7				2,8			2,8	2,8			5,6
Aceh Singkil	3,6	25,7		2,9	77,8	5,7				2,8				2,9			
Aceh Selatan	14,8	21,0	0,6		72,7	10,5	0,6		0,6				1,0		0,6		1,0
Aceh Tenggara	3,4	40,0	1,6		41,0	11,5				1,6			1,6				
Aceh Timur	0,7	38,1	19,0		42,9	23,8	42,9	23,8	33,3	4,8		19,0	33,3	14,3		14,3	
Aceh Tengah	5,6	55,2			33,3	14,7	2,1		1,0								
Aceh Barat	4,2	37,9	1,5	16,7	28,8	21,5	1,5			3,0							4,6
Aceh Besar	6,0	38,5		1,6	44,9	16,5	1,1		2,7								1,6
Pidie	8,4	24,4			39,2	31,6	1,3		2,8	1,9				8,4			0,6
Bireuen	4,5	45,7			37,0	9,9	9,9						1,2	3,1			
Aceh Utara	2,4	60,6	6,3	3,1	31,5	21,3	3,1	9,4	3,1		3,1		3,1		3,1	3,1	
Aceh Barat Daya	3,0	40,5	2,7		45,9	10,8	2,7				2,7			5,4			
Gayo Lues	1,3	66,7			40,0	30,0	20,0						20,0	10,0			
Aceh Tamiang	4,2	50,5	1,0		35,6	9,9		1,0		1,0				1,0		2,0	5,0
Nagan Raya	3,6	51,1			24,4	26,1				2,2		2,2					2,2
Aceh Jaya	6,4	30,4	2,2		46,7	23,9		2,2		4,4			2,2	2,2		0,0	2,2
Bener Meriah	7,3	39,0			63,4	31,7			2,4	4,9		1,2	2,5			2,5	
Banda Aceh	12,6	29,1		2,1	56,0	14,9				2,1				0,4			2,1
Sabang	1,0	66,7			0,0	0,0				0,0							0,0
Langsa	3,4	37,5	2,1		64,6	6,4							2,1				2,1
Lhokseumawe	2,6	34,1			61,0	36,6		2,4					7,3	7,3			2,5
Nangroe Aceh Darussalam	5,2	35,4	0,9	1,2	48,3	18,2	2,0	0,9	1,4	1,2	0,2	0,3	1,3	2,2	0,3	0,5	1,3

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

Tabel ini memberikan gambaran bahwa dari 21 kabupaten di Provinsi Nangroe Aceh Darusalam, prevalensi cedera tertinggi terdapat pada kabupaten Aceh Selatan (14,8%), terendah kabupaten Aceh Timur (0,7%) bila dibandingkan dengan angka prevalensi provinsi (5,2%). Sementara untuk urutan penyebab cedera terbanyak polanya sama seperti pola penyebab cedera tingkat provinsi yaitu jatuh, kecelakaan transportasi darat dan terluka benda tajam/tumpul. Sedangkan untuk penyebab cedera lain bervariasi tetapi prevalensinya rata-rata kecil atau sedikit. Persentase jatuh paling besar terdapat di kabupaten Aceh Singkil (77,8%) dimana Persentase lebih besar dibanding angka provinsi (48,3%). Persentase kecelakaan transportasi darat terbanyak di kabupaten Gayo Lues dan Sabang masing-masing sebesar (66,7%) menunjukkan Persentase yang jauh lebih besar dari angka provinsi (35,4%). Adapun untuk Persentase terluka benda tajam/tumpul paling tinggi terdapat di kota Leuksomawe (36,6 %) melebihi angka Persentase provinsi yaitu 18,2%. Penyebab cedera lain yang menonjol adalah Penyerangan menunjukkan angka Persentase tertinggi sekitar 20% di Kabupaten Gayo Lues.

Tabel 3.6.1.2
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan Transportasi Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan Senjata Api	Kontak dengan Bahan Beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan Medis	Lainnya
Kelompok umur (tahun)																	
<1	1,0				100,0												
1-4	3,5	5,3		0,9	79,6	2,6								6,1		1,8	1,8
5-14	4,6	17,0	0,2	0,2	74,6	9,6			1,2	0,2		0,2		1,2			0,2
15-24	6,3	53,1	0,4	2,7	36,8	17,2	1,6	3,1	0,8	1,6	0,2	0,8	1,8	1,8			1,0
25-34	5,1	51,6	0,9	2,1	28,2	25,0	4,2	1,5	1,8	3,3	1,2		2,1	3,6	1,2	1,8	1,5
35-44	5,6	36,8	3,9	1,0	38,8	25,3	4,6		2,9	0,7			1,3	2,9		1,0	1,6
45-54	5,6	29,5	0,4		41,5	27,2	2,7	0,4	1,8	1,3		0,4	0,9	0,4	0,9		1,8
55-64	5,1	28,8	0,8		50,0	16,9			0,8	0,8			0,8			0,0	4,2
65-74	5,8	20,8			65,3	19,4			1,4				0,0	1,4			1,4
75+	6,5	33,3			57,6								6,1				2,9
Jenis kelamin																	
Laki-laki	6,4	37,9	0,9	1,0	46,2	17,7	2,3	0,8	1,3	1,0	0,2	0,3	1,0	1,6	0,2	0,6	1,7
Perempuan	4,0	31,6	1,1	1,4	51,2	18,8	1,5	1,2	1,4	1,6	0,2	0,2	1,4	2,9	0,5	0,4	0,9

Karakteristik	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan Transportasi Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan Senjata Api	Kontak dengan Bahan Beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan Medis	Lainnya
Pendidikan																	
Tidak Sekolah	6,7	17,8	0,7	0,7	64,0	15,6	0,7		2,2	0,7			4,4	1,5		0,7	0,0
Tidak Tamat SD	5,0	23,2	0,7	1,0	57,6	21,0	2,8	0,7	2,1	2,4		1,0	0,7	2,1		0,0	1,4
Tamat SD	5,1	34,5	2,8	0,9	44,1	21,0	0,7	1,2	0,9	1,2	0,2		0,0	2,1			2,4
Tamat SMP	5,5	46,0	0,0	1,5	35,6	18,7	3,6	0,5	1,8	1,3	0,3	0,3	0,5	1,5	0,3	0,3	1,3
Tamat SMA	6,1	51,5	0,9	2,1	34,6	22,9	3,0	2,1	0,9	1,6	0,5	0,2	2,8	2,8	0,5	0,9	1,1
Tamat PT	5,5	66,7		1,8	24,6	17,5	2,7	1,8	1,8	0,9	1,8	0,9	2,6		2,6	2,6	0,9
Pekerjaan																	
Tidak Bekerja	5,6	39,5	0,0	2,6	51,8	12,6	0,5	2,1		0,0	0,5		1,6	2,6			2,6
Sekolah	5,5	39,3	0,2	1,5	50,4	13,7	1,0	0,7	1,0	1,7		0,8	1,2	1,5			1,0
Mengurus RT	3,7	27,6	4,3	1,4	44,3	26,2	1,9	0,9	2,4	2,4			1,4	5,2	0,5	0,5	1,4
Pegawai, POLRI	4,2	67,0	2,1	2,1	30,9	15,5	2,1	3,1	2,1		2,1		2,1		2,1	3,1	
Wiraswasta	6,5	51,6	0,4	1,1	34,2	22,5	4,9		2,1	1,8		0,4	1,1	2,5		0,4	1,8
Petani/Nelayan/Buruh	6,2	35,6	1,1	1,0	38,9	24,8	3,1	1,5	1,5	1,3	0,4	0,4	1,7	1,1	0,6	0,8	1,3
Lainnya	8,1	35,8	1,2		40,7	24,7	1,2	1,2	2,5	3,7			1,2	2,5			2,5
Tipe daerah																	
Perkotaan	6,0	32,1	0,9	1,4	52,5	17,2	0,2	0,2	0,9	0,9			0,7	3,4			2,3
Pedesaan	4,9	36,6	1,0	1,1	46,6	18,5	2,7	1,3	1,6	1,3	0,4	0,4	1,4	1,7	0,4	0,7	3,0

Karakteristik	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan Transportasi Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan Senjata Api	Kontak dengan Bahan Beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan Medis	Lainnya
Tingkat pengeluaran per kapita																	
Kuintil-1	5,2	25,4	2,0	1,5	57,1	15,5	1,7	0,7	1,5	0,7	0,2	0,2	1,5	1,5	0,2	0,2	2,2
Kuintil-2	5,7	33,1	0,4	1,5	45,0	20,5	1,5	0,4	1,3	2,4		0,2	0,9	2,7		0,2	0,9
Kuintil-3	5,1	34,7	0,2	1,5	48,8	17,8	1,2	0,5	0,5	1,0		0,2	0,5	2,5	0,2	0,2	1,2
Kuintil-4	5,4	39,8		1,4	47,9	17,9	3,4	2,1	2,5	1,1	0,9	0,5	1,8	0,5	0,9	0,9	2,1
Kuintil-5	4,8	44,2	2,0		42,2	18,2	2,0	0,5	0,8	0,8	0,3	0,3	1,8	3,8		0,8	0,3

Tabel 3.6.1.2 Menunjukkan bahwa untuk prevalensi cedera secara total (dengan berbagai sebab) di Provinsi Nangroe Aceh Darusalam adalah 5,2% dan urutan tiga terbanyak sebagai penyebab cedera meliputi jatuh (48,2%), kecelakaan transportasi darat (35,4%) dan terluka benda tajam /tumpul (18,1%). Sedangkan cedera karena jatuh menurut kelompok umur yang menduduki peringkat tertinggi umur <1 thn (100%), cedera karena kecelakaan transportasi darat tertinggi pada umur 15-24 (53,1%), cedera karena terluka benda tajam/tumpul tertinggi pada umur 35-44 (27,2%).

Prevalensi cedera berdasarkan jenis kelamin, tampak bahwa pada laki-laki lebih mendominasi (10,4%) dibandingkan dengan perempuan (7,0%). Hasil ini sesuai dengan berbagai hasil survei yang mana risiko mengalami cedera lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Berdasarkan penyebabnya juga terlihat bahwa hampir semua penyebab cedera mempunyai prevalensi yang lebih tinggi pada kelompok laki-laki dibandingkan dengan perempuan kecuali pada cedera karena terluka benda tajam/tumpul pada perempuan lebih tinggi yaitu 17,7% dibandingkan pada laki-laki (16,0%).

Menurut tingkat pendidikan, yang tidak sekolah menduduki posisi pertama (6,7%) untuk prevalensi cedera terendah pada tingkat tidak tamat SD (5,0%). Untuk penyebab cedera karena kecelakaan transportasi darat Persentase tertinggi pada tingkat pendidikan tamat PT (66,7%). Adapun untuk penyebab cedera jatuh mayoritas pada tingkat pendidikan rendah yaitu tidak sekolah sampai dengan tamat SD.

Berdasarkan jenis pekerjaan, cedera karena kecelakaan transportasi darat banyak dialami oleh pegawai (negri/POLRI) 67,0%, cedera karena jatuh (50,4%) tertinggi pada pekerjaan masih sekolah, cedera karena terluka benda tajam/tumpul (26,2%) tertinggi pada ibu rumah tangga (Mengurus RT).

Berdasarkan tipe daerah, cedera karena jatuh di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di desa, sedangkan cedera karena kecelakaan transportasi darat Persentase lebih besar di desa (36,6%) dibandingkan kota (32,1%)

Prevalensi cedera menurut tingkat pengeluaran perkapita terlihat prevalensi cedera terbesar pada Kuintil-5 (44,2%) untuk penyebab cedera karena kecelakaan transportasi darat dan penyebab cedera karena jatuh terbesar pada kelompok Kuintil-1 (57,1%), dan terluka benda tajam/tumpul pada Kuintil-2 yaitu 20,5%.

Tabel 3.6.1.3
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Siku, Lengan Bawah	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut Dan Tungkai Bawah	Tumit Dan Kaki
Simeulue	20,0		11,4	2,9	16,7	20,0	33,3	2,8	20,0	34,3
Aceh Singkil	14,3	2,9	2,8	11,4	8,6	25,7	31,4	11,1	28,6	25,7
Aceh Selatan	12,1	2,5	8,3	19,4	9,8	13,0	13,7	14,6	36,5	21,9
Aceh Tenggara	24,6			9,8	19,7	23,0	9,8	1,6	21,3	21,3
Aceh Timur	23,8	23,8	14,3	4,8	38,1	23,8	38,1	38,1	38,1	23,8
Aceh Tengah	11,6	2,1	8,3	12,5	20,8	24,2	28,1	5,3	43,2	27,1
Aceh Barat	15,2	4,5	12,1	13,6	15,2	24,2	15,4	4,5	36,4	34,8
Aceh Besar	21,4	12,3	17,1	12,8	21,4	38,0	40,1	15,5	50,8	37,4
Pidie	13,4		3,1	5,9	7,2	7,5	18,4	2,5	22,3	44,7
Bireuen	19,1	3,1	12,3	10,5	19,8	21,0	20,4	9,9	20,4	15,4
Aceh Utara	15,0		21,3	13,4	18,1	40,9	24,4	4,7	33,1	34,6
Aceh Barat Daya	29,7	5,4	18,9	16,2	16,2	21,6	32,4	13,5	29,7	24,3
Gayo Lues	40,0		11,1		11,1	50,0	30,0	30,0	44,4	22,2
Aceh Tamiang	24,8	3,0	3,0	6,9	12,9	28,7	18,8	5,9	42,6	20,8
Nagan Raya	30,4	13,0	6,5	11,1	20,0	22,2	32,6	13,0	17,4	24,4
Aceh Jaya	17,4	2,2	6,5	10,9	26,1	32,6	34,8	11,1	30,4	26,7
Bener Meriah	17,1	3,7	11,0	17,3	37,0	36,6	28,4	8,6	56,1	19,5
Banda Aceh	22,0	0,4	3,6	6,7	7,8	15,3	27,0	5,0	32,6	24,9
Sabang	33,3				33,3	33,3	33,3	0,0	33,3	33,3
Langsa	20,8	6,4	6,3	6,4	10,4	16,7	19,1	2,1	23,4	29,8
Lhokseumawe	19,5	2,5	9,8	17,5	9,8	26,8	56,1	12,2	32,5	25,0
Nanggroe Aceh Darussalam	17,9	3,1	8,4	11,3	14,6	21,5	24,2	8,5	33,2	28,6

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

Persentase tertinggi bagian tubuh yang terkena cedera berdasarkan kabupaten di propinsi NAD tampak adalah sebagai berikut: bagian kepala 40,0% (kabupaten Gayo Lues), bagian leher 23,8% (kabupaten Aceh Timur), bagian dada 21,3% (kabupaten Aceh Utara), bagian perut/punggung/panggul 19,4% (kabupaten Aceh Selatan), bagian bahu/lengan atas 38,1 (kabupaten Aceh Timur), bagian siku/lengan bawah 50,0% (kabupaten Gayo Lues), bagian pergelangan tangan dan tangan 56,1% (kota Lhoksemauwe), bagian pinggul/tungkai atas 38,1% (kabupaten Aceh Timur), bagian lutut dan tungkai bawah 56,1 (Bener Meriah), bagian tumut dan kaki 44,7% (Kabupaten Pidie).

Tabel 3.6.1.4
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Siku, Lengan Bawah Benda Tajam/Tumpul	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut dan Tungkai Bawah	Bagian Tumit Dan Kaki
Kelompok umur (tahun)										
<1	66,7			16,7		16,7				33,3
1-4	37,7	1,8	4,4	7,0	3,5	9,6	18,4	0,9	31,9	11,4
5-14	15,8	1,2	2,9	5,3	8,9	19,4	19,6	3,3	40,7	24,9
15-24	16,4	4,9	12,5	12,3	20,2	32,1	29,0	11,0	39,5	31,7
25-34	19,0	2,1	7,4	9,2	14,8	21,1	25,9	11,3	28,2	33,2
35-44	14,7	4,6	9,4	13,7	15,3	14,3	22,8	8,5	26,3	28,0
45-54	17,4	3,1	7,1	13,4	12,5	21,4	25,9	9,8	27,7	31,7
55-64	17,8	1,7	13,6	13,7	16,9	21,2	25,4	7,7	35,6	30,5
65-74	13,9	6,9	15,3	30,6	20,8	19,4	23,6	16,7	25,0	29,2
75+	17,6		14,7	18,2	27,3	12,1	21,2	9,1	15,2	24,2
Jenis kelamin										
Laki-laki	18,4	2,8	9,1	10,6	15,5	23,6	24,4	7,0	34,7	27,8
Perempuan	17,1	3,9	7,6	12,1	13,3	18,5	23,9	10,7	30,9	30,0
Pendidikan										
Tidak Sekolah	14,8	2,9	9,6	23,0	19,1	14,0	18,5	12,5	24,4	28,7
Tidak Tamat SD	13,1	2,1	8,0	12,8	13,1	23,4	22,8	9,7	31,5	32,5
Tamat SD	15,4	2,8	11,1	10,9	14,9	18,6	21,7	6,4	30,2	33,7
Tamat SMP	17,9	3,6	8,2	10,0	19,0	27,4	27,9	7,7	36,1	30,4
Tamat SMA	17,4	4,4	12,2	11,7	17,9	24,3	28,9	13,3	32,6	28,2
Tamat PT	16,8	6,2	4,4	12,4	12,3	23,9	29,8	12,3	36,0	35,1

Karakteristik	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Siku, Lengan Bawah Benda Tajam/Tumpul	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut dan Tungkai Bawah	Bagian Tumit Dan Kaki
Pekerjaan										
Tidak bekerja	17,3	5,3	11,0	15,8	17,3	29,3	22,0	13,7	34,6	26,8
Sekolah	14,0	3,0	8,5	8,7	16,0	23,2	26,2	8,0	39,9	31,9
Mengurus RT	16,2	3,3	9,0	13,3	11,0	15,2	22,4	16,2	19,0	33,3
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	28,9	5,2	8,2	16,3	21,4	27,6	29,9	9,3	27,8	30,9
Wiraswasta	18,0	4,2	10,2	10,6	17,5	24,6	31,0	8,1	32,4	29,6
Petani/Nelayan/ Buruh	14,5	2,7	10,3	13,5	16,8	20,6	21,9	8,0	32,1	33,1
Lainnya	15,0	2,5	11,1	10,0	17,3	23,8	30,9	7,4	29,6	23,8
Tipe daerah										
Perkotaan	18,5	1,5	4,4	9,1	12,6	16,9	27,0	6,7	31,8	25,6
Pedesaan	17,6	3,9	10,1	12,1	15,3	23,3	23,2	9,2	33,7	29,8
Tingkat pengeluaran per kapita										
Kuintil-1	17,2	3,2	9,3	12,6	13,1	17,7	21,9	7,6	29,0	28,3
Kuintil-2	16,8	3,3	10,4	12,1	12,8	23,0	28,3	8,6	34,7	34,0
Kuintil-3	18,3	2,7	7,2	9,2	13,1	22,0	22,1	9,4	34,5	24,3
Kuintil-4	21,4	4,4	11,5	12,4	15,9	20,2	22,6	7,4	33,4	28,6
Kuintil-5	15,3	2,3	3,6	10,2	18,9	24,0	26,9	9,7	33,1	27,6

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

Berdasarkan karakteristik responden (Tabel 3.6.1.4) menggambarkan cedera menurut bagian tubuh yang terkena cedaera, menurut kelompok umur cedera di bagian kepala didominasi oleh kelompok <1 yaitu sekitar 66,7%, cedera dibagian leher (15,3%) dan cedera dibagian dada pada kelompok 65-74, sedangkan cedera di bagian perut (30,6%) lebih banyak dialami umur 65-74. Untuk cedera di bahu (27,3%) lebih banyak dialami oleh kelompok 5 tahun keatas. Persentase cedera dibagian siku tertinggi diderita oleh responden yang berusia 15-24. (32,1%), sedangkan cedera di bagian tangan tertinggi di kelompok 25-34 tahun dan 45-54 (25,9%). Selanjutnya untuk cedera dibagian pinggul dan tungkai atas kebanyakan diderita oleh kelompok usia 65-74 (16,7%). Adapun untuk cedera di lutut sebagian besar dialami pada 5-14 (40,7%) dan cedera di kaki tertinggi pada usia 25-34 (33,2%).

Tabel 3.6.1.2 menggambarkan bahwa cedera di kepala tertinggi dialami oleh responden yang mempunyai pekerjaan sebagai pegawai (28,9%). Untuk cedera di leher (5,3%) terbanyak pada yang tidak bekerja sedangkan Persentase cedera di bagian dada pada jenis pekerjaan lainnya (11,1%), untuk cedera perut, punggung dan panggul (15,8%) dan bahu lengan atas (21,4%) terbanyak pada pegawai, cedera pada siku, lengan terbanyak pada yang tidak bekerja (29,3%), cedera pergelangan tangan terbanyak pada wirasswasta (31,0%), cedera pinggul/tungkai atas terbanyak pada yang mengurus RT (16,2%), cedera lutut dan tungkai bawah terbanyak pada yang masih sekolah (39,9%) dan cedera bagian tumit dan kaki terbanyak pada mengurus Rumah Tangga (33,3%).

Berdasarkan jenis kelamin tampak terlihat bahwa tiga urutan terbanyak bagian tubuh yang mengalami cedera pada laki-laki adalah lutut (34,7%), bagian tumit dan kaki (27,8%) dan pergelangan tangan/tangan (24,4%). Persentase bagian tubuh yang mengalami cedera sebagian besar lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan kecuali untuk cedera dibagian leher, perut/punggung/panggul dan pinggul/tungkai atas. Berdasarkan tipe daerah terlihat bahwa di perdesaan lebih tinggi persentasenya dibandingkan di perkotaan, kecuali untuk cedera pada bagian kepala, pergelangan tangan dan tangan, lutut dan tungkai bawah dan bagian tumit dan kaki persentase diperkotaan lebih tinggi. Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita terlihat bahwa untuk Kuintil-1 sampai dengan Kuintil-5 terlihat hampir seimbang, hanya pada Persentase tertinggi bagian tubuh terkena cedera untuk lutut dan tungkai bawah (34,7%) pada Kuintil-2, pergelangan tangan dan tangan (28,3%) terdapat pada Kuintil-2, dan cedera di bagian tumit dan kaki (34,0%) pada Kuintil-2.

Tabel 3.6.1.5
Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Simeulue	28,6	45,7	31,4	5,6	28,6	8,3			
Aceh Singkil	36,1	48,6	25,7	2,9	37,1	2,9			
Aceh Selatan	36,8	41,3	16,5	1,0	47,6	6,3	1,0	0,3	0,6
Aceh Tenggara	32,8	53,3	16,4	1,6	24,6	8,2			
Aceh Timur	57,1	76,2	38,1	14,3	38,1		19,0	19,0	
Aceh Tengah	48,4	62,1	29,2	1,0	39,6	4,2			1,0
Aceh Barat	40,9	55,4	21,5		24,6	9,1			3,0
Aceh Besar	46,0	69,0	21,9		21,9	10,7	1,6		
Pidie	16,0	28,1	26,0	5,6	20,6	5,3	2,2	0,6	8,1
Bireuen	29,0	51,9	16,7	3,7	35,8	12,3	3,7		
Aceh Utara	29,1	52,8	26,0	13,4	42,5	24,4	1,6	1,6	
Aceh Barat Daya	36,1	45,9	16,2	2,7	29,7	10,8			
Gayo Lues	40,0	80,0	11,1	10,0	30,0	10,0	22,2		
Aceh Tamiang	44,6	54,5	26,7	4,0	24,8	8,9	1,0		5,0
Nagan Raya	53,3	69,6	30,4	2,2	22,2	6,5		2,2	2,2
Aceh Jaya	46,7	47,8	22,2	4,3	40,0	10,9	2,2		2,2
Bener Meriah	45,1	60,5	42,7	4,9	57,3	8,6		2,4	
Banda Aceh	37,7	54,6	24,5	3,2	24,9	3,6			
Sabang	33,3	33,3	33,3		66,7	33,3	0,0		
Langsa	27,1	56,3	14,6	4,2	8,3	12,5	2,1		
Lhokseumawe	31,7	65,9	36,6	17,5	32,5	12,2			2,5
Nanggroe Aceh Darussalam	35,1	50,4	23,6	3,9	31,7	8,5	1,4	0,6	1,8

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

Berdasarkan tabel 3.6.1.5 diperlihatkan bahwa Persentase jenis cedera tertinggi di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam yang terdiri dari 21 kabupaten yaitu: benturan 57,1 % (kabupaten Aceh Timur), luka lecet 80,0 % (kota Gayo Lues), luka terbuka 42,7% (kabupaten Bener Meriah), luka bakar 17,5% (kabupaten Lhoksemauwe), terkilir/teregang 66,7% (kabupaten Sabang), patah tulang 33,3% (kabupaten Sabang), anggota gerak terputus (amputasi) 22,2% (kabupaten Gayo Lues), keracunan 2,4% (kabupaten Bener Meriah).

Tabel 3.6.1.6
Persentase Jenis Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Kelompok umur (tahun)									
<1	66,7	33,3							
1-4	31,9	48,2	15,8	8,0	21,1	0,9			0,9
5-14	30,4	63,2	16,7	2,9	21,3	5,0	0,5		0,2
15-24	42,1	63,3	23,7	3,3	35,6	8,4	0,8	0,8	2,5
25-34	35,6	46,7	28,2	5,1	30,9	6,5	1,5	2,1	2,4
35-44	30,6	41,2	27,0	3,6	35,7	10,1	3,9	0,3	1,6
45-54	35,7	33,0	33,2	2,2	36,6	9,8	1,3		2,2
55-64	28,2	40,7	22,0	3,4	34,7	11,1	3,4		5,1
65-74	44,4	29,2	20,8	2,8	51,4	25,0			1,4
75+	26,5	30,3	12,1	17,6	36,4	21,2			
Pendidikan									
Tidak Sekolah	37,8	26,7	19,1	6,7	42,2	11,1	0,7		5,9
Tidak Tamat SD	28,7	47,4	22,1	2,8	36,7	9,0	2,4	0,3	2,8
Tamat SD	33,1	46,5	28,1	3,3	32,5	9,7	0,7	0,5	1,2
Tamat SMP	39,9	53,2	22,5	2,1	33,0	11,3	1,5	0,8	2,6
Tamat SMA	37,8	52,1	29,1	5,0	33,0	6,9	3,0	0,9	1,1
Tamat PT	41,6	58,8	23,0	4,4	38,6	9,7	0,9	1,8	
Pekerjaan									
Tidak Bekerja	42,1	51,1	14,7	5,2	36,1	14,7	1,0		2,1
Sekolah	34,2	60,6	18,3	2,5	32,7	7,5	1,2	0,7	3,0
Mengurus RT	29,4	29,0	29,0	5,2	37,1	7,1	3,8	0,5	0,5
Pegawai (Negeri, Swasta, POLRI)	40,8	55,1	32,0	6,2	28,9	9,3	3,1	1,0	
Wiraswasta	42,6	54,4	29,6	3,2	35,4	10,9	1,1	0,7	
Petani/Nelayan/Buruh	33,3	41,6	28,8	3,6	35,9	8,8	1,7	1,0	3,4
Lainnya	34,6	54,3	25,9	2,5	27,2	9,9	1,2		2,5
Jenis kelamin									
Laki-laki	35,8	53,3	25,9	3,1	30,6	9,2	1,1	0,8	1,3
Perempuan	33,9	46,1	20,4	4,9	33,5	7,1	2,0	0,2	2,5

Karakteristik	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Tipe daerah									
Perkotaan	33,8	53,2	22,6	5,5	26,2	4,9	0,7		1,2
Perdesaan	35,5	49,3	24,1	3,2	33,9	9,7	1,7	0,8	2,0
Tingkat pengeluaran per kapita									
Kuintil-1	37,4	46,2	22,1	5,4	33,0	9,4	0,5	0,5	1,0
Kuintil-2	36,0	53,0	24,3	2,4	32,2	7,7	1,5		2,0
Kuintil-3	31,8	51,1	22,0	3,5	30,0	8,7	1,0	0,2	3,5
Kuintil-4	35,4	50,6	24,8	2,5	34,9	6,9	2,8	0,9	0,7
Kuintil-5	33,2	50,4	24,3	5,6	27,6	9,0	1,8	1,0	2,3

Tabel 3.6.1.6 menunjukkan Persentase cedera menurut karakteristik, menurut kelompok umur jenis cedera yang mempunyai Persentase tertinggi menurut kelompok umur adalah, benturan sekitar 66,7% (<1 tahun), luka lecet 63,3% (5-14 tahun), luka terbuka 33,2% (45-54 tahun), luka bakar 17,6% (di atas 75 tahun), terkilir/teregang 51,4% (65-74 tahun), patah tulang 25,0% (65-74 tahun), anggota gerak terputus (amputasi) 3,9% (35-44 tahun), keracunan 2,1% pada 25-34 tahun. dan 5,1% pada jenis cedera luka lecet (55-64 tahun).

Pola Persentase jenis cedera menurut tingkat pendidikan menunjukkan gambaran yang sama yaitu urutan terbanyak mengalami jenis cedera luka lecet, benturan, luka terbuka dan terkilir/teregang. Persentase jenis cedera tertinggi pada luka lecet dan dialami pada pendidikan tamat PT, luka lecet 41,6% (tamat PT), terkilir 38,6% (tamat PT), luka terbuka 29,1% (tamat SMA), patah tulang 11,3 (tamat SMP)

Berdasarkan jenis pekerjaan responden, Urutan terbanyak untuk Persentase jenis cedera yang dialami adalah luka lecet (60,6%) untuk status masih sekolah, benturan (42,6%) pada pekerjaan wiraswasta, luka terbuka (32,0%) untuk pekerjaan sebagai pegawai (nagri, swasta, polri), terkilir/teregang (37,1%) dengan jenis pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (mengurus RT)

Persentase jenis cedera menurut katagori jenis kelamin memberikan gambaran bahwa pada hampir semua Persentase pada laki-laki menunjukkan angka lebih tinggi dibandingkan perempuan kecuali pada jenis cedera luka bakar dan terkilir/teregang. Persentase terbesar untuk jenis cedera adalah luka lecet yaitu 53,3% pada laki-laki dan 46,1% pada perempuan.

Berdasarkan tipe daerah juntuk Persentase terbesar adalah luka lecet (53,2%) di perkotaan dan 49,3% di pedesaan. Persentase jenis cedera yang menunjukkan nilai lebih tinggi di desa dibandingkan dengan kota meliputi benturan, luka terbuka, terkilir, dan patah tulang dan jenis cedera lainnya. Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita yang dibagi dalam kuintil, maka urutan jenis cedera terbanyak yang dialami adalah luka lecet 53,0% (Kuintil-2), benturan 35,4% (Kuintil-4), terkilir/teregang 33,0% (Kuintil-1) dan luka terbuka 5,6% (Kuintil-5) Untuk Persentase jenis cedera patah tulang tampak hampir seimbang hanya lebih tinggi terlihat pada Kuintil-1 (9,4%).

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/ketidakkampuan yang dihadapi oleh penduduk terkait dengan fungsi tubuh, individu dan sosial.

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

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

Tabel 3.6.2.1
Sebaran Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas
dalam 1 Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh
Darussalam, Riskesdas 2007

Fungsi Tubuh/Individu/Sosial	Bermasalah* (%)
Melihat jarak jauh (20 m)	12.4
Melihat jarak dekat (30 cm)	11.5
Mendengar suara normal dalam ruangan	6.8
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	6.2
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	9.8
Nafas pendek setelah latihan ringan	10.8
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	6.1
Mengalami gangguan tidur	9.3
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	7.4
Kesulitan berdiri selama 30 menit	10.3
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	14.1
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	9.1
Membersihkan seluruh tubuh	3.5
Mengenakan pakaian	3.4
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	6.0
Paham pembicaraan orang lain	4.9
Bergaul dengan orang asing	6.4
Memelihara persahabatan	5.1
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	6.8
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	6.4

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

Tabel di atas memperlihatkan tentang status stabilitas penduduk NAD yang berumur >15 tahun, tampak bahwa presentase mulai dari sangat baik sampai dengan sangat buruk dengan persentase yang tinggi pada sangat baik dan terus menurun ke sangat buruk , hal ini terjadi pada hampir semua (20) pertanyaan

Tabel 3.6.2.2
Persentase Status Disabilitas Penduduk ≥ 15 Tahun dalam 1 Bulan Terakhir
Menurut Kabupaten/Kota Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sangat Masalah	Masalah
Simeulue	1,6	19,8
Aceh Singkil	1,7	30,2
Aceh Selatan	5,1	44,9
Aceh Tenggara	2,6	22,9
Aceh Timur	3,3	13,6
Aceh Tengah	2,4	30,9
Aceh Barat	2,1	35,5
Aceh Besar	3,4	28,0
Pidie	5,2	32,6
Bireuen	2,6	26,0
Aceh Utara	3,7	25,3
Aceh Barat Daya	5,5	36,6
Gayo Lues	1,3	44,8
Aceh Tamiang	1,9	28,1
Nagan Raya	3,2	24,6
Aceh Jaya	2,8	28,2
Bener Meriah	3,7	27,4
Banda Aceh	1,5	21,5
Sabang	1,0	18,2
Langsa	1,8	10,9
Lhokseumawe	1,4	12,8
Nanggroe Aceh Darussalam	3,1	26,5

Berdasarkan tabel 3.6.2.2, persentase status disabilitas di Provinsi NAD yang menjadi sangat masalah sebesar 3,1, sedangkan yang menjadi masalah sebesar 26,5, dan tidak masalah sebesar 70,4%. Kabupaten yang tertinggi menyatakan bahwa disabilitas sangat masalah adalah Kabupaten Aceh Barat Daya (5,5%). Sedangkan yang menjadi masalah tertinggi terjadi di Kabupaten Aceh Selatan sebesar 44,9%, sementara yang tidak menjadi masalah tertinggi di kabupaten Langsa (87,4 %).

Tabel 3.6.2.3
Persentase Status Disabilitas Penduduk ≥ 15 Tahun dalam 1 Bulan Terakhir
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskedas 2007

Karakteristik	Sangat masalah	Masalah	Tidak masalah
Golongan Umur (Tahun)			
15-24	0,8	11,1	88,1
25-34	0,9	15,8	83,3
35-44	1,6	25,5	72,9
45-54	2,8	42,8	54,4
55-64	7,6	58,3	34,2
65-74	16,9	62,8	20,3
>75	32,0	54,3	13,7
Jenis Kelamin			
Laki-laki	3,0	24,1	73,0
Perempuan	3,2	28,7	68,0
Pendidikan			
Tidak Sekolah	13,5	52,9	33,5
Tidak Tamat SD	5,8	42,5	51,7
Tamat SD	3,1	31,5	65,5
Tamat SMP	1,4	18,7	79,9
Tamat SMA	1,1	16,2	82,7
Tamat PT	1,6	21,2	77,3
Pekerjaan			
Tidak Bekerja	10,8	28,6	60,7
Sekolah	0,8	10,1	89,1
Mengurus RT	2,5	30,2	67,3
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	1,5	19,6	78,9
Wiraswasta	1,7	23,7	74,6
Petani/Nelayan/Buruh	3,1	33,1	63,8
Lainnya	2,7	30,3	66,9
Daerah			
Perkotaan	1,9	20,6	77,5
Perdesaan	3,5	28,5	68,0
Status Ekonomi			
Kuintil-1	3,3	26,6	70,1
Kuintil-2	2,9	26,6	70,5
Kuintil-3	3,5	25,7	70,8
Kuintil-4	3,1	26,2	70,7
Kuintil-5	2,7	28,1	69,2

Berdasarkan karakteristik umur tampak bahwa status disabilitas yang merupakan sangat masalah persentasenya meningkat sesuai dengan pertambahan umur. Status disabilitas yang merupakan masalah juga tampak meningkat sesuai dengan bertambahnya umur. Sebaliknya persentase status disabilitas yang tidak masalah menurun sesuai dengan bertambahnya umur.

Berdasarkan jenis kelamin, persentase status disabilitas baik sangat masalah maupun masalah antara laki-laki dan perempuan mempunyai persentase yang hampir sama/seimbang. Berdasarkan tingkat pendidikan, persentase status disabilitas sangat

masalah yang paling tinggi tampak pada penduduk dengan pendidikan terendah (tidak sekolah) kemudian menurun sesuai dengan bertambahnya tingkat pendidikan. Pada kolom masalah, tampak bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah persentase status disabilitanya. Sebaliknya pada kolom tidak masalah, semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi persentase status disabilitanya.

Berdasarkan pekerjaan, status disabilitas sangat masalah persentase tertinggi tampak pada penduduk yang tidak bekerja diikuti dengan lainnya dan mengurus Rumah Tangga. Hampir sama dengan kolom sangat masalah, pada kolom masalah persentase status disabilitas tertinggi juga pada penduduk dengan status pekerjaan lainnya diikuti dengan tidak bekerja dan mengurus rumah tangga.

Berdasarkan status ekonomi, tampak bahwa persentase di setiap Kuintil-hampir sama/seimbang, baik pada kolom sangat masalah, masalah maupun tidak menjadi masalah.

Tabel 3.6.2.4
Persentase Penduduk ≥15 Tahun dengan Ketidakmampuan dan
Mebutuhkan Bantuan Orang Lain Menurut Karakteristik
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Bantuan dalam Kondisi					
	Merawat Diri		Melakukan Aktivitas		Berkomunikasi	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Golongan Umur (Tahun)						
15-24	2,2	97,8	2,0	98,0	2,0	98,0
25-34	2,7	97,3	2,5	97,5	2,6	97,4
35-44	2,5	97,5	2,6	97,4	2,4	97,6
45-54	2,6	97,4	4,0	96,0	2,4	97,6
55-64	7,3	92,7	7,4	92,6	7,1	92,9
65-74	13,0	87,0	14,4	85,6	14,5	85,5
≥75	24,5	75,5	24,3	75,7	25,9	74,1
Jenis Kelamin						
Laki-laki	3,7	96,3	4,1	95,9	3,6	96,4
Perempuan	3,7	96,3	3,7	96,3	3,7	96,3
Pendidikan						
Tidak Sekolah	10,8	89,2	10,7	89,3	10,9	89,1
Tidak Tamat SD	5,5	94,5	5,6	94,4	5,4	94,6
Tamat SD	4,1	95,9	4,3	95,7	4,1	95,9
Tamat SMP	2,3	97,7	2,6	97,4	2,3	97,7
Tamat SMA	2,3	97,7	2,4	97,6	2,1	97,9
PT	2,9	97,1	3,3	96,7	3,0	97,0
Pekerjaan						
Tidak Bekerja	9,4	90,6	8,9	91,1	9,4	90,6
Sekolah	1,8	98,2	1,7	98,3	1,8	98,2
Mengurus RT	3,3	96,7	3,3	96,7	3,0	97,0
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	3,1	96,9	3,4	96,6	2,8	97,2
Wiraswasta	2,8	97,2	3,4	96,6	2,9	97,1
Petani/Nelayan/Buruh	3,6	96,4	4,0	96,0	3,8	96,2
Lainnya	3,4	96,6	3,4	96,6	2,7	97,3
Daerah						
Perkotaan	2,4	97,6	2,6	97,4	2,5	97,5
Perdesaan	4,2	95,8	4,3	95,7	4,1	95,9
Status Ekonomi						
Kuintil-1	3,7	96,3	4,0	96,0	3,6	96,4
Kuintil-2	4,0	96,0	4,0	96,0	3,9	96,1
Kuintil-3	4,0	96,0	4,1	95,9	4,0	96,0
Kuintil-4	3,5	96,5	3,8	96,2	3,7	96,3
Kuintil-5	3,6	96,4	3,8	96,2	3,3	96,7

Berdasarkan tabel di atas persentase penduduk dengan ketidakmampuan dan membutuhkan bantuan oranglain berdasarkan karakteristik umur, secara umum tampak bahwa semakin tinggi usia, semakin tinggi persentase penduduk dengan disabilitas yang merawat diri, sebaliknya semakin rendah persentase yang tidak merawat diri. Berdasarkan jenis kelamin, persentase antara laki-laki dan perempuan adalah sama.

dengan disabilitas yang merawat diri lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Demikian juga halnya dengan kolom melakukan aktivitas dan berkomunikasi.

Berdasarkan tingkat pendidikan, tidak bersekolah memiliki presentase merawat diri yang paling tinggi, hal ini tampak sama dengan kolom melakukan aktivitas dan berkomunikasi. diikuti dengan Tamat PT dan tidak tamat SD. Hal ini tampak sama dengan kolom melakukan aktivitas. Pada kolom berkomunikasi sedikit berbeda, presentase penduduk dengan disabilitas yang berkomunikasi tertinggi tampak pada penduduk yang tidak sekolah, diikuti dengan tidak tamat SD dan Tamat PT.

Berdasarkan jenis pekerjaan, tidak bekerja tampak memiliki presentase merawat diri paling tinggi. Demikian juga halnya dengan kolom melakukan aktivitas dan berkomunikasi.

Berdasarkan status ekonomi, presentase tertinggi penduduk dengan disabilitas yang merawat diri hampir seimbang pada setiap Kuintil-dari 1-5, Hal ini juga tampak sama pada kolom melakukan aktivitas dan berkomunikasi

3.7 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

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

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

3.7.1 Perilaku Merokok

Pada penduduk umur 10 tahun 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
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok
dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang- Kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Simeulue	25,5	3,1	2,3	69,1
Aceh Singkil	26,4	2,9	2,2	68,5
Aceh Selatan	30,4	3,8	1,1	64,8
Aceh Tenggara	25,3	6,7	1,7	66,3
Aceh Timur	17,7	5,8	1,4	75,0
Aceh Tengah	26,1	3,6	2,0	68,3
Aceh Barat	29,2	6,1	1,5	63,2
Aceh Besar	19,9	8,1	2,1	69,9
Pidie	21,7	9,1	3,5	65,7
Bireuen	25,0	6,4	1,9	66,7
Aceh Utara	20,1	10,9	1,7	67,4
Aceh Barat Daya	31,0	3,0	0,8	65,1
Gayo Lues	25,9	8,1	0,2	65,8
Aceh Tamiang	25,4	4,1	3,3	67,3
Nagan Raya	16,6	12,1	1,6	69,7
Aceh Jaya	30,1	7,0	2,4	60,5
Bener Meriah	32,9	2,9	1,0	63,2
Banda Aceh	16,6	6,3	2,8	74,4
Sabang	24,6	5,5	1,3	68,6
Langsa	20,8	4,4	2,2	72,6
Lhokseumawe	16,9	6,3	3,8	73,0
Nanggroe Aceh Darussalam	23,0	6,7	2,1	68,2

Tabel 3.7.1.1 menunjukkan bahwa prevalensi perokok tiap hari terbesar di Kabupaten Bener Meriah (32.9%) disusul dengan Aceh Barat Daya (31.0%) dan Aceh Barat (29.2%), sedangkan terendah di Kabupaten Nagan Raya (16.6%).

Tabel 3.7.1.2
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas
Menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden
di Provinsi Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang-Kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Kelompok Umur (Tahun)				
10-14	0,5	1,4	0,1	98,0
15-24	11,7	9,2	0,3	78,7
25-34	29,2	6,9	0,8	63,2
35-44	33,9	6,8	2,2	57,1
45-54	35,9	6,4	3,1	54,7
55-64	34,6	8,7	6,0	50,7
65-74	28,1	7,0	11,9	53,0
75+	30,3	7,6	11,9	50,1
Jenis Kelamin				
Laki-laki	44,4	11,6	3,8	40,2
Perempuan	3,2	2,2	0,5	94,1
Pendidikan				
Tidak Sekolah	25,0	6,9	4,4	63,7
Tidak Tamat SD	19,5	4,5	2,1	73,8
Tamat SD	22,1	5,6	1,9	70,3
Tamat SMP	22,7	7,2	1,5	68,6
Tamat SMA	26,1	8,5	2,0	63,4
Tamat PT	23,9	9,1	2,8	64,2
Tipe Daerah				
Perkotaan	20,0	5,9	2,7	71,3
Perdesaan	23,9	7,0	1,9	67,2
Pendapatan per Kapita				
Kuintil-1	21,7	7,0	1,6	69,8
Kuintil-2	22,3	6,3	1,7	69,6
Kuintil-3	23,1	6,8	2,0	68,0
Kuintil-4	23,0	7,2	2,4	67,4
Kuintil-5	25,1	6,1	2,6	66,2

Berdasarkan tabel 3.7.1.2 diketahui bahwa prevalensi tertinggi perokok setiap hari pada kelompok umur 35-44 tahun (33.9%). Secara garis besar prevalensi pria perokok saat ini lebih besar dibandingkan wanita. Penduduk dengan tingkat pendidikan rendah cenderung memiliki kebiasaan merokok, namun hampir sebanding dengan penduduk yang memiliki pendidikan lebih tinggi, diketahui dari hasil bahwa, penduduk yang tidak sekolah sebesar 25.0% sedangkan yang mempunyai tingkat pendidikan tamat SMA sebesar 26.1%.

Tabel 3.7.1.3
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur
Mulai Merokok Tiap Hari Berdasarkan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Umur Mulai Merokok Tiap Hari						
	5-9 Th	10- 14 Th	15-19 Th	20-24 Th	25-29 Th	>=30 Th	Tidak Tahu
Simeulue	0,0	9.1	46.1	15.6	9.1	3.9	16.2
Aceh Singkil	0,0	8.3	49.5	10.9	2.1	2.1	27.1
Aceh Selatan	0,0	6.3	25.7	21.7	7.7	6.5	32.0
Aceh Tenggara	0,0	10.2	42.0	18.5	2.8	2.5	24.0
Aceh Timur	0,0	11.3	14.4	1.8	0.2	0.2	72.1
Aceh Tengah	0,0	11.7	35.6	20.4	1.2	2.9	28.3
Aceh Barat	0,0	8.3	22.7	6.4	1.4	0.6	60.8
Aceh Besar	0,0	2.4	21.2	29.3	5.7	1.6	39.8
Pidie	0,0	3.5	26.6	14.0	4.4	6.1	45.3
Bireuen	0,0	4.1	36.8	22.3	5.2	2.6	28.9
Aceh Utara	0,0	6.0	26.9	21.6	1.5	3.9	40.1
Aceh Barat Daya	0,0	6.8	39.3	11.0	2.3	4.2	36.4
Gayo Lues	0,0	11.0	23.3	14.4	1.4	0.0	50.0
Aceh Tamiang	0,0	7.0	49.2	20.9	3.4	1.7	17.9
Nagan Raya	0,0	0.6	10.1	4.5	1.7	0.0	83.2
Aceh Jaya	0,0	6.4	16.4	14.6	4.7	2.3	55.6
Bener Meriah	0,0	4.5	25.3	14.9	2.4	1.0	51.7
Banda Aceh	0,0	9.2	44.0	31.7	5.8	3.8	5.5
Sabang	0,0	3.4	45.8	23.7	3.4	1.7	22.0
Langsa	0,0	4.2	28.8	11.9	2.1	0.4	52.5
Lhokseumawe	0,0	2.3	24.9	19.4	4.1	0.9	48.4
Nanggroe Aceh Darussalam	0,0	6.3	30.5	17.6	3.5	2.8	39.3

Tabel 3.7.1.3 memperlihatkan prevalensi penduduk ≥ 10 tahun yang merokok berdasarkan umur pertama kali merokok setiap hari menurut kabupaten/kota. Kabupaten Aceh Tengah memiliki prevalensi terbesar pertama kali merokok/mengunyah tembakau tiap hari pada umur 10-14 tahun yaitu 11,7. Sedangkan terendah pada Kabupaten Nagan Raya (0.6%). Namun hampir separuh penduduk umur 15-19 tahun di Kabupaten Aceh Singkil dan Aceh Tamiang mulai merokok tiap hari

Tabel 3.7.1.4
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Umur Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Umur Mulai Merokok Tiap Hari						Tidak Tahu
	5-9 Th	10-14 Th	15-19 Th	20-24 Th	25-29 Th	>=30 Th	
Kelompok Umur (Tahun)							
10-14	0,0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7
15-24	0,0	13.3	55.3	10.5	0.0	0.0	20.9
25-34	0,0	6.6	38.5	20.7	2.6	0.2	31.4
35-44	0,0	5.9	28.0	20.3	4.5	2.1	39.3
45-54	0,0	4.5	23.7	17.6	4.5	4.6	45.1
55-64	0,0	4.0	13.8	15.1	6.3	6.8	54.1
65-74	0,0	2.0	13.0	13.5	2.0	9.8	59.7
75+		3.2	8.4	8.4	4.5	7.7	67.7
Jenis Kelamin							
Laki	0,0	6.7	32.3	18.3	3.5	1.4	37.8
Perempuan	0,0	1.7	7.4	7.9	3.3	20.8	59.0
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0,0	5.2	13.7	10.9	2.0	11.3	56.9
Tidak Tamat SD	0,0	7.4	25.5	15.1	4.4	3.3	44.3
Tamat SD	0,0	7.1	27.2	15.4	3.3	2.8	44.1
Tamat SMP	0,0	7.2	34.6	17.0	3.6	1.7	35.9
Tamat SMA	0,0	5.2	36.6	21.7	3.3	1.2	31.9
Tamat PT	0,0	4.1	34.6	23.2	4.7	2.2	31.2
Tipe Daerah							
Pekotaan	0,0	5.7	35.0	23.1	3.1	2.2	30.9
Pedesaan	0,0	6.5	29.3	16.0	3.6	2.9	41.6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	0,0	6.4	29.6	17.6	3.9	3.6	38.9
Kuintil-2	0,0	8.0	29.7	15.6	3.7	1.9	41.1
Kuintil-3	0,0	6.3	31.3	16.0	3.3	2.7	40.5
Kuintil-4	0,0	5.6	28.2	17.6	3.6	4.0	41.0
Kuintil-5	0,0	5.4	33.2	21.3	3.0	1.7	35.4

Tabel 3.7.1.4, memperlihatkan bahwa di provinsi NAD lebih dari separuh (55,3%) penduduk berumur 15-24 tahun sudah mulai merokok tiap hari pada umur 15-19 tahun, dan merupakan prevalensi tertinggi berdasarkan kelompok umur. Semakin rendah tingkat pendidikan cenderung semakin tinggi prevalensi perokok yang tidak tahu umur berapa mulai merokok setiap hari. Laki-laki cenderung lebih muda mulai merokok dibandingkan dengan perempuan, kecuali pada kelompok umur 30 tahun ke atas, perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Ada kecenderungan umur mulai merokok setiap hari di perkotaan lebih muda dibandingkan di pedesaan. Tidak ada perbedaan berarti pada umur mulai merokok setiap hari berdasarkan pengeluaran per kapita.

Tabel 3.7.1.5
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Umur Pertama Kali Merokok Berdasarkan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Umur Pertama Kali Merokok						Tidak Tahu
	5-9 Th	10-14 Th	15-19 Th	20-24 Th	25-29 Th	>=30 Th	
Simeulue	1,6	7,4	38,1	14,8	9,0	2,6	26,5
Aceh Singkil	0,4	9,9	38,8	9,5	1,7	1,7	37,9
Aceh Selatan	1,2	9,5	25,7	13,7	4,2	5,7	40,0
Aceh Tenggara	0,6	6,8	39,2	13,3	3,1	1,0	35,9
Aceh Timur	0,6	6,6	11,0	2,4	1,0	0,1	78,3
Aceh Tengah	1,6	9,6	23,4	13,1	1,4	2,3	48,6
Aceh Barat	2,7	6,3	9,2	1,9	0,6	0,4	79,0
Aceh Besar	0,8	7,1	31,4	14,8	1,8	0,3	43,9
Pidie	0,8	4,6	24,5	6,1	1,1	4,4	58,5
Bireuen	0,3	4,4	27,0	14,3	4,2	2,2	47,4
Aceh Utara	0,9	5,9	20,6	15,5	1,5	3,2	52,4
Aceh Barat Daya	0,0	6,0	29,2	9,8	2,7	3,9	48,5
Gayo Lues	0,5	6,6	15,2	11,2	0,5	0,0	66,0
Aceh Tamiang	0,7	17,9	46,0	9,1	2,6	1,1	22,5
Nagan Raya	3,0	0,9	6,3	1,8	0,9	0,0	87,1
Aceh Jaya	1,3	6,2	17,7	8,8	2,7	1,3	61,9
Bener Meriah	0,6	4,7	20,9	6,9	1,2	1,2	64,5
Banda Aceh	0,0	8,0	44,6	24,8	5,0	3,7	14,0
Sabang	0,0	2,7	36,0	21,3	2,7	1,3	36,0
Langsa	1,0	3,9	23,0	8,7	1,6	0,3	61,5
Lhokseumawe	0,6	5,5	24,3	15,6	1,4	0,6	52,0
Nanggroe Aceh Darussalam	0,9	6,8	25,7	11,2	2,3	2,1	51,0

Berdasarkan tabel 3.7.1.5, dapat diketahui bahwa prevalensi pertama kali merokok/mengunyah tembakau pada kelompok umur 10-14 tahun berdasarkan Kabupaten, bahwa Kabupaten Aceh Tamiang (17.9%) mempunyai prevalensi tertinggi dan terendah pada Kabupaten Nagan Raya (0,9%).

Tabel 3.7.1.6
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Umur Pertama Kali Merokok dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Umur pertama kali merokok/kunyah tembakau						Tidak Tahu
	5-9 Th	10-14 Th	15-19 Th	20-24 Th	25-29 Th	>=30 Th	
Kelompok Umur (Tahun)							
10-14	7,4	11,4	0,0	0,0	0,0	0,0	81,1
15-24	0,7	13,5	41,0	5,5	0,0	0,0	39,3
25-34	0,6	6,5	34,2	14,2	1,9	0,2	42,4
35-44	0,7	6,1	24,6	14,6	3,2	1,7	49,0
45-54	0,8	4,6	20,8	11,6	2,8	3,9	55,5
55-64	1,0	4,6	12,3	10,1	4,2	5,4	62,5
65-74	0,4	1,8	10,7	9,5	1,8	6,0	70,0
75+	0,0	2,7	6,7	7,5	3,5	6,3	73,3
Jenis Kelamin							
Laki-laki	0,7	7,5	28,6	12,3	2,3	1,1	47,4
Perempuan	1,8	1,6	4,4	3,1	1,8	9,5	77,9
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0,4	3,9	10,3	7,0	1,1	8,2	69,3
Tidak Tamat SD	1,7	6,8	17,6	9,1	2,5	2,8	59,5
Tamat SD	1,3	7,7	22,0	8,8	2,4	2,5	55,3
Tamat SMP	0,6	8,9	30,7	10,7	2,1	0,8	46,2
Tamat SMA	0,4	5,8	33,7	15,3	2,5	0,9	41,5
Tamat PT	0,5	4,0	27,8	15,1	2,3	1,9	48,3
Tipe Daerah							
Pekotaan	0,6	6,3	30,1	16,1	2,1	1,8	43,0
Pedesaan	1,0	6,9	24,5	9,8	2,3	2,2	53,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	1,1	7,9	26,5	10,0	2,3	2,3	49,9
Kuintil-2	1,0	7,9	25,3	10,0	2,9	2,1	50,9
Kuintil-3	0,7	6,7	25,1	10,7	1,8	1,6	53,3
Kuintil-4	0,6	5,6	25,7	11,9	2,3	2,7	51,2
Kuintil-5	0,8	6,0	25,5	13,1	2,0	2,0	50,6

Berdasarkan tabel 3.7.1.6, dapat diketahui bahwa prevalensi pertama kali merokok/mengunyah tembakau pada kelompok umur 10-14 tahun sebesar (11.4%) pada laki-laki dengan pendidikan tamat SMP. Sedangkan antara daerah perkotaan dan pedesaan dengan prevalensi yang hampir sama yaitu 6.3% pada perkotaan dan 6.9% pada pedesaan.

Tabel 3.7.1.7
Prevalensi Perokok dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok Merokok dalam Rumah Ketika Bersama ART
Simeulue	91.4
Aceh Singkil	94.1
Aceh Selatan	92.4
Aceh Tenggara	86.2
Aceh Timur	67.1
Aceh Tengah	91.1
Aceh Barat	77.9
Aceh Besar	80.8
Pidie	75.9
Bireuen	76.5
Aceh Utara	82.5
Aceh Barat Daya	98.1
Gayo Lues	82
Aceh Tamiang	97.3
Nagan Raya	72.1
Aceh Jaya	76.3
Bener Meriah	90.4
Banda Aceh	85.6
Sabang	77.7
Langsa	92.5
Lhokseumawe	77.4
Nanggroe Aceh Darussalam	82,7

Dari table 3.7.1.7, dapat diketahui bahwa dari penduduk yang merokok, sebagian besar akan merokok di rumah. Hal ini mempengaruhi anggota keluarga yang lain menjadi perokok pasif.

Tabel 3.7.1.8
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Rokok yang Dihisap							
	Kretek Dengan Filter	Kretek Tanpa Filter	Rokok Putih	Rokok Linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau Dikunyah	Lainnya
Simeulue	64,7	27,6	12,9	3,5	0,0	0,0	5,3	0,0
Aceh Singkil	78,1	28,9	5,0	6,5	0,0	0,0	2,0	0,0
Aceh Selatan	34,5	38,9	5,0	13,9	0,7	0,0	14,7	1,1
Aceh Tenggara	71,2	39,2	7,2	6,8	0,0	0,5	4,7	0,5
Aceh Timur	50,9	44,2	24,0	4,0	0,2	0,6	1,7	0,2
Aceh Tengah	55,8	40,3	10,8	11,4	0,8	1,6	6,5	0,6
Aceh Barat	57,4	30,3	23,8	13,1	1,0	0,8	8,4	5,2
Aceh Besar	75,9	36,7	6,1	3,2	0,3	0,3	5,6	0,5
Pidie	33,4	48,5	18,6	5,3	0,0	0,0	15,2	2,1
Bireuen	55,8	28,6	8,6	6,3	0,0	0,2	6,9	0,6
Aceh Utara	53,5	44,4	17,6	8,8	0,3	0,2	8,4	0,9
Aceh Barat Daya	39,1	42,5	50,4	14,1	0,6	0,6	7,6	0,3
Gayo Lues	70,7	25,2	23,9	25,6	0,0	0,0	4,3	0,6
Aceh Tamiang	59,2	41,7	28,0	3,3	0,2	0,0	0,9	0,2
Nagan Raya	61,4	27,2	14,1	8,9	2,2	1,5	2,6	0,4
Aceh Jaya	60,9	30,7	11,0	8,9	0,0	1,6	6,3	2,4
Bener Meriah	50,6	51,8	18,9	15,0	0,7	0,6	2,3	1,0
Banda Aceh	70,6	34,3	8,0	2,2	0,0	1,0	4,0	0,8
Sabang	70,6	26,5	0,0	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0
Langsa	50,9	27,6	17,6	1,5	0,0	0,0	1,1	3,3
Lhokseumawe	58,7	43,3	22,6	3,5	0,3	0,7	0,4	0,0
Nanggroe Aceh Darussalam	55,3	38,4	16,1	7,5	0,3	0,4	6,6	0,9

Secara umum di provinsi NAD ada 2 jenis rokok yang dihisap tertinggi prevalensinya adalah jenis kretek dengan filter (55,3%) dan kretek tanpa filter (38,4%), kemudian rokok putih (16,1%) dan rokok linting (7,5%). Kabupaten tertinggi yang penduduknya menghisap rokok jenis kretek dengan filter adalah Kabupaten Aceh Singkil (78,1%) dan terendah Pidie (33,4%), namun penduduk di Kabupaten Pidie cukup tinggi dalam menghisap rokok kretek tanpa filter (48,5%) menempati urutan kedua setelah Kabupaten Bener meriah (51,8%).

Tabel 3.7.1.9
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Rokok yang Dihisap							
	Kretek dengan Filter	Kretek Tanpa Filter	Rokok Putih	Rokok Linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau Dikunyah	Lainnya
Kelompok Umur (Tahun)								
10-14	65,6	23,3	39,0	11,7	3,4	3,3	3,4	5,8
15-24	68,0	29,8	25,0	1,1	0,1	0,3	0,5	0,3
25-34	65,9	38,6	16,3	2,8	0,3	0,3	1,1	0,6
35-44	57,8	44,0	14,7	4,4	0,2	0,2	3,9	0,7
45-54	48,4	43,9	12,9	10,3	0,4	0,3	8,4	1,6
55-64	34,8	38,5	11,0	17,4	0,4	0,9	17,6	1,4
65-74	27,0	29,1	10,8	30,1	1,0	0,7	25,7	1,8
75+	20,8	23,0	12,6	26,4	3,4	0,5	37,7	2,3
Jenis Kelamin								
Laki	58,2	40,4	17,0	7,9	0,3	0,4	1,6	0,9
Perempuan	22,7	15,8	5,7	3,3	0,8	0,4	61,6	1,5
Pendidikan								
Tidak Sekolah	27,6	25,2	11,3	18,5	0,2	0,3	36,1	3,2
Tidak Tamat SD	38,1	42,0	13,2	16,0	0,9	0,7	12,7	1,2
Tamat SD	50,4	44,5	17,2	9,8	0,3	0,5	6,2	1,2
Tamat SMP	62,6	38,0	17,4	3,9	0,1	0,3	2,1	0,6
Tamat SMA	66,2	35,9	17,0	2,4	0,2	0,3	1,4	0,5
Tamat PT	69,2	33,6	14,2	3,6	0,8	0,5	1,4	0,3
Tipe Daerah								
Pekotaan	65,5	33,4	13,0	3,1	0,1	0,4	2,9	1,1
Pedesaan	52,6	39,8	16,9	8,8	0,4	0,4	7,6	0,9
Tingkat Pengeluaran Per Kapita								
Kuintil-1	56,0	41,1	15,5	9,5	0,4	0,5	6,3	1,0
Kuintil-2	54,7	38,7	17,3	9,3	0,2	0,2	6,7	1,1
Kuintil-3	53,4	39,5	16,3	7,6	0,3	0,3	6,7	1,6
Kuintil-4	55,6	36,0	16,6	6,7	0,4	0,5	8,1	0,8
Kuintil-5	56,1	37,3	14,5	5,8	0,4	0,4	5,1	0,4

Tabel 3.7.1.9, menyajikan Prevalensi penduduk ≥ 10 tahun yang merokok menurut jenis rokok yang dihisap. Dapat dilihat bahwa sebagian besar penduduk yang berumur antara 10-44 cenderung memilih rokok kretek dengan filter, sedangkan penduduk yang berumur 55 tahun keatas cenderung memilih rokok linting. Dalam Riset memperlihatkan bahwa penduduk dengan tingkat pendidikan tidak sekolah lebih memilih tembakau yang dikunyah. Sedangkan penduduk dengan tingkat pendidikan lebih tinggi akan lebih memilih rokok kretek dengan filter.

3.7.2 Perilaku Penduduk Makan 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 dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang Makan Buah dan Sayur
Aceh Singkil	98,9
Aceh Selatan	99,5
Aceh Tenggara	99,4
Aceh Timur	98,3
Aceh Tengah	90,5
Aceh Barat	87,7
Aceh Besar	95,3
Pidie	97,4
Bireuen	98,4
Aceh Utara	99,0
Aceh Barat Daya	94,0
Gayo Lues	97,0
Aceh Tamiang	91,8
Nagan Raya	96,2
Aceh Jaya	92,1
Bener Meriah	87,5
Banda Aceh	97,8
Sabang	96,6
Langsa	80,8
Lhokseumawe	97,7
Nanggroe Aceh Darussalam	95,9

Berdasarkan kabupaten, dari tabel ini terlihat bahwa Kabupaten Langsa memiliki angka kecukupan sayur dan buah yang paling baik (19.2%). Sedangkan kabupaten yang memiliki angka kecukupan sayur dan buah paling rendah adalah Kabupaten Aceh Selatan (0.5%).

Tabel 3.7.2.2
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang Makan Buah dan Sayur
Kelompok Umur (Tahun)	
10-14	96,8
15-24	96,0
25-34	95,2
35-44	95,3
45-54	95,7
55-64	96,3
65-74	96,6
75+	97,2
Jenis Kelamin	
Laki-laki	95,9
Perempuan	95,9
Pendidikan	
Tidak Sekolah	97,5
Tidak Tamat SD	96,5
Tamat SD	96,2
Tamat SMP	96,1
Tamat SMA	95,3
Tamat PT	92,2
Pekerjaan	
Tidak Kerja	96,1
Sekolah	96,7
Ibu RT	95,7
Pegawai	93,0
Wiraswasta	95,8
Petani/Nelayan/Buruh	96,2
Lainnya	93,6
Tipe Daerah	
Pekotaan	94,6
Pedesaan	96,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil-1	96,9
Kuintil-2	96,4
Kuintil-3	95,8
Kuintil-4	95,7
Kuintil-5	94,7

Dari tabel ini dapat diketahui bahwa secara garis besar prevalensi penduduk yang memiliki kecukupan sayur dan buah sangat kecil. Pada penduduk yang berumur 10-14 tahun memiliki kecukupan sayur dan buah paling baik (3.2%). Laki-laki dan perempuan memiliki prevalensi kecukupan sayur dan buah yang sama/sebanding.

3.7.3 Alkohol

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 Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Konsumsi Alkohol 12 Bulan Terakhir	Konsumsi Alkohol 1 Bulan Terakhir
Simeulue	0,8	0,0
Aceh Singkil	0,8	0,7
Aceh Selatan	1,1	0,8
Aceh Tenggara	3,4	2,7
Aceh Timur	2,3	0,0
Aceh Tengah	3,0	2,1
Aceh Barat	1,6	1,6
Aceh Besar	1,7	0,0
Pidie	1,2	0,0
Bireuen	1,2	0,0
Aceh Utara	1,3	0,0
Aceh Barat Daya	0,4	0,0
Gayo Lues	0,5	0,5
Aceh Tamiang	2,8	1,2
Nagan Raya	1,7	0,3
Aceh Jaya	1,6	0,2
Bener Meriah	0,7	0,0
Banda Aceh	0,6	0,1
Sabang	0,4	0,4
Langsa	0,6	0,4
Lhokseumawe	0,0	0,0
Nanggroe Aceh Darussalam	1,5	0,4

Prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir yang tertinggi terdapat di Kabupaten Aceh Tenggara memiliki prevalensi yang paling tinggi dalam mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir yaitu (3,4%) dan di kabupaten Lhokseumawe tidak terdapat peminum alkohol. Prevalensi untuk yang konsumsi alkohol 1 bulan terakhir tertinggi di Aceh Tenggara (2,7%) dan Aceh Tengah (2,1%) selebihnya mempunyai prevalensi yang kecil antara 0-1,2%.

Tabel 3.7.3.2
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Minum Alkohol dalam 12 Bulan Terakhir	Masih Minum Alkohol 1 Bulan Terakhir
Kelompok Umur (Tahun)		
10-14	2,6	0,7
15-24	1,5	0,4
25-34	1,3	0,5
35-44	1,2	0,4
45-54	1,1	0,3
55-64	0,7	0,2
65-74	1,9	0,3
75+	0,6	0,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	2,7	0,9
Perempuan	0,3	0,0
Pendidikan		
Tidak Sekolah	1,7	0,5
Tidak Tamat SD	1,8	0,4
Tamat SD	1,4	0,4
Tamat SMP	1,4	0,4
Tamat SMA	1,4	0,6
Tamat SMA +	1,0	0,3
Tipe Daerah		
Pekotaan	1,1	0,4
Pedesaan	1,6	0,5
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	1,2	0,4
Kuintil-2	1,3	0,3
Kuintil-3	1,4	0,5
Kuintil-4	1,5	0,5
Kuintil-5	1,8	0,5

Dari tabel ini dapat diketahui bahwa prevalensi terbesar penduduk yang mengonsumsi alkohol 12 bulan terakhir adalah umur 10-14 tahun (2.6%) dan hanya 0.7% yang tetap mengonsumsi alkohol 1 bulan terakhir. Prevalensi laki-laki yang mengonsumsi minuman keras pada laki-laki sebesar 2.7%, jauh lebih besar dibandingkan perempuan. Penduduk yang tinggal di perkotaan lebih sedikit mengonsumsi alkohol dibandingkan penduduk yang tinggal di pedesaan, dari status ekonomi dapat terlihat bahwa penduduk yang memiliki status ekonomi tinggi akan cenderung lebih banyak mengonsumsi alkohol.

3.7.4 Aktifitas Fisik

Aktivitas fisik secara teratur bermanfaat untuk mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Dikumpulkan data frekuensi beraktivitas fisik dalam seminggu terakhir untuk penduduk 10 tahun ke atas. Kegiatan aktivitas fisik dikategorikan 'cukup' apabila kegiatan dilakukan terus-menerus sekurangnya 10 menit dalam satu kegiatan tanpa henti dan secara kumulatif 150 menit selama lima hari dalam

satu minggu. Selain frekuensi, dilakukan pula pengumpulan data intensitas, yaitu jumlah hari melakukan aktivitas 'berat', 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit aktivitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktivitas yang dilakukan, di mana aktivitas diberi pembobotan, masing-masing untuk aktivitas 'berat' empat kali, aktivitas 'sedang' dua kali terhadap aktivitas 'ringan' atau jalan santai. Pembobotan ini yang dikenal dengan metabolik ekuivalen (MET). MET adalah perbandingan antara metabolik rate orang bekerja dibandingkan dengan metabolik rate orang dalam keadaan istirahat. MET biasa digunakan untuk menggambarkan intensitas aktifitas fisik, dan juga digunakan untuk analisis data GPAC (Global Physical activity Questionaire). 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 Penduduk ≥10 Tahun yang Kurang Melakukan Kegiatan Aktif
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang Aktivitas Fisik
Simeulue	27.7
Aceh Singkil	43.6
Aceh Selatan	28.3
Aceh Tenggara	59.7
Aceh Timur	76.2
Aceh Tengah	20.6
Aceh Barat	44.7
Aceh Besar	56.7
Pidie	62.9
Bireuen	59.2
Aceh Utara	47.5
Aceh Barat Daya	42.1
Gayo Lues	24.9
Aceh Tamiang	44.5
Nagan Raya	73.7
Aceh Jaya	39.2
Bener Meriah	37.9
Banda Aceh	64.4
Sabang	65.7
Langsa	77.4
Lhokseumawe	54.3
Nanggroe Aceh Darussalam	53.0

Secara umum prevalensi penduduk di provinsi NAD yang cukup melakukan kegiatan aktif , sebesar 53,0.% dan kurang aktivitas fisik yang tertinggi adalah Kabupaten Langsa (77,4%) dan terendah di kabupaten Aceh Tengah (20,6%).

Tabel 3.7.4.2
Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas yang Kurang Melakukan
Kegiatan Aktifitas Fisik Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang Aktivitas Fisik
Kelompok Umur (Tahun)	
10-14	73.6
15-24	57.5
25-34	44.9
35-44	40.3
45-54	43.1
55-64	53.2
65-74	68.4
75+	80.8
Jenis Kelamin	
Laki	45.2
Perempuan	60.2
Pendidikan	
Tidak Sekolah	61.3
Tidak Tamat SD	57.3
Tamat SD	50.7
Tamat SMP	49.0
Tamat SMA	52.5
PT	57.7
Pekerjaan	
Tidak Kerja	71.7
Sekolah	66.9
Ibu RT	59.5
Pegawai	54.8
Wiraswasta	47.6
Petani/Nelayan/Buruh	31.2
Lainnya	54.2
Tipe Daerah	
Perkotaan	59.5
Perdesaan	50.9
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil-1	49.7
Kuintil-2	52.0
Kuintil-3	52.1
Kuintil-4	55.1
Kuintil-5	57.4

Dalam Riskesdas penduduk ditanyakan mengenai kebiasaan melakukan aktivitas fisik berat, sedang dan ringan. Penduduk yang tidak biasa melakukan aktivitas adalah penduduk yang tidak melakukan aktivitas fisik berat, sedang atau ringan atau melakukan aktivitas berat, sedang dan ringan tetapi kurang dari sepuluh menit. Dari tabel 3.104, terlihat bahwa yang paling kurang beraktifitas fisik adalah kelompok umur 75+ tahun (80,8%), dan umur 10-14 tahun (73,6%). Perempuan cenderung kurang beraktifitas fisik dibandingkan laki-laki, Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin banyak melakukan aktifitas fisik. Tidak ada perbedaan tipe daerah dan tingkat kuintil pengeluaran per kapita terhadap kegiatan aktifitas fisik

3.7.5 Pengetahuan dan Sikap Terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS

3.7.5.1 Pengetahuan dan Sikap Terhadap Flu Burung

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

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

Tabel 3.7.5.1.1
Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah Mendengar	Berpengetahuan Benar	Bersikap Benar
Simeulue	37,6	74,2	73,4
Aceh Singkil	48,5	90,3	86,3
Aceh Selatan	54,9	65,9	86,7
Aceh Tenggara	64,5	84,6	94,9
Aceh Timur	42,0	88,0	89,2
Aceh Tengah	69,5	69,6	94,5
Aceh Barat	51,6	66,0	77,9
Aceh Besar	87,5	91,9	97,5
Pidie	50,3	73,8	75,7
Bireuen	51,9	85,3	93,2
Aceh Utara	66,3	72,4	79,2
Aceh Barat Daya	39,6	97,7	98,5
Gayo Lues	36,2	84,3	89,3
Aceh Tamiang	80,6	83,0	83,9
Nagan Raya	44,5	79,8	85,9
Aceh Jaya	57,7	79,4	87,9
Bener Meriah	56,1	68,9	86,9
Banda Aceh	95,5	88,6	95,2
Sabang	83,5	90,9	93,4
Langsa	69,0	76,7	97,7
Lhokseumawe	75,5	95,6	97,5
Nanggroe Aceh Darussalam	61,7	81,3	88,7

Tabel 3.7.5.1.1 menunjukkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung dan provinsi. Secara umum di Provinsi NAD penduduk (di atas 10 tahun) yang pernah mendengar tentang flu burung sebesar 61,7% dengan Kabupaten tertinggi adalah Kota Banda Aceh (95,5%) terendah Gayo Lues (36,2%). Sedangkan berpengetahuan benar secara umum sebesar 81,3% dan tertinggi di kabupaten Lhokseumawe 95,6%, terendah di kabupaten Aceh Selatan (65,9%). Bersikap benar tentang flu burung secara umum 88,7%, tertinggi di kabupaten Langsa (97,7%) dan terendah kabupaten Simeuleu 73,4%.

Tabel 3.7.5.1.2
Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Mendengar	Berpengetahuan Benar	Bersikap Benar
Kelompok Umur (Tahun)			
10-14	44,9	33,2	35,6
15-24	76,0	65,7	69,3
25-34	71,3	59,4	64,4
35-44	66,7	54,0	60,0
45-54	57,0	44,7	50,5
55-64	43,1	30,5	36,5
65-74	28,2	18,0	23,8
75+	17,2	11,7	13,5
Jenis Kelamin			
Laki-laki	64,3	53,7	57,6
Perempuan	59,3	46,9	52,1
Pendidikan			
Tidak Sekolah	26,3	18,1	19,8
Tidak Tamat SD	39,4	27,4	30,5
Tamat SD	52,7	39,4	43,7
Tamat SMP	70,8	58,8	64,2
Tamat SMA	83,7	73,1	79,1
Tamat SMA +	87,0	78,6	83,8
Pekerjaan			
Tidak Kerja	52,9	42,3	46,3
Sekolah	61,9	50,9	54,5
Ibu RT	60,2	46,9	53,2
Pegawai	88,1	79,8	84,1
Wiraswasta	73,1	62,8	67,8
Petani/Nelayan/Buruh	52,1	39,1	43,6
Lainnya	69,5	59,3	63,4
Tempat Tinggal			
Pekotaan	80,8	69,6	75,4
Pedesaan	55,6	43,9	48,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	55,4	43,2	48,0
Kuintil-2	58,0	46,5	50,0
Kuintil-3	61,9	50,4	54,7
Kuintil-4	63,2	51,0	56,6
Kuintil-5	68,8	58,2	63,4

Tabel 3.7.5.1.2 menunjukkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung dan karakteristik responden. Kelompok umur 15-24 tahun merupakan kelompok tertinggi untuk kategori pernah mendengar, berpengetahuan benar dan bersikap benar. Prevalensi laki-laki yang pernah mendengar tentang flu burung lebih tinggi dari perempuan (64,3% dibanding 59,3%), demikian juga lebih banyak laki-laki memiliki pengetahuan dan sikap benar. Menurut Tipe Daerah,

penduduk di perkotaan lebih banyak yang telah mendengar tentang flu burung, dan lebih banyak yang memiliki pengetahuan dan sikap yang benar terhadap flu burung dibanding perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi presentase penduduk yang telah pernah mendengar tentang flu burung, dan yang mempunyai pengetahuan serta sikap yang benar tentangnya.

3.7.5.2 Pengetahuan dan Sikap Terhadap HIV/AIDS

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

Tabel 3.7.5.2.1
Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas
Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Berdasarkan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah Mendengar	Berpengetahuan Benar*	Berpengetahuan Benar **
Simeulue	24,6	26,8	37,3
Aceh Singkil	30,5	10,0	47,5
Aceh Selatan	22,0	32,5	42,3
Aceh Tenggara	53,6	6,5	15,3
Aceh Timur	33,0	48,2	58,0
Aceh Tengah	37,0	9,0	37,8
Aceh Barat	29,0	16,1	36,1
Aceh Besar	69,3	16,6	50,1
Pidie	35,1	14,0	20,5
Bireuen	37,2	23,2	32,8
Aceh Utara	49,0	8,0	30,2
Aceh Barat Daya	24,1	40,0	20,9
Gayo Lues	23,6	6,7	9,0
Aceh Tamiang	52,6	4,3	41,5
Nagan Raya	25,8	32,6	40,2
Aceh Jaya	40,2	14,0	22,7
Bener Meriah	32,0	26,2	44,6
Banda Aceh	88,5	10,0	69,8
Sabang	72,5	29,2	42,1
Langsa	56,5	25,9	50,8
Lhokseumawe	59,5	35,6	45,5
Nanggroe Aceh Darussalam	44,3	17,9	41,0

*) Berpengetahuan benar tentang penularan adalah bila menjawab benar 4 dari 7 pertanyaan

***) Berpengetahuan benar tentang pencegahan adalah bila menjawab benar 4 dari 6 pertanyaan

Provinsi NAD yang mempunyai prevalensi tertinggi penduduk berumur ≥ 10 tahun dan pernah mendengar tentang HIV/AIDS adalah Banda Aceh (88,5%), terendah di Aceh Selatan (22,0%). Sedangkan yang mempunyai prevalensi tertinggi penduduk

dengan pengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS adalah kabupaten Aceh Timur (48,2%) dan terendah di kabupaten Aceh Tamiang (4,3%). Dan yang mempunyai prevalensi tertinggi penduduk dengan pengetahuan benar tentang pencegahan (atau dikatakan sebagai bersikap benar) terhadap HIV/AIDS adalah kota Banda Aceh (69,8%), terendah di kabupaten Gayo Lues (9,0%).

Tabel 3.7.5.2.2
Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas
Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Mendengar	Berpengetahuan Benar*	Berpengetahuan Benar **
Kelompok Umur (Tahun)			
10-14	18,4	18,4	4,7
15-24	61,1	61,1	25,5
25-34	57,4	57,4	25,0
35-44	50,4	50,4	21,5
45-54	36,2	36,2	14,7
55-64	24,3	24,3	8,8
65-74	13,9	13,9	5,0
75+	9,2	9,2	3,5
Jenis Kelamin			
Laki-laki	47,2	47,2	19,2
Perempuan	41,6	41,6	17,1
Pendidikan			
Tidak Sekolah	13,3	13,3	4,5
Tidak Tamat SD	18,7	18,7	5,5
Tamat SD	29,3	29,3	8,1
Tamat SMP	52,0	52,0	17,7
Tamat SMA	72,4	72,4	35,2
PT	81,7	81,7	49,3
Pekerjaan			
Tidak Kerja	37,7	37,7	15,4
Sekolah	40,4	40,4	14,4
Ibu RT	42,2	42,2	16,2
Pegawai	81,0	81,0	47,8
Wiraswasta	59,5	59,5	27,9
Petani/Nelayan/Buruh	32,4	32,4	9,5
Lainnya	55,7	55,7	27,0
Tipe Daerah			
Pekotaan	67,2	67,2	36,6
Pedesaan	36,9	36,9	12,2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	34,8	34,8	12,3
Kuintil-2	39,6	39,6	14,3
Kuintil-3	44,3	44,3	17,5
Kuintil-4	46,8	46,8	18,6
Kuintil-5	54,4	54,4	26,7

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

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

Dari tabel ini dapat diketahui bahwa penduduk yang berumur antara 15-24 tahun yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS memiliki prevalensi yang paling besar (61.1%). Begitu juga dengan pengetahuan tentang pencegahan HIV/AIDS, kelompok umur 15-24

tahun dan kelompok umur 24-34 tahun (25,5%) memiliki prevalensi yang hampir sama yaitu 25,0% dan 25,5%. Sedangkan sikap yang benar tentang HIV/AIDS semua kelompok umur hampir seimbang berkisar antara 66,0%-86,5%. Laki-laki dan perempuan menunjukkan tingkat pengetahuan dan sikap terhadap HIV/AIDS cenderung sama, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik dan benar pengetahuan dan sikapnya terhadap HIV/AIDS. Penduduk kota cenderung lebih baik pengetahuan dan benar sikapnya terhadap HIV/AIDS dibandingkan penduduk di perdesaan. Demikian juga semakin meningkat kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita, cenderung semakin baik dan benar pengetahuan dan sikapnya terhadap HIV/AIDS

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 memperlihatkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut kabupaten di NAD. Secara umum dari 21 Kabupaten di provinsi NAD yang berperilaku benar dalam hal BAB mempunyai prevalensi 61,6% dan kabupaten yang tertinggi adalah Banda Aceh (96,6%) dan terendah Aceh Barat Daya (26,0%). Sedangkan berperilaku benar dalam cuci tangan di Provinsi NAD mempunyai nilai 16,0% dan kabupaten yang tertinggi adalah Nagan raya (47,1%) dan terendah Kabupaten Aceh Tenggara (2,0%).

Tabel 3.7.6.1
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam
Buang Air Besar dan Cuci Tangan Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Berperilaku Benar dalam Hal BAB*	Berperilaku Benar Cuci Tangan dengan Sabun**
Simeulue	45,1	12,0
Aceh Singkil	40,9	7,6
Aceh Selatan	37,2	8,9
Aceh Tenggara	43,2	2,0
Aceh Timur	69,9	28,5
Aceh Tengah	76,1	8,4
Aceh Barat	70,0	26,0
Aceh Besar	80,5	8,0
Pidie	42,1	7,9
Bireuen	57,3	7,9
Aceh Utara	57,8	25,4
Aceh Barat Daya	26,0	3,6
Gayo Lues	30,6	13,4
Aceh Tamiang	64,2	5,5
Nagan Raya	48,0	47,1
Aceh Jaya	71,8	9,8
Banda Aceh	96,6	22,5
Sabang	80,0	16,5
Langsa	90,5	4,9
Lhokseumawe	86,4	40,6
Nanggroe Aceh Darussalam	61,6	16,0

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

**) 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.

Dari tabel 3.7.6.1, terlihat bahwa penduduk di provinsi NAD sebagian besar (61,6%) berperilaku benar dalam hal BAB, yang tertinggi prevalensinya adalah kota Banda Aceh (96,6%), terendah di kabupaten Aceh Barat Daya (26,0%). Sedangkan prevalensi berperilaku benar dalam cuci tangan dengan sabun, hanya (16,0%), dengan kisaran tertinggi di kabupaten Nagan Raya (47,1%), terendah di kabupaten Aceh Tenggara (2,0%).

Tabel 3.7.6.2
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Berperilaku Benar dalam Hal BAB*	Berperilaku Benar Cuci Tangan dengan Sabun**
Kelompok Umur (Tahun)		
10-14	56,3	11,6
15-24	63,2	17,2
25-34	63,2	18,5
35-44	64,2	17,1
45-54	61,3	16,3
55-64	60,0	14,2
65-74	57,0	11,5
75+	55,4	7,5
Jenis Kelamin		
Laki	62,3	13,2
Perempuan	60,9	18,6
Pendidikan		
Tidak Sekolah	39,6	11,7
Tidak Tamat SD	48,6	12,2
Tamat SD	53,4	14,8
Tamat SMP	63,8	16,4
Tamat SMA	78,3	18,5
Tamat PT	86,6	25,8
Pekerjaan		
Tidak Kerja	56,8	14,2
Sekolah	62,3	14,3
Ibu RT	64,3	19,3
Pegawai	87,3	19,6
Wiraswasta	77,7	16,2
Petani/Nelayan/Buruh	44,7	15,2
Lainnya	70,5	13,3
Tipe Daerah		
Pekotaan	90,1	20,1
Pedesaan	52,4	14,7
Tingkat Pengeluaran per Kapita		
Kuintil-1	48,6	14,0
Kuintil-2	54,7	14,6
Kuintil-3	61,4	15,3
Kuintil-4	66,6	17,0
Kuintil-5	74,6	18,6

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

**) 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.

Dari tabel 3.7.6.2, dapat dilihat bahwa antara penduduk laki-laki dan perempuan memiliki tingkat kebiasaan BAB dan mencuci tangan dengan sabun hampir sama/sebanding pada laki-laki 62.3% dan pada perempuan 60.9%. Penduduk di daerah perkotaan

memiliki tingkat kebiasaan BAB (90.1%) dan mencuci tangan dengan sabun (20.1%) lebih baik dibanding penduduk di daerah pedesaan. Semakin tinggi pendidikan cenderung semakin berperilaku benar dalam BAB, dan cuci tangan dengan sabun, demikian juga dengan tingkat pengeluaran per kapita,

3.7.7 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. Dari table di bawah ini bahwa Rumah Tangga yang memenuhi kriteria baik dalam berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) tertinggi di kabupaten Sabang (50,5%) dan terendah di kabupaten Gayo Lues (16,6%).

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 3.7.7
Prevalensi Rumah Tangga yang memenuhi kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Baik	Buruk
Simeulue	29.1	70.9
Aceh Singkil	36.4	63.6
Aceh Selatan	35.9	64.1
Aceh Tenggara	32.9	67.1
Aceh Timur	20.4	79.6
Aceh Tengah	47.1	52.9
Aceh Barat	42.9	57.1
Aceh Besar	23.9	76.1
Pidie	35.1	64.9
Bireuen	45.2	54.8
Aceh Utara	32.1	67.9
Aceh Barat Daya	33.7	66.3
Gayo Lues	16.6	83.4
Aceh Tamiang	39.7	60.3
Nagan Raya	17.3	82.7
Aceh Jaya	22.9	77.1
Bener Meriah	45.3	54.7
Banda Aceh	45.7	54.3
Sabang	50.5	49.5
Langsa	40.7	59.3
Lhokseumawe	41.8	58.2
Nanggroe Aceh Darussalam	34.7	65.3

3.8 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

3.8.1 Akses dan Pemanfaatan, Tempat Berobat dan Ketanggapan 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/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	<1 Km	1-5 Km	> 5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Simeulue	66,3	26,7	6,9	67,8	19,8	11,9	0,5
Aceh Singkil	49,1	36,8	14,1	49,6	39,7	10,3	0,4
Aceh Selatan	18,4	69,3	12,3	55,6	21,6	11,5	11,3
Aceh Tenggara	31,6	67,5	0,9	63,5	32,8	3,3	0,5
Aceh Timur	16,9	69,2	13,9	60,5	30,2	2,9	6,5
Aceh Tengah	36,6	52,2	11,2	72,2	19,0	4,8	3,9
Aceh Barat	31,0	65,4	3,7	43,2	43,0	11,8	2,0
Aceh Besar	19,0	61,8	19,1	40,5	35,4	22,0	2,2
Pidie	28,0	68,8	3,1	46,7	40,9	11,4	1,0
Bireuen	9,6	83,1	7,2	48,6	43,1	7,5	0,8
Aceh Utara	6,9	70,5	22,5	56,3	27,0	12,3	4,4
Aceh Barat Daya	38,8	60,5	0,7	49,1	38,9	8,8	3,2
Gayo Lues	60,8	22,2	16,9	60,3	25,9	10,1	3,7
Aceh Tamiang	40,9	51,2	7,9	71,1	22,4	6,1	0,3
Nagan Raya	7,7	69,7	22,6	48,9	32,5	15,4	3,2
Aceh Jaya	31,8	48,0	20,2	58,0	30,1	7,5	4,4
Bener Meriah	36,8	48,6	14,5	34,5	32,1	22,6	10,8
Banda Aceh	50,3	49,7	0,0	68,4	30,8	0,8	0,0
Sabang	20,3	77,2	2,5	67,9	28,4	2,5	1,2
Langsa	48,6	42,3	9,1	81,2	13,0	0,6	5,2
Lhokseumawe	44,0	55,2	0,8	55,4	35,2	8,6	0,8
Nanggroe Aceh Darussalam	27,4	61,8	10,8	55,7	31,5	9,6	3,2

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

Fasilitas Pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam tabel ini adalah Rumah sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter praktek dan bidan praktek.

Dari segi *jarak* nampak bahwa 27,4% rumah tangga (RT) berjarak kurang dari 1 km dan 61,8% RT berjarak 1-5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa 89,2% RT di Nanggroe Aceh Darussalam berada kurang atau sama dengan 5 km dari fasilitas kesehatan dan 10,8% berada lebih dari jarak tersebut. Daerah yang mempunyai jarak lebih dari 5 km ke fasilitas kesehatan terbanyak berada di kabupaten Nagan Raya, Aceh Utara dan Aceh Jaya. Dari segi *Waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan* nampak bahwa 55,7% penduduk dapat mencapai ke fasilitas yankes kurang dari atau sama dengan 15 menit, 31,5% antara 16-30 menit. Hal ini dapat dikatakan 87,2% RT di Provinsi Nanggroe Aceh

Darussalam dapat mencapai fasilitas kesehatan dalam waktu 30 menit, sisanya 12,8% memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai fasilitas kesehatan.

Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas kesehatan tertinggi di Kabupaten Bener Meriah sebanyak 22,6%, berikutnya Kab Aceh Besar 22,0%, Kab Nagan Raya 15,4%, Kab Aceh Utara 12,3%.

Secara keseluruhan di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam sebagian besar kabupaten/kota relatif baik didasarkan pada jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan (hampir 90% RT berjarak ≤ 5 km atau waktu tempuh ≤ 30 menit). Kabupaten yang masih perlu perhatian yaitu yang lebih dari 10% RT-nya berjarak tempuh ke fasilitas kesehatan >5 km (sepuluh kabupaten) atau waktu tempuh lebih dari 30 menit sebanyak sepuluh kabupaten.

Tabel 3.8.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh
ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan^{*)} dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	<1 km	1-5km	>5 km	$\leq 15'$	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe Daerah							
Perkotaan	44,5	52,8	2,8	72,8	22,0	3,9	1,3
Perdesaan	22,5	64,4	13,1	50,6	34,3	11,3	3,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	23,2	63,5	13,3	49,4	33,1	13,7	3,8
Kuintil-2	25,3	63,4	11,3	52,4	33,0	11,1	3,6
Kuintil-3	28,6	60,1	11,3	55,4	32,8	9,0	2,8
Kuintil-4	27,5	62,4	10,2	56,4	32,0	8,0	3,6
Kuintil-5	33,0	59,4	7,7	65,2	26,9	5,9	2,0

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

Tabel 3.8.1.2 menyajikan informasi tentang jarak dan waktu tempuh rumahtangga terhadap sarana pelayanan kesehatan menurut Karakteristik Rumah Tangga. Berdasarkan Tipe Daerah, Persentase rumahtangga dengan jarak ke sarana pelayanan kesehatan >5 kilometer, di perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan, demikian juga menurut waktu akses di perkotaan lebih singkat dibanding di perdesaan. Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin dekat jarak, dan semakin singkat waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan.

Tabel 3.8.1.3
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh
ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) Berdasarkan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	<1 Km	1-5 Km	>5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Simeulue	82,9	11,6	5,5	83,5	10,5	5,0	1,0
Aceh Singkil	74,7	24,1	1,2	60,3	34,8	3,3	1,6
Aceh Selatan	77,2	22,6	0,2	84,5	11,6	1,5	2,3
Aceh Tenggara	40,8	58,1	1,1	79,0	18,4	1,8	0,8
Aceh Timur	26,6	58,9	14,5	66,0	21,3	1,9	10,7
Aceh Tengah	82,3	17,7	0,0	92,3	4,8	2,2	0,7
Aceh Barat	71,9	26,9	1,3	72,2	24,0	2,0	1,8
Aceh Besar	81,4	18,3	0,3	77,7	17,1	5,0	0,3
Pidie	97,1	2,9	0,0	91,7	7,2	0,0	1,1
Bireuen	65,9	34,1	0,0	89,5	8,5	1,7	0,2
Aceh Utara	56,1	35,2	8,6	76,4	18,5	3,9	1,2
Aceh Barat Daya	87,1	12,1	0,7	86,0	9,3	3,3	1,3
Gayo Lues	72,2	17,7	10,1	72,6	14,0	6,4	7,0
Aceh Tamiang	78,3	21,2	0,5	90,8	7,5	1,7	0,0
Nagan Raya	31,4	56,2	12,4	65,1	17,8	12,8	4,3
Aceh Jaya	67,9	27,3	4,8	82,0	13,8	2,6	1,6
Bener Meriah	51,4	39,5	9,2	45,9	27,6	17,0	9,5
Banda Aceh	89,0	11,0	0,0	97,1	2,1	0,0	0,8
Sabang	60,0	35,0	5,0	86,3	8,8	1,3	3,8
Langsa	80,4	16,3	3,3	93,8	2,2	0,0	4,0
Lhokseumawe	75,4	24,3	0,3	66,9	27,1	4,0	2,1
Nanggroe Aceh Darussalam	69,2	27,3	3,5	80,8	13,9	3,1	2,2

Catatan: Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu, Poskesdes, Polindes

Yang dimaksud dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada tabel ini adalah: Posyandu/Poskesdes/Polindes. Tabel ini berusaha menggambarkan akses masyarakat ke fasilitas Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).

Dari segi *jarak* nampak bahwa 69,2% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 27,3% berjarak 1-5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa hampir 100 % penduduk NAD berada kurang atau sama dengan 5 km dari fasilitas UKBM. Daerah dengan jumlah rumah tangga lebih dari 5 km ke fasilitas UKBM adalah di Kabupaten Aceh Timur (14,5%).

Dari segi Waktu tempuh ke fasilitas UKBM nampak bahwa 80,8% rumah tangga dapat mencapai ke fasilitas UKBM kurang dari atau sama dengan 15 menit, 13,9% antara 16-30 menit. Hal dapat ini dapat dikatakan 94,7% rumah tangga di Provinsi NAD dapat mencapai fasilitas UKBM dalam waktu ≤30 menit, sisanya 5,3% memerlukan waktu lebih

dari itu. Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas UKBM tertinggi di kabupaten Bener Meriah 17,0%.

Tabel 3.8.1.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat^{*)} dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	<1 km	1-5km	>5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe Daerah							
Perkotaan	84,0	15,2	0,8	89,2	8,3	1,1	1,4
Perdesaan	65,0	30,8	4,3	78,3	15,6	3,6	2,5
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	68,3	28,2	3,5	77,1	16,5	4,0	2,4
Kuintil-2	69,1	27,9	2,9	81,2	14,6	2,8	1,4
Kuintil-3	67,7	29,0	3,3	80,6	14,0	2,5	2,9
Kuintil-4	68,8	26,7	4,5	81,4	12,8	3,4	2,4
Kuintil-5	71,7	25,1	3,2	83,5	12,1	2,3	2,1

*) UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes

Berdasarkan Tipe Daerah, yaitu perkotaan atau perdesaan pada tabel ini nampak bahwa Akses menuju pelayanan UKBM, berdasarkan jarak, di perkotaan lebih dekat dibandingkan perdesaan, demikian juga menurut waktu tempuh di perkotaan lebih singkat dibanding di perdesaan. Dengan demikian akses RT ke Posyandu/Polindes/Poskesdes di perkotaan lebih mudah dibandingkan di perdesaan, baik menurut jarak atau waktu tempuhnya.

Gambaran akses ke UKBM berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita rumah tangga, pada tabel ini nampak di Provinsi NAD bahwa akses ke Posyandu/ Poskesdes/Polindes hampir terjangkau di setiap kuintil, karna tidak ada perbedaan yang menyolok antara kuintil-satu sampai dengan kuintil-5.

Tabel 3.8.1.5
Persentase rumah tangga Menurut pemanfaatan Posyandu/Poskesdes dan
Kabupaten/kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Simeulue	51,9	44,2	3,9
Aceh Singkil	38,8	44,6	16,7
Aceh Selatan	30,0	57,4	12,6
Aceh Tenggara	17,6	40,0	42,3
Aceh Timur	28,9	45,9	25,2
Aceh Tengah	36,7	43,4	19,9
Aceh Barat	30,3	43,4	26,2
Aceh Besar	37,6	52,9	9,4
Pidie	23,8	70,4	5,8
Bireuen	34,9	42,0	23,1
Aceh Utara	30,2	30,7	39,2
Aceh Barat Daya	33,4	64,9	1,7
Gayo Lues	25,7	25,1	49,2
Aceh Tamiang	30,2	67,3	2,5
Nagan Raya	24,4	46,9	28,7
Aceh Jaya	27,1	35,4	37,6
Bener Meriah	42,4	54,3	3,3
Banda Aceh	19,4	65,8	14,8
Sabang	30,9	66,7	2,5
Langsa	24,8	69,2	6,0
Lhokseumawe	34,7	42,1	23,2
Nanggroe Aceh Darussalam	30,4	50,0	19,7

Pada tabel ini nampak bahwa 30,4% rumah tangga di Provinsi NAD telah memanfaatkan Posyandu/Poskesdes, tertinggi di kab Simeulue (51,9%) dan terendah di kab Aceh Tenggara (17,6%). Di Provinsi NAD sebanyak 19,7% rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan tersebut. Kabupaten yang tidak memanfaatkan UKBM tertinggi adalah: Kabupaten Gayo Lues, Aceh Tenggara, Aceh Utara, Aceh Jaya dan Nagan Raya. Sebanyak 50,0% rumah tangga merasa tidak membutuhkan UKBM dengan alasan antara lain tidak memiliki balita atau tidak sakit.

Tabel 3.8.1.6
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lainnya
Tipe Daerah			
Perkotaan	25,4	59,4	15,2
Perdesaan	31,8	47,2	21,0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	38,0	42,7	19,3
Kuintil-2	33,3	46,6	20,1
Kuintil-3	30,2	50,2	19,6
Kuintil-4	28,4	51,8	19,8
Kuintil-5	21,5	58,7	19,8

Bila data pemanfaatan Posyandu/Poskesdes dikaji berdasarkan tempat tinggal maka nampak bahwa tidak terdapat perbedaan yang tinggi antara perkotaan dan perdesaan berkaitan dengan pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT di Provinsi NAD. Berdasarkan kemampuan ekonomi rumah tangga nampak ada kecenderungan makin mampu secara ekonomis RT maka cenderung untuk makin tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes.

Tabel 3.8.1.7
Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
Simeulue	90,9	58,1	58,1	48,1	51,4	84,6	71,6	64,8	33,0
Aceh Singkil	91,4	36,6	58,9	41,6	34,1	78,5	55,7	52,2	14,0
Aceh Selatan	97,0	20,1	69,8	20,1	15,7	23,3	56,0	73,0	5,7
Aceh Tenggara	50,0	1,3	6,5	7,9	19,5	78,9	14,5	13,0	0,0
Aceh Timur	73,0	35,9	45,3	40,6	41,5	81,7	24,4	26,3	12,1
Aceh Tengah	90,2	59,4	52,3	53,8	37,1	73,7	32,1	59,6	31,3
Aceh Barat	85,5	47,6	56,0	44,8	39,5	65,6	48,0	53,8	8,1
Aceh Besar	99,1	54,5	68,8	47,9	47,9	62,0	83,5	82,8	12,2
Pidie	96,1	67,5	71,0	24,9	13,4	13,4	79,4	77,6	19,3
Bireuen	100,0	64,4	76,4	50,8	36,4	31,8	88,2	78,0	10,2
Aceh Utara	95,3	53,6	61,0	46,9	27,2	35,6	55,4	51,5	21,1
Aceh Barat Daya	97,6	84,0	81,3	50,0	54,5	43,3	75,2	71,0	22,0
Gayo Lues	50,0	16,3	28,0	8,2	8,2	73,5	18,8	8,2	6,1
Aceh Tamiang	97,1	36,1	32,2	12,1	21,7	27,9	51,6	53,3	8,8
Nagan Raya	78,1	53,1	43,5	37,6	54,1	77,6	27,1	21,3	24,4
Aceh Jaya	94,7	39,3	63,9	47,5	27,4	69,4	46,6	34,4	19,4
Bener Meriah	80,6	51,2	71,9	55,9	59,4	93,8	35,7	27,3	42,2
Banda Aceh	95,7	75,2	51,0	47,5	18,6	38,6	69,6	57,8	11,1
Sabang	100,0	88,0	70,8	60,0	60,0	56,0	87,0	87,5	33,3
Langsa	92,6	50,0	58,5	51,2	54,9	45,1	83,3	64,6	15,9
Lhokseumawe	90,8	52,9	55,1	46,3	45,6	70,6	64,0	47,1	13,9
NAD	92,5	51,2	59,0	41,1	35,2	53,0	60,5	56,9	16,5

Tabel 3.8.1.7 memperlihatkan sembilan jenis pelayanan yang diterima masyarakat di provinsi NAD dari Posyandu/Poskesdes. Dari 9 jenis pelayanan tersebut, penimbangan menempati urutan yang pertama yaitu hampir semua RT yang memanfaatkan pelayanan mendapatkan pelayanan penimbangan Balita, sedangkan konsultasi resiko penyakit menempati urutan yang terakhir.

Bila diurutkan berdasarkan persentase terbesar layanan yang pernah diterima RT adalah sebagai berikut: Penimbangan (96,2%), PMT (60,5%), Imunisasi (59,0%), Suplemen Gizi (56,9%), Pengobatan (53,0%), Penyuluhan (51,2%), KIA (41,1%), KB (35,2%) dan konsultasi resiko penyakit (16,5%).

Tabel 3.8.1.8
Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima RT Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
Tipe Daerah									
Perkotaan	92,6	57,3	61,9	43,3	34,6	45,3	68,2	57,6	15,1
Perdesaan	92,5	49,8	58,3	40,5	35,3	54,7	58,6	56,8	16,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita									
Kuintil-1	94,5	48,6	56,2	38,3	32,4	47,1	63,8	57,4	14,2
Kuintil-2	91,5	53,1	62,5	41,4	35,6	55,2	62,1	61,8	16,8
Kuintil-3	93,0	54,8	58,7	41,7	40,1	54,9	60,5	56,5	17,1
Kuintil-4	90,4	49,2	57,8	45,3	36,3	57,9	55,4	53,9	17,8
Kuintil-5	92,0	51,4	62,5	38,4	32,4	53,0	59,0	54,9	17,5

Bila diidentifikasi jenis layanan yang diterima RT di Posyandu/Poskesdes berdasarkan tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan) nampak bahwa RT yang mendapat layanan pengobatan di Posyandu/Poskesdes di daerah perdesaan hampir sama/seimbang. Sedangkan dari 9 jenis pelayanan yang diterima penduduk, baik di perkotaan maupun di perdesaan hampir semua RT ($\geq 92,5\%$ RT) yang memanfaatkan Posyandu/Poskesdes mendapatkan pelayanan penimbangan badan Balita. Dua jenis pelayanan yang lain yaitu PMT dan Imunisasi diterima oleh lebih dari 50% RT yang memanfaatkan pelayanan Posyandu/Polindes. Dengan demikian fungsi Posyandu/ Poskesdes yang menonjol baik di daerah perkotaan maupun perdesaan adalah pelayanan penimbangan balita, PMT dan imunisasi.

Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT menurut status ekonomi (berdasar rata-rata pengeluaran rumah tangga) hampir seimbang, sehingga antara status ekonomi rendah dan tinggi semua memanfaatkan jenis pelayanan yang diberikan oleh Posyandu.

Tabel 3.8.1.9
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes (di Luar Tidak Membutuhkan) dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak Jauh	Tidak Ada Posyandu	Layanan Tidak Lengkap
Simeulue	46.2	38.5	15.4
Aceh Singkil	7.9	3.2	88.9
Aceh Selatan	14.6	8.1	77.3
Aceh Tenggara	16.4	49.8	33.8
Aceh Timur	10.9	16.9	72.2
Aceh Tengah	2.9	2.5	94.7
Aceh Barat	70.0	6.0	24.0
Aceh Besar		2.2	97.8
Pidie		28.1	71.9
Bireuen	3.3	1.6	95.1
Aceh Utara	14.5	18.7	66.8
Aceh Barat Daya	33.3	44.4	22.2
Gayo Lues	31.2	66.9	1.9
Aceh Tamiang	53.4		46.6
Nagan Raya	12.1	12.7	75.2
Aceh Jaya	5.8	65.9	28.4
Bener Meriah	33.4	6.6	60.0
Banda Aceh	4.9		95.1
Sabang	19.8	19.8	60.4
Langsa	19.8	29.6	50.5
Lhokseumawe	52.6	8.7	38.7
NAD	16.7	20.0	63.2

Distribusi alasan RT yang tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menunjukkan bahwa pada tiap kabupaten sangat bervariasi. Di Provinsi NAD dari tiga alasan RT tidak memanfaatkan pelayanan Posyandu/ Poskesdes (layanan tidak lengkap (63,2%), tidak ada posyandu (20,0%) dan letak jauh (16,7%).

Tabel 3.8.1.10
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes (di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik
Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak Jauh	Tidak Ada Posyandu	Layanan Tidak Lengkap
Tipe Daerah			
Perkotaan	14.7	5.0	80.4
Perdesaan	17.2	23.2	59.6
Tingkat Pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	22.3	21.3	56.4
Kuintil-2	17.1	20.6	62.2
Kuintil-3	16.1	17.4	66.6
Kuintil-4	15.0	18.9	66.1
Kuintil-5	12.9	22.3	64.7

Alasan letak Posyandu/Poskesdes jauh dan tidak ada Posyandu lebih banyak ditemukan pada RT yang tinggal di perdesaan dibandingkan di perkotaan. Sedangkan untuk alasan layanan tidak lengkap lebih banyak ditemukan di perdesaan. 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.

Tabel 3.8.1.11
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesmas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lainnya
Simeulue	52,9	36,4	10,7
Aceh Singkil	39,6	42,5	17,9
Aceh Selatan	18,5	44,3	37,2
Aceh Tenggara	9,8	70,7	19,5
Aceh Timur	21,7	54,6	23,7
Aceh Tengah	41,0	43,9	15,1
Aceh Barat	16,5	78,1	5,4
Aceh Besar	36,1	21,0	42,9
Pidie	13,0	79,2	7,8
Bireuen	31,7	40,4	27,9
Aceh Utara	16,0	37,3	46,7
Aceh Barat Daya	13,9	80,8	5,3
Gayo Lues	25,7	15,2	59,2
Aceh Tamiang	32,5	23,9	43,6
Nagan Raya	16,8	50,9	32,4
Aceh Jaya	28,4	36,7	34,9
Bener Meriah	43,2	12,0	44,9
Banda Aceh	9,1	65,1	25,7
Sabang	7,5	86,3	6,3
Langsa	16,0	71,0	13,0
Lhokseumawe	26,3	52,4	21,2
Nanggroe Aceh Darussalam	23,4	48,8	27,8

Sebanyak 23,4% rumah tangga di Provinsi NAD telah memanfaatkan keberadaan Polindes/bidan, dan 48,8 merasa tidak membutuhkan keberadaan Polindes/bidan desa. Kabupaten yang tinggi tidak memanfaatkan keberadaan Polindes/bidan desa adalah Gayo Lues (59,2%), Kabupaten Aceh Utara (46,7%) dan Bener Meriah (44,9%).

Tabel 3.8.1.12
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lainnya
Tipe Daerah			
Perkotaan	16,9	58,3	24,8
Perdesaan	25,3	46,0	28,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	27,1	42,9	30,0
Kuintil-2	26,1	46,4	27,5
Kuintil-3	23,6	49,2	27,2
Kuintil-4	22,6	49,3	28,1
Kuintil-5	17,5	57,0	25,4

Menurut daerah tempat tinggal, Rumah Tangga di perdesaan lebih banyak memanfaatkan Polindes/bidan desa dibandingkan Rumah Tangga di perkotaan, sedangkan yang tidak memanfaatkan relatif tidak ada perbedaan antara RT yang tinggal di perdesaan dan di perkotaan. Nampak ada kecenderungan semakin tinggi kuintil-semakin sedikit yang membutuhkan Polindes/bidan desa.

Tabel 3.8.1.13
Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Simeulue	15,2	6,5	6,6	6,9	44,1	92,3
Aceh Singkil	27,4	15,7	15,9	17,7	38,1	94,7
Aceh Selatan	29,6	14,3	16,3	6,1	23,5	83,7
Aceh Tenggara	18,6	2,3	4,7	0,0	11,6	90,7
Aceh Timur	19,0	12,5	11,9	9,9	22,6	92,3
Aceh Tengah	21,4	9,4	8,7	9,7	30,5	94,4
Aceh Barat	25,0	4,5	5,9	6,0	36,8	93,8
Aceh Besar	46,5	38,3	34,8	34,1	52,1	94,1
Pidie	41,4	4,7	8,6	4,7	54,4	39,0
Bireuen	38,2	30,1	31,8	21,8	78,9	34,4
Aceh Utara	31,1	23,3	20,4	6,3	57,3	62,0
Aceh Barat Daya	63,4	20,5	26,8	23,1	43,9	64,3
Gayo Lues	6,1	2,0	0,0	4,3	8,2	93,9
Aceh Tamiang	13,4	3,4	4,6	4,8	32,1	77,2
Nagan Raya	32,2	28,3	27,1	25,0	35,0	86,7
Aceh Jaya	39,1	23,4	21,9	23,3	43,1	73,8
Bener Meriah	8,5	45,0	5,4	15,0	9,3	93,9
Banda Aceh	20,8	6,1	6,1	12,8	29,2	81,3
Sabang	40,0	0,0	20,0	0,0	57,1	50,0
Langsa	30,2	15,4	15,1	14,3	40,4	83,0
Lhokseumawe	38,5	25,5	25,5	25,2	44,7	76,7
Nanggroe Aceh Darussalam	29,6	20,0	17,8	16,0	42,8	76,8

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 Perdesaan lebih banyak pada pelayanan bidang KIA dari pada pengobatan. Jenis pelayanan KIA yang diterima RT yang memanfaatkan Polindes/bidan Perdesaan mulai terbanyak berturut turut adalah Pemeriksaan bayi/balita (42,8%), Pemeriksaan kehamilan (29,6%), Persalinan (20,0%), Pemeriksaan ibu nifas (17,8) dan pemeriksaan neonatus (16,0). Namun hal ini tidak dapat menggambarkan beban kerja Polindes/bidan Perdesaan, 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 Perdesaan tanpa ditanyakan frekuensi pelayanan tersebut diperoleh.

Persentase RT menurut jenis pelayanan Polindes/bidan Perdesaan yang pernah diterima bervariasi antar kabupaten/Perkotaan. Persentase RT yang memanfaatkan Polindes/bidan Perdesaan dan mendapat pelayanan pemeriksaan kehamilan bervariasi antara 63,4% (Aceh Barat daya) sampai terkecil 6,1% (Kab Gayo Lues).

Untuk pelayanan persalinan bervariasi antara 45,0% (Bener Meriah) sampai terkecil 0,0% (Kab Sabang). Untuk pelayanan pemeriksaan nifas terbesar Kabupaten Aceh Besar (34,8%) dan yang terkecil Kab. Gayo Lues (0,0%). Untuk pelayanan pemeriksaan neonatus tertinggi Kabupaten Aceh Besar (34,1%) dan terendah Kabupaten Aceh Tenggara dan Sabang (0,0%). Untuk pelayanan pemeriksaan bayi/balita tertinggi di Kabupaten Bireuen (78,9%) dan terendah 8,2% (Kab Gayo Lues). Untuk pelayanan pengobatan tertinggi Aceh Singkil (94,7%) dan terendah 34,4% (Kab. Bireun).

Tabel 3.8.1.14
Persentase Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskeddas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Tipe Daerah						
Perkotaan	26,8	14,6	14,9	11,4	42,5	73,6
Perdesaan	30,1	21,1	18,4	16,9	42,8	77,5
Tingkat Pengeluaran Per Kapita						
Kuintil-1	24,9	17,0	17,4	15,1	49,1	73,8
Kuintil-2	30,7	21,6	19,4	16,6	44,4	77,9
Kuintil-3	28,3	20,6	15,9	13,7	44,1	76,6
Kuintil-4	31,4	21,7	18,1	17,9	39,1	79,7
Kuintil-5	35,8	19,9	19,3	17,8	35,0	76,2

Bila dibedakan antara daerah perdesaan dan perkotaan maka nampak bahwa di Provinsi NAD Persentase RT yang pernah memperoleh pelayanan pengobatan dari Polindes/bidan Perdesaan lebih tinggi dibanding dengan Persentase RT yang pernah memperoleh pelayanan dari masing-masing jenis pelayanan KIA (pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus dan pemeriksaan bayi/balita) baik di perdesaan maupun di perkotaan.

RT yang tinggal di perkotaan dan memanfaatkan pelayanan Polindes/bidan desa Persentase untuk masing-masing jenis pelayanan lebih tinggi dibanding Persentase RT yang tinggal dipedesaan, kecuali untuk pelayanan pemeriksaan bayi/balita Persentase RT yang tinggal di perdesaan dan perkotaan seimbang dalam memanfaatkan jenis

pelayanan tersebut. Secara umum tidak terdapat perbedaan yang cukup berarti terhadap jenis pelayanan Polindes/bidan Perdesaan yang diterima keluarga miskin maupun kaya.

Pada tabel terlihat bahwa pada jenis pelayanan pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan neonatus dan pengobatan bahwa makin rendah kuintil-cenderung memanfaatkan pelayanan tersebut lebih tinggi dibandingkan pada kuintil-1, sedangkan untuk pemeriksaan bayi /balita cenderung menurun pada kuintil-5.

Tabel 3.8.1.15
Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Alasan Lain dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan			
	Letak Jauh	Tidak Ada Polindes/Bidan	Layanan Tidak Lengkap	Lainnya
Simeulue	21.4	29.3	4.3	45.0
Aceh Singkil	7.5	7.3	54.7	30.5
Aceh Selatan		75.8	4.8	19.4
Aceh Tenggara	20.3	57.1	15.5	7.2
Aceh Timur	10.9	17.1	61.7	10.3
Aceh Tengah	1.2	1.2	86.8	10.7
Aceh Barat	22.6	35.2	22.5	19.7
Aceh Besar		3.4	38.0	58.6
Pidie		46.7	26.6	26.6
Bireuen	2.7	60.4	31.5	5.4
Aceh Utara	10.3	48.0	30.6	11.1
Aceh Barat Daya	3.6	89.2		7.2
Gayo Lues	14.9	75.3	1.4	8.4
Aceh Tamiang	8.5	5.3	6.7	79.6
Nagan Raya	8.5	26.0	46.3	19.2
Aceh Jaya	4.6	61.2	24.9	9.3
Bener Meriah	2.4	66.7	1.4	29.5
Banda Aceh		82.1	7.5	10.4
Sabang	13.1	34.6	13.1	39.1
Langsa	12.1	3.2	11.0	73.7
Lhokseumawe	50.8	7.9	18.3	23.0
Nanggroe Aceh Darussalam	7.8	39.5	26.5	26.2

Distribusi alasan RT yang tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menunjukkan bahwa pada tiap kabupaten sangat bervariasi. Di Provinsi NAD dari tiga alasan RT tidak memanfaatkan pelayanan Posyandu/ Poskesdes (letak jauh, tidak ada Polindes dan layanan tidak lengkap) alasan yang terbanyak adalah tidak ada Polindes/Bidan sebanyak 39,5%, kemudian disusul oleh pelayanan yang tidak lengkap 26,5%. Sedangkan yang paling sedikit adalah alasan letak polindes jaug.

Tabel 3.8.1.16
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Polindes/Bidan Desa Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan			
	Letak Jauh	Tidak Ada Polindes/Bidan	Layanan Tidak Lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	7.1	35.3	26.5	31.2
Perdesaan	8.0	40.5	26.5	25.0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	10.9	40.4	24.4	24.2
Kuintil-2	8.2	44.8	24.1	22.8
Kuintil-3	6.0	39.6	27.1	27.2
Kuintil-4	7.0	34.9	29.0	29.1
Kuintil-5	6.4	36.8	30.0	26.8

Menurut daerah tempat tinggal, Rumah Tangga di perdesaan lebih tinggi menjawab tidak memanfaatkan Polindes/Bidan Perdesaan karena letak yang jauh, dan layanan yang tidak lengkap, sedangkan Alasan tidak ada Polindes/bidan di perdesaan sebanyak 40,5%.

Nampak ada kecenderungan semakin tinggi kuintil semakin berkurang yang memanfaatkan Polindes/bidan Perdesaan, dan semakin kaya RT semakin banyak yang merasa tidak membutuhkan Polindes/bidan Perdesaan.

Tabel 3.8.1.17
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) Menurut Kabupaten/Perkotaan di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lainnya
Simeulue	1,9	3,9	94,2
Aceh Singkil	66,5	26,8	6,7
Aceh Selatan	0,9	0,9	98,1
Aceh Tenggara	0,2	20,8	78,9
Aceh Timur	41,5	14,3	44,2
Aceh Tengah	59,2	21,6	19,2
Aceh Barat	34,7	28,9	36,4
Aceh Besar	3,4	4,8	91,8
Pidie	0,4	3,0	96,7
Bireuen	31,8	7,1	61,1
Aceh Utara	46,5	10,1	43,4
Aceh Barat Daya	0,3	1,7	98,0
Gayo Lues	33,5	3,1	63,4
Aceh Tamiang	18,2	2,5	79,4
Nagan Raya	9,6	51,6	38,8
Aceh Jaya	3,9	3,9	92,1
Bener Meriah	91,4	3,7	5,0
Banda Aceh	0,0	1,5	98,5
Sabang	1,3	12,5	86,3
Langsa	25,7	37,5	36,9
Lhokseumawe	35,2	15,3	49,5
Nanggroe Aceh Darussalam	24,4	11,5	64,1

Sebanyak 24,4% rumah tangga di Provinsi NAD telah memanfaatkan keberadaan POD/WOD, 64,1% tidak memanfaatkan dan 11,5 merasa tidak membutuhkan keberadaan Polindes/bidan desa. Kabupaten yang tinggi tidak memanfaatkan keberadaan POD/WOD adalah Kabupaten/kota Banda Aceh (98,5%), Aceh Barat Daya (98,0%), Pidie (96,7%).

Tabel 3.8.1.18
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan Lainnya
Tipe Daerah			
Perkotaan	21,1	13,7	65,2
Perdesaan	25,4	10,8	63,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	25,8	9,8	64,5
Kuintil-2	26,3	10,3	63,4
Kuintil-3	24,6	12,2	63,2
Kuintil-4	23,3	12,2	64,5
Kuintil-5	22,4	13,0	64,5

Menurut daerah tempat tinggal, Rumah Tangga di perdesaan lebih tinggi dalam memanfaatkan POD/WOD dibandingkan di perkotaan. Sedangkan yang tidak membutuhkan POD/WOD di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan.

Secara umum tidak terdapat perbedaan yang cukup berarti terhadap pemanfaatan POD/WOD oleh RT miskin maupun yang kaya. Pada tabel terlihat bahwa RT yang tidak membutuhkan POD/WOD semakin banyak pada kuintil-5 walaupun tidak berbeda secara menyolok, dibandingkan pada kuintil-1 sedangkan untuk pemeriksaan bayi /balita cenderung menurun pada kuintil-5.

Tabel 3.8.1.19
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat
Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) Menurut Tingkat Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD Oleh RT			
	Lokasi Jauh	Tidak Ada POD/WOD	Obat Tidak Lengkap	Lainnya
Simeulue	0,5	99,0	0,0	0,5
Aceh Singkil	0,0	76,5	5,9	17,6
Aceh Selatan	0,0	99,0	0,4	0,6
Aceh Tenggara	0,3	94,5	5,2	0,0
Aceh Timur	1,5	70,2	25,7	2,6
Aceh Tengah	2,2	31,5	65,2	1,1
Aceh Barat	1,3	97,3	1,3	0,0
Aceh Besar	0,4	93,1	3,4	3,1
Pidie	0,2	98,4	0,0	1,4
Bireuen	0,4	89,1	6,9	3,6
Aceh Utara	1,1	95,6	1,1	2,3
Aceh Barat Daya	0,0	100,0	0,0	0,0
Gayo Lues	15,8	79,2	0,8	4,2
Aceh Tamiang	0,2	97,9	0,6	1,2
Nagan Raya	3,6	87,6	8,0	0,7
Aceh Jaya	0,9	96,7	1,4	0,9
Bener Meriah	60,0	6,7	6,7	26,7
Banda Aceh	0,0	99,8	0,2	0,0
Sabang	0,0	100,0	0,0	0,0
Langsa	3,3	82,1	5,7	8,9
Lhokseumawe	1,5	93,3	0,5	4,6
Nanggroe Aceh Darussalam	1,0	93,1	4,0	1,9

Distribusi alasan RT yang tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menunjukkan bahwa pada tiap kabupaten sangat bervariasi. Di Provinsi NAD dari tiga alasan RT tidak memanfaatkan pelayanan Posyandu/ Poskesdes (letak jauh, tidak ada POD/WOD dan obat tidak lengkap) alasan yang terbanyak adalah tidak ada POD/WOD sebanyak 93,1%. Alasan Letak yang jauh terbanyak pada Kabupaten Bener Meriah (60,0%) dan terkecil (0,0%) di Kabupaten Aceh Singkil, Aceh Barat Daya, Banda Aceh dan Sabang (0,0%). RT beralasan bahwa obat tidak lengkap (4,0%) dan terbanyak di kabupaten Aceh Tengah 65,2% dan Aceh Timur 25,7%.

Tabel 3.8.1.20
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD Oleh RT			
	Lokasi Jauh	Tidak Ada POD/WOD	Obat Tidak Lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	0,4	92,9	3,9	2,8
Perdesaan	1,2	93,2	4,0	1,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	1,0	94,0	4,0	1,0
Kuintil-2	1,3	93,2	3,0	2,5
Kuintil-3	1,5	92,4	4,0	2,0
Kuintil-4	0,7	93,5	3,7	2,1
Kuintil-5	0,6	92,4	5,3	1,7

Menurut daerah tempat tinggal, Rumah Tangga di perdesaan lebih tinggi dalam menjawab lokasi yang jauh sehingga tidak dapat memanfaatkan POD/WOD. Sedangkan tidak ada POD/WOD, antara Perkotaan dan Perdesaan diketahui tidak ada perbedaan yang menyolok.

Secara umum tidak terdapat perbedaan yang cukup berarti terhadap alasan tidak memanfaatkan POD/WOD oleh RT miskin maupun yang kaya. Pada tabel terlihat bahwa RT yang tidak membutuhkan POD/WOD semakin tinggi pada keluarga yang mampu walaupun tidak berbeda menyolok dibandingkan pada kuintil-1.

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 Tempat Berobat Rawat Inap Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Berobat								Tidak R.Inap
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	
Simeulue	3.4	0.2		0.1	0.3	0.1	0.1		95.8
Aceh Singkil	0.9	0.4			0.4		0.2	0.1	98.0
Aceh Selatan	4.2	0.2		0.1	1.4	0.1	0.1	0.2	93.5
Aceh Tenggara	1.7	1.2		0.7	0.3	0.6			95.5
Aceh Timur	0.7	1.2		1.9		0.4		0.0	95.7
Aceh Tengah	3.2	0.6		0.1	0.6	0.4		0.2	94.9
Aceh Barat	2.5	0.5		0.4	0.7	0.8		0.1	94.9
Aceh Besar	4.4	2.7	0.3	1.5	0.3	0.3	0.0	0.1	90.3
Pidie	2.8	0.3	0.3	1.3	0.1	0.3	0.2	0.1	94.7
Bireuen	3.0	0.5		0.6	2.4	0.1	0.1	0.0	93.1
Aceh Utara	2.2	1.2	0.1		2.1	0.2	0.2	0.0	93.9
Aceh Barat Daya	2.5	0.3		0.3	1.2	0.2		0.1	95.4
Gayo Lues	0.5	1.2		0.2	0.0	0.1			97.8
Aceh Tamiang	4.0	1.1	0.0	1.2	0.2	0.0		0.1	93.4
Nagan Raya	2.9	0.8	0.3	1.3	0.4	0.6	0.1		93.7
Aceh Jaya	2.8	0.7	0.2	2.7	0.1	0.3	0.3		92.9
Bener Meriah	3.6	0.5		0.3	1.1	1.6	0.2	0.1	92.7
Banda Aceh	3.9	4.9	0.3	3.6	0.1	0.3	0.1	1.1	85.8
Sabang	5.6	0.5		0.1	0.7			0.3	92.8
Langsa	3.8	2.6		0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	93.1
Lhokseumawe	2.3	1.8	0.0		0.1			0.4	95.3
Nanggroe Aceh Darussalam	2.8	1.1	0.1	0.8	0.6	0.3	0.1	0.1	94.1

Secara umum tempat berobat rawat inap yang paling banyak dikunjungi masyarakat di Provinsi NAD adalah Rumah Sakit Pemerintah dengan persentase sebesar 2,8,1%, rumah Sakit Swasta (1,1%), RSB (0,8%) dan Puskesmas 0,6%. Sedangkan yang tidak rawat inap sebanyak 94,1%.

Tabel 3.8.2.2
Persentase Tempat Berobat Rawat Inap Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Berobat								
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Tdk R Inap
Tipe Daerah									
Perkotaan	3.7	2.3	0.1	0.9	0.2	0.2	0.0	0.3	92.2
Perdesaan	2.6	0.8	0.1	0.7	0.7	0.3	0.1	0.1	94.6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita									
Kuintil-1	2.3	0.7	0.0	1.0	0.5	0.3	0.1	0.1	95.0
Kuintil-2	2.6	0.8	0.1	0.7	0.6	0.3	0.1	0.2	94.6
Kuintil-3	2.5	1.1	0.0	0.7	0.5	0.2	0.1	0.1	94.7
Kuintil-4	3.1	1.3	0.0	0.6	0.7	0.3	0.0	0.1	93.7
Kuintil-5	3.7	1.7	0.2	0.8	0.7	0.2	0.1	0.2	92.3

Menurut tempat tinggal antara perkotaan dan perdesaan mempunyai nilai hampir sebanding, sedangkan pemanfaatan RS swasta lebih banyak di perkotaan. Tempat berobat rawat inap yang mempunyai perbedaan yang tinggi antara perkotaan dan perdesaan adalah Puskesmas di Perdesaan 15,6%, sedangkan di perkotaan 3,1%. Menurut tingkat pengeluaran perkapita, bahwa antara kuintil satu sampai lima tidak terdapat perbedaan yang menyolok untuk berobat di RS Pemerintah.

Tabel 3.8.2.3
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- lain
Simeulue	47.6	7.9	39.7	7.9	3.5
Aceh Singkil	56.3	15.6	25.0		6.3
Aceh Selatan	61.4	10.6	40.9	2.3	3.8
Aceh Tenggara	69.6	8.9	21.5		2.6
Aceh Timur	23.5	3.8	31.6	61.3	5.5
Aceh Tengah	83.9	8.6	14.0		
Aceh Barat	73.6	11.1	34.4	1.1	4.3
Aceh Besar	86.0	12.8	13.4	1.1	8.4
Pidie	83.7	9.8	30.4	2.2	8.0
Bireuen	66.4	9.3	32.9		6.4
Aceh Utara	40.3	3.5	52.1	1.4	2.8
Aceh Barat Daya	72.9	8.3	56.3	2.1	7.4
Gayo Lues	69.7	9.4	15.6		
Aceh Tamiang	41.7	27.6	25.6	1.3	10.3
Nagan Raya	63.1	6.9	52.5	17.8	
Aceh Jaya	62.1	6.0	25.4	4.4	19.2
Bener Meriah	90.1	4.4	7.7	3.3	2.2
Banda Aceh	78.1	30.2	9.8	0.9	4.7
Sabang	51.9	14.8	45.4	4.6	1.9
Langsa	47.9	15.8	13.7	0.7	25.5
Lhokseumawe	37.1	26.0	32.3		8.4
Nanggroe Aceh Darussalam	62.8	13.3	28.8	4.5	6.9

Keterangan:

- Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya
- Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemerintah Daerah
- Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM
- Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Secara umum sebanyak 62,8% rumah tangga di Provinsi NAD menggunakan sumber Pembiayaan Rawat Inap berasal dari biaya sendiri/keluarga, 13,3% telah memanfaatkan askes/jamsostek, 28,8% memanfaatkan askeskin/SKTM, dan 4,5 % menggunakan dana sehat.

Tabel 3.8.2.4
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap Menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	62.4	24.8	18.5	1.6	7.6
Perdesaan	63.0	7.7	33.7	5.9	6.6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	60.2	6.5	40.9	5.7	5.8
Kuintil-2	62.7	9.8	32.0	5.4	8.3
Kuintil-3	59.5	12.1	31.9	3.2	9.6
Kuintil-4	64.9	16.3	26.7	5.0	6.7
Kuintil-5	65.8	18.5	18.5	3.6	4.9

Menurut daerah tempat tinggal, Rumah Tangga di perdesaan lebih tinggi dalam memanfaatkan Askeskin/SKTM dibandingkan di Perkotaan begitu juga dalam pemanfaatan dana sehat. Sedangkan dalam pemanfaatan Askes/jamsostek di Perkotaan lebih tinggi bila dibandingkan di Perdesaan. Dikaji menurut keadaan ekonomi RT, ada kecenderungan semakin mampu secara ekonomi semakin sedikit RT yang memanfaatkan dana sehat atau askeskin/SKTM.

Tabel 3.8.2.5
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Berobat									
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Di Rumah	Tidak Rwt Jalan
Simeulue	3.2		0.1	29.5	0.3	15.3	0.2	0.2	1.2	49.9
Aceh Singkil	1.1	0.3	0.1	13.7	1.3	12.4	0.2		0.4	70.5
Aceh Selatan	3.5	0.4	0.2	26.9	0.1	20.4	2.0	0.7	1.8	43.9
Aceh Tenggara	1.3	0.5	0.1	18.6	4.7	12.4	0.9	0.1	0.8	60.7
Aceh Timur	0.9	0.2	0.0	24.5	0.6	9.5	0.5		0.5	63.2
Aceh Tengah	1.3	0.2	0.5	19.6	0.5	17.7	0.3		2.0	58.1
Aceh Barat	1.8		0.1	22.0	0.9	20.8	0.7	0.3	3.7	49.6
Aceh Besar	1.5	1.3	0.2	19.2	2.8	32.6	0.6	0.8	0.7	40.2
Pidie	1.9	0.1	0.4	29.5	0.1	21.3	0.4	0.8	0.3	45.1
Bireuen	3.7	0.5	0.5	26.9	0.4	41.7	1.1	0.9	0.4	23.8
Aceh Utara	3.2	1.5	0.5	37.4	1.4	25.8	0.5	1.5	1.8	26.3
Aceh Barat Daya	5.8	0.2	0.1	47.9	0.5	18.7	0.4	0.3	1.7	24.3
Gayo Lues	1.8	0.7	2.3	18.9	1.5	13.1	5.2	5.9	1.2	49.3
Aceh Tamiang	1.3	0.6	0.1	20.2	2.0	22.8	0.3	0.2	2.2	50.5
Nagan Raya	5.7	0.7	0.3	16.7	1.3	10.4	0.4		0.8	63.6
Aceh Jaya	0.9	0.3	0.1	43.6	1.2	20.5	1.4	0.1	2.0	29.8
Bener Meriah	1.2	0.5	0.3	10.3	0.9	25.1	0.3	0.1	0.8	60.5
Banda Aceh	7.1	2.4	0.6	20.7	2.6	22.7	0.5	0.3	0.3	42.8
Sabang	16.8	0.5	0.1	22.6	0.9	9.9	0.5	1.0	0.4	47.3
Langsa	2.6	1.9	0.2	23.7	2.0	10.7	0.7	0.2	1.0	57.0
Lhokseumawe	3.5	4.1	0.1	42.7	1.8	14.1	0.5	0.0	0.9	32.2
Nanggroe Aceh Darussalam	3.2	0.8	0.3	26.1	1.3	19.1	0.9	0.7	1.2	46.4

Secara umum tempat berobat rawat jalan yang paling banyak dikunjungi masyarakat di Provinsi NAD adalah Rumah Sakit Bersalin (RSB) (26,1%), Tenaga Kesehatan (Nakes) (19,1%), Rumah Sakit Pemerintah (3,2%) dan Puskesmas (1,3%).

Tabel 3.8.2.6
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Berobat								
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Tidak Rwt Jalan
Tipe Daerah									
Perkotaan	6.1	1.9	0.2	22.3	2.0	18.6	0.5	0.5	0.8
Perdesaan	2.3	0.5	0.4	27.3	1.1	19.2	1.0	0.7	1.4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita									
Kuintil-1	2.4	0.5	0.3	28.9	0.8	17.1	0.9	0.6	1.2
Kuintil-2	2.9	0.5	0.3	27.8	1.3	16.7	1.1	0.9	1.2
Kuintil-3	3.0	0.5	0.4	26.7	1.2	18.0	0.8	0.6	1.2
Kuintil-4	3.1	1.0	0.3	25.6	1.2	20.3	0.7	0.5	1.5
Kuintil-5	4.5	1.7	0.4	21.8	2.1	23.0	0.7	0.7	1.1

Menurut tempat tinggal di Perkotaan cenderung lebih banyak memanfaatkan RS Pemerintah dan RS Swasta daripada di perdesaan, sedangkan RSB lebih banyak dikunjungi di perdesaan daripada di perkotaan, walaupun perbedaannya tidak menyolok. Dikaji menurut keadaan ekonomi RT, ada kecenderungan semakin mampu secara ekonomi maka semakin tinggi berobat rawat jalan di RS Pemerintah, RS Swasta, Puskesmas dan Tenaga Kesehatan. Berbeda dengan tempat berobat jalan ke RSB terlihat semakin tinggi tingkat ekonomi semakin sedikit yang mengunjungi RSB.

Tabel 3.8.2.7
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan					
	Sendiri/ Keluarg a	Askes/ Jamsoste k	Askeskin / SKTM	Dana Seha t	Lain- Lain	
Simeulue	45,5	3,7	51,7	0,5	1,6	
Aceh Singkil	56,6	6,4	37,4	0,4	0,4	
Aceh Selatan	61,0	5,3	32,4	3,4	1,1	
Aceh Tenggara	65,5	4,1	30,3	0,0	0,6	
Aceh Timur	49,7	2,4	33,7	11,6	0,9	
Aceh Tengah	77,8	15,7	5,7	0,3	0,6	
Aceh Barat	68,3	1,8	11,7	8,8	18,0	
Aceh Besar	69,3	2,8	4,7	0,3	18,1	
Pidie	50,2	4,1	39,0	0,2	14,1	
Bireuen	67,3	8,1	25,7	0,3	3,1	
Aceh Utara	53,7	1,9	43,4	0,1	4,7	
Aceh Barat Daya	41,9	7,1	66,6	0,2	0,6	
Gayo Lues	85,7	1,4	8,7	0,0	0,6	
Aceh Tamiang	59,2	15,1	16,9	2,9	10,3	
Nagan Raya	57,5	2,4	42,7	2,4	1,8	
Aceh Jaya	75,1	3,8	27,2	1,3	6,1	
Bener Meriah	97,9	0,9	3,2	1,4	0,0	
Banda Aceh	57,5	17,0	10,9	4,7	6,0	
Sabang	30,1	14,1	48,1	0,6	7,0	
Langsa	44,3	12,6	35,9	5,6	5,3	
Lhokseumawe	34,4	10,9	52,8	0,7	1,4	
Nanggroe Darussalam	Aceh	58,5	6,3	31,2	1,9	6,0

Pada tabel ini nampak bahwa 58,5% rumah tangga di Provinsi NAD menggunakan biaya sendiri/keluarga dalam sumber biaya rawat jalan, 6,3% menggunakan Askes/Jamsostek, 31,2% menggunakan dana Askeskin/SKTM dan 1,9% menggunakan dana sehat. Kabupaten yang tertinggi dalam memanfaatkan Askes/jamsostek adalah Kabupaten/kota Banda Aceh (17,0%) dan terendah Kabupaten Bener Meriah (0,9%). Kabupaten yang paling tinggi dalam memanfaatkan Askeskin/SKTM adalah Kabupaten Aceh Barat Daya (66,6%) dan yang terendah adalah Bener Meriah (3,2%).

Tabel 3.8.2.8
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sendiri/ Keluarg a	Askes/ Jamsoste k	Askeskin / SKTM	Dana Seha t	Lain- Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	56,3	12,3	23,9	2,3	7,1
Perdesaan	59,2	4,4	33,7	1,7	5,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	54,5	4,2	37,4	2,0	5,7
Kuintil-2	56,3	4,5	36,7	1,8	5,4
Kuintil-3	57,6	6,0	31,8	1,6	7,0
Kuintil-4	60,4	7,1	28,3	1,8	6,6
Kuintil-5	63,4	9,6	22,8	2,2	5,4

Menurut daerah tempat tinggal, rumah tangga di perkotaan lebih besar dalam memanfaatkan Askes/Jamsostek sedangkan Askeskin/SKTM lebih besar dimanfaatkan oleh rumah tangga di Perdesaan dibandingkan di Perkotaan.

Dikaji menurut keadaan ekonomi RT, ada kecenderungan semakin mampu secara ekonomi semakin sedikit RT yang memanfaatkan askeskin/SKTM, sedangkan pemanfaatan askes/jamsostek semakin tinggi tingkat ekonomi semakin besar yang memanfaatkan Askes/Jamsostek. Berbeda dengan sumber biaya sendiri/keluarga antara kuintil satu sampai kuintil lima tidak ada perbedaan yang menyolok (hampir seimbang) dalam pembiayaan rawat 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.

Delapan domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari:

1. Lama waktu menunggu untuk mendapat pelayanan kesehatan
2. Keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara
3. Kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita
4. Kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan
5. Dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan terjamin kerahasiaan informasi tentang kondisi kesehatan klien
6. Kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya
7. Keberhasilan ruang rawat/pelayanan termasuk kamar mandi
8. Kemudahan dikunjungi keluarga atau teman.

Tujuh domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan sama dengan domain rawat inap, kecuali domain ke delapan (kemudahan dikunjungi keluarga/teman).

Penduduk diminta untuk menilai setiap aspek ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan di luar medis selama menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Masing-masing domain ketanggapan dinilai dalam 5 (lima) skala yaitu: sangat baik, baik, cukup, buruk, sangat buruk. Untuk memudahkan penilaian aspek ketanggapan rawat jalan dan rawat inap pada sistem pelayanan kesehatan tersebut, WHO membagi menjadi dua bagian besar yaitu 'baik' (sangat baik dan baik) dan 'kurang baik' (cukup, buruk dan sangat buruk). Penyajian hasil analisis/tabel selanjutnya hanya mencantumkan persentase yang 'baik' saja.

Tabel 3.8.3.1
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan Berdasarkan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahaasaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruang	Mudah Dikunjungi
Simeulue	84.4	90.6	76.6	73.4	75.0	75.0	71.9	67.2
Aceh Singkil	90.6	90.6	87.5	87.5	90.6	84.4	90.6	87.5
Aceh Selatan	48.1	60.9	65.4	65.4	66.2	66.2	54.1	66.2
Aceh Tenggara	87.7	90.1	87.7	88.9	88.9	81.5	82.7	88.9
Aceh Timur	88.6	89.5	63.8	80.0	89.5	80.0	80.0	88.6
Aceh Tengah	93.9	90.8	87.8	86.7	88.8	81.6	86.7	88.8
Aceh Barat	93.9	95.6	88.6	82.5	93.9	93.9	85.1	86.8
Aceh Besar	94.4	95.4	96.4	96.4	95.9	87.7	90.3	90.8
Pidie	80.2	77.1	57.3	59.4	62.5	64.6	64.6	84.4
Bireuen	90.1	89.4	84.5	83.1	80.3	80.3	79.6	81.7
Aceh Utara	84.2	85.5	83.6	80.3	82.2	82.9	74.3	86.8
Aceh Barat Daya	95.0	96.0	91.0	91.0	94.0	91.0	89.0	91.0
Gayo Lues	82.2	86.7	57.8	82.2	60.0	82.2	77.8	88.9
Aceh Tamiang	89.7	91.0	94.9	92.9	94.2	93.6	87.2	93.6
Nagan Raya	65.0	62.5	64.2	53.3	56.7	56.7	62.5	61.7
Aceh Jaya	82.7	84.3	77.2	73.2	72.4	74.8	69.3	78.7
Bener Meriah	83.9	91.4	88.2	84.9	86.0	88.2	83.9	86.0
Banda Aceh	88.2	90.5	91.4	91.4	91.4	89.1	87.3	91.8
Sabang	73.1	75.9	70.4	74.1	75.0	72.2	72.2	76.9
Langsa	89.7	91.8	89.0	89.0	87.7	89.7	89.0	89.7
Lhokseumawe	80.4	77.5	76.5	73.5	78.4	72.5	63.7	73.5
NAD	84.2	86.0	81.8	81.4	82.7	81.1	78.6	83.9

Pada tabel 3.8.3.1, nampak bahwa 86,4% rumah tangga di Provinsi NAD menilai ketanggapan pelayanan Kesehatan rawat inap untuk waktu tunggu , keramahan sebesar 86,0%, Waktu tunggu sebesar 84,2% dan yang paling sedikit adalah kebersihan ruangan (78,6%).

Tabel 3.8.3.2
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruangan	Mudah Dikunjungi
Tipe Daerah								
Perkotaan	84.0	87.1	84.4	84.7	85.6	83.6	82.1	86.1
Perdesaan	84.3	85.4	80.5	79.9	81.4	80.0	77.0	82.9
Tingkat Pengeluaran Per Kapita								
Kuintil-1	86.2	83.2	84.2	80.0	83.5	81.5	80.7	83.0
Kuintil-2	83.8	85.0	80.9	79.7	84.3	79.3	76.5	82.7
Kuintil-3	84.8	86.9	81.8	80.4	81.6	80.0	78.8	85.9
Kuintil-4	82.5	85.9	81.3	84.1	81.9	80.9	77.2	82.9
Kuintil-5	84.5	88.0	81.1	81.9	82.5	83.2	79.8	84.8

Menurut daerah tempat tinggal, Rumah Tangga di perkotaan lebih besar dalam menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap, terlihat bahwa dari 8 point yang dinilai tampak bahwa di perkotaan mempunyai nilai yang lebih besar bila dibandingkan dengan di perdesaan. Dikaji menurut keadaan ekonomi RT, ada kecenderungan bahwa setiap tingkat ekonomi tidak terdapat perbedaan yang menyolok, rata-rata hampir sama antara 8 point ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap.

Tabel 3.8.3.3
Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruang
Simeulue	82.8	87.3	68.9	66.8	66.5	66.6	61.1
Aceh Singkil	93.8	93.6	91.7	91.3	93.2	91.9	73.5
Aceh Selatan	56.7	63.3	66.4	68.5	70.9	69.0	59.3
Aceh Tenggara	83.1	87.8	85.0	82.2	82.4	80.9	79.6
Aceh Timur	96.0	93.1	88.4	94.5	96.9	95.3	94.1
Aceh Tengah	94.7	92.9	90.0	87.2	91.6	85.4	86.4
Aceh Barat	94.3	96.5	93.4	92.4	93.1	89.0	83.3
Aceh Besar	94.7	95.8	93.8	95.2	95.5	92.4	85.7
Pidie	88.0	87.0	68.5	75.2	76.9	75.1	61.4
Bireuen	88.6	92.6	75.7	80.9	81.5	79.6	81.5
Aceh Utara	78.2	82.9	79.6	77.1	80.3	76.9	75.8
Aceh Barat Daya	99.2	98.8	98.1	98.8	98.5	98.5	97.7
Gayo Lues	81.0	76.6	67.1	68.4	67.8	66.1	65.4
Aceh Tamiang	95.4	97.9	97.5	97.0	96.8	97.9	89.0
Nagan Raya	77.7	76.4	72.8	71.7	73.8	70.9	71.1
Aceh Jaya	89.8	88.1	80.7	74.9	71.4	70.3	69.6
Bener Meriah	94.7	95.6	91.1	89.1	90.9	95.0	77.6
Banda Aceh	91.8	93.1	92.6	92.8	92.9	93.0	90.5
Sabang	81.1	84.3	81.0	79.8	80.9	80.9	79.2
Langsa	93.5	95.6	94.8	94.8	96.3	96.1	93.2
Lhokseumawe	89.0	91.2	90.5	88.9	90.5	84.5	79.8
Nanggroe Aceh Darussalam	87.7	89.1	84.3	84.4	85.3	83.4	79.4

Secara umum di Provinsi NAD ini nampak bahwa rumah tangga menilai bahwa ketanggapan pelayanan Kesehatan rawat jalan untuk waktu tunggu sebesar 87,7%, keramahan sebesar 89,1%, kejelasan informasi 84,3%, Ikut dalam pengambilan keputusan sebanyak 84,4%, kerahasiaan 85,3%, kebebasan memilih fasilitas 83,4% dan yang menilai kebersihan ruangan sebesar 79,4%.

Tabel 3.8.3.4
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruangan
Tipe Daerah							
Perkotaan	88,2	91,0	88,1	88,1	89,5	87,8	85,0
Perdesaan	86,5	88,3	81,6	82,8	84,2	82,0	77,4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	86,3	87,5	81,0	82,7	85,3	82,3	76,0
Kuintil-2	87,6	89,2	83,1	83,5	84,9	82,8	79,8
Kuintil-3	86,8	89,0	82,9	83,6	84,8	82,7	78,1
Kuintil-4	86,0	88,7	83,7	84,9	85,4	83,6	80,6
Kuintil-5	87,6	89,5	84,1	84,6	85,9	84,5	80,4

Menurut tempat tinggal, secara umum pelayanan kesehatan rawat jalan tidak ada perbedaan yang menyolok antara perkotaan dan perdesaan, begitu juga menurut tingkat pengeluaran perkapita (kuintil) mempunyai persentase yang seimbang antara kuintil satu sampai dengan kuintil lima.

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/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rerata pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari (Dalam Liter)				
	<5	5-19.9	20-49.9	50-99.9	≥100
Simeulue	0.0	0.0	20.9	43.2	35.9
Aceh Singkil	0.4	0.8	2.1	17.6	79.0
Aceh Selatan	0.2	2.3	16.1	46.4	35.0
Aceh Tenggara	0.2	0.7	35.0	36.2	27.9
Aceh Timur	50.2	4.3	5.8	17.3	22.4
Aceh Tengah	0.4	5.7	18.6	44.3	31.0
Aceh Barat	0.7	0.5	10.9	10.0	77.9
Aceh Besar	44.4	48.4	1.0	2.2	4.0
Pidie	0.2	6.6	38.3	28.5	26.5
Bireuen	0.6	3.8	38.7	43.5	13.4
Aceh Utara	0.8	1.0	11.6	25.1	61.5
Aceh Barat Daya	0.0	0.3	6.3	44.7	48.7
Gayo Lues	92.7	0.5	1.0	0.0	5.8
Aceh Tamiang	0.8	2.1	11.9	33.4	51.7
Nagan Raya	76.5	6.2	5.4	0.8	11.0
Aceh Jaya	50.9	18.9	10.1	11.0	9.2
Bener Meriah	0.0	1.7	15.6	50.0	32.8
Banda Aceh	0.2	1.0	45.3	19.0	34.5
Sabang	0.0	0.0	72.2	13.9	13.9
Langsa	9.7	13.4	22.2	27.7	27.1
Lhokseumawe	9.2	7.4	58.2	8.7	16.6
Nanggroe Aceh Darussalam	13.5	7.2	20.6	25.9	32.7

Konsumsi air per orang perhari di Provinsi NAD pada umumnya ≥ 100 liter. Apabila dibandingkan antar wilayah kabupaten/kota, persentase tertinggi masyarakat dengan konsumsi air ≥ 100 liter adalah Kabupaten Aceh Singkil (79,0%) dan Aceh Barat (77,9%). Masih terdapat beberapa kabupaten/kota yang pemenuhan kebutuhannya di bawah rata-rata Nasional.

Dilihat dari karakteristik rumah tangga, rerata pemakaian air bersih per orang per hari menunjukkan perbedaan, baik menurut tipe daerah maupun menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Rerata Pemakaian Air Bersih
Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumahtangga
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, 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	7.2	5.6	30.2	24.5	32.5
Perdesaan	15.4	7.6	17.8	26.4	32.8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	14.8	7.4	21.4	25.2	31.3
Kuintil-2	14.7	6.6	21.9	26.5	30.3
Kuintil-3	14.4	7.5	21.1	25.7	31.3
Kuintil-4	12.2	7.3	21.8	26.2	32.5
Kuintil-5	12.0	7.2	17.5	26.0	37.3

Persentase konsumsi air dengan jumlah ≥ 100 liter per orang per hari di daerah perkotaan lebih rendah dibandingkan di pedesaan, di daerah perkotaan pemenuhan konsumsi air ≥ 20 liter/orang/hari lebih tinggi dibandingkan di pedesaan, namun menurut kuintil antara kuintil satu sampai kuintil lima pemenuhan konsumsi airnya sebanding.

Tabel 3.9.1.3
Persentase Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,
Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Lama Waktu dan Jarak untuk Menjangkau Sumber Air				Ketersediaan Air		
	Waktu (Menit)		Jarak (Kilometer)		Mudah Sepanjang Tahun	Sulit Pada Musim Kemarau	Sulit Sepanjang Tahun
	≤30	>30	≤1	>1			
Simeulue	97.1	2.9	93.7	6.3	55.3	43.2	1.5
Aceh Singkil	98.7	1.3	84.1	15.9	88.3	5.4	6.3
Aceh Selatan	99.6	0.4	98.3	1.7	94.9	4.7	0.4
Aceh Tenggara	99.5	0.5	99.3	0.7	88.6	11.4	0.0
Aceh Timur	93.8	6.2	69.2	30.8	38.1	61.5	0.4
Aceh Tengah	93.9	6.1	93.2	6.8	76.0	23.7	0.2
Aceh Barat	97.8	2.2	95.6	4.4	70.6	29.4	0.0
Aceh Besar	100.0	0.0	97.1	2.9	76.1	23.5	0.4
Pidie	99.0	1.0	99.0	1.0	87.9	11.7	0.4
Bireuen	99.7	0.3	98.4	1.6	87.7	10.7	1.7
Aceh Utara	99.7	0.3	99.3	0.7	71.1	24.6	4.3
Aceh Barat Daya	100.0	0.0	99.7	0.3	82.1	17.9	0.0
Gayo Lues	97.4	2.6	50.8	49.2	76.4	21.5	2.1
Aceh Tamiang	99.8	0.2	99.5	0.5	86.0	13.2	0.8
Nagan Raya	98.3	1.7	96.6	3.4	58.6	40.2	1.1
Aceh Jaya	97.8	2.2	81.2	18.8	60.5	35.5	3.9
Bener Meriah	76.4	23.6	71.5	28.5	80.7	15.6	3.7
Banda Aceh	100.0	0.0	99.8	0.2	96.6	3.2	0.2
Sabang	98.8	1.3	96.3	3.7	63.8	12.5	23.8
Langsa	91.5	8.5	66.5	33.5	87.9	12.1	0.0
Lhokseumawe	99.7	0.3	96.7	3.3	81.9	17.1	1.0
Nanggroe Aceh Darussalam	97.8	2.2	92.6	7.4	77.5	21.0	1.5

Berdasarkan dan ketersediaan air bersih, secara umum di Provinsi NAD sebanyak 21,0% rumah tangga mengalami kesulitan air bersih pada musim kemarau. Kabupaten tertinggi adalah Aceh Timur 61,5% dan terendah Banda Aceh 0,2%. Dalam hal jarak dan waktu, pada umumnya rumah tangga di kabupaten/kota dapat menjangkau sumber air dalam waktu ≤ 30 menit dan jarak ≤ 1 km.

Tabel 3.9.1.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,
Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Responden
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Lama Waktu dan Jarak untuk Menjangkau Sumber Air				Ketersediaan Air		
	Waktu (Menit)		Jarak (Kilometer)		Mudah Sepanjang Tahun	Sulit Pada Musim Kemarau	Sulit Sepanjang Tahun
	≤30	>30	≤1	>1			
Tipe Daerah							
Perkotaan	98.6	1.4	93.3	6.7	88.3	10.7	1.0
Perdesaan	97.5	2.5	92.4	7.6	74.3	24.0	1.7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita							
Kuintil-1	97,3	2,7	90,1	9,9	73,4	24,0	2,5
Kuintil-2	97,2	2,8	90,3	9,7	75,3	22,4	2,3
Kuintil-3	97,0	3,0	90,0	10,0	74,8	23,0	2,2
Kuintil-4	96,9	3,1	89,6	10,4	77,7	20,3	2,0
Kuintil-5	97,4	2,6	89,5	10,5	79,3	19,0	1,7

Dalam hal waktu, jarak dan ketersediaan air bersih, kondisi di perkotaan dan pedesaan tidak jauh berbeda. Berdasarkan kuintil, tidak terdapat perbedaan yang mencolok antara waktu dan jarak untuk menjangkau serta ketersediaan air bersih.

Tabel 3.9.1.5
Persentase Rumah Tangga Menurut Individu yang Biasa Mengambil Air
dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perempuan		Laki-Laki	
	Dewasa	Anak (<12 Th)	Dewasa	Anak (<12 Th)
Simeulue	65.5	0.0	29.9	4.6
Aceh Singkil	67.0	0.5	31.9	0.5
Aceh Selatan	76.0	3.0	21.0	0.0
Aceh Tenggara	70.0	9.0	20.9	0.0
Aceh Timur	47.4	6.4	26.4	19.8
Aceh Tengah	93.3	0.5	5.8	0.5
Aceh Barat	82.1	6.2	10.9	0.7
Aceh Besar	76.8	3.0	18.0	2.1
Pidie	85.6	3.5	10.4	0.5
Bireuen	79.7	10.1	10.1	0.0
Aceh Utara	43.7	18.4	29.6	8.3
Aceh Barat Daya	47.6	4.8	42.9	4.8
Gayo Lues	77.5	3.8	18.8	0.0
Aceh Tamiang	49.4	3.6	41.1	6.0
Nagan Raya	73.1	1.8	22.2	2.9
Aceh Jaya	45.2	3.2	47.1	4.5
Bener Meriah	31.1	0.7	54.1	14.2
Banda Aceh	36.1	0.0	52.8	11.1
Sabang	33.3	0.0	53.3	13.3
Langsa	43.4	1.9	43.4	11.3
Lhokseumawe	36.9	2.1	45.4	15.6
Nanggroe Aceh Darussalam	65.3	5.4	23.8	5.5

Dalam pengambilan air bersih, menunjukkan adanya faktor gender, di mana beban laki-laki dewasa dalam pengambilan air lebih kecil (23,8%) dibandingkan dengan perempuan dewasa (65,3%), sementara anak-anak sudah mulai diberi 'beban' untuk pengambilan air.

Tabel 3.9.1.6
Persentase Rumah Tangga Menurut Anggota Rumah Tangga yang Biasa
Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)
Tipe Daerah				
Perkotaan	63.0	7.5	23.3	6.2
Perdesaan	65.7	5.1	23.8	5.4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	68.2	4.7	22.2	5.0
Kuintil-2	66.8	5.2	23.4	4.6
Kuintil-3	64.2	6.5	24.3	5.0
Kuintil-4	63.5	6.8	23.0	6.7
Kuintil-5	63.5	4.0	26.0	6.6

Dari tabel ini memperlihatkan bahwa pengambilan air bersih oleh perempuan dewasa di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Sebaliknya, pengambilan air yang dilakukan oleh anak perempuan (<12 tahun) lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan.

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/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kualitas Fisik Air Minum					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Simeulue	12.1	9.2	7.8	3.4	8.7	82.4
Aceh Singkil	7.5	10.0	9.6	1.7	5.0	83.7
Aceh Selatan	19.4	25.3	9.2	4.2	10.8	67.9
Aceh Tenggara	10.3	7.8	3.4	1.4	2.1	86.3
Aceh Timur	26.1	12.5	10.5	5.3	6.2	67.7
Aceh Tengah	2.0	1.5	0.7	0.2	0.9	96.7
Aceh Barat	25.0	24.8	4.4	1.0	5.1	65.9
Aceh Besar	29.9	7.7	8.8	1.6	5.2	65.0
Pidie	15.6	4.7	2.3	0.6	2.4	79.1
Bireuen	8.3	7.5	10.1	2.1	1.7	82.1
Aceh Utara	23.4	17.2	6.2	0.3	5.4	65.8
Aceh Barat Daya	23.3	27.9	9.6	0.7	7.9	70.2
Gayo Lues	14.6	5.8	2.1	0.0	0.0	81.2
Aceh Tamiang	22.6	12.9	12.4	5.8	10.6	69.1
Nagan Raya	19.0	17.3	4.2	0.3	7.1	77.3
Aceh Jaya	22.3	21.4	9.6	0.9	7.0	64.2
Bener Meriah	10.3	12.0	8.3	3.3	7.6	83.8
Banda Aceh	4.4	8.2	8.2	1.0	1.9	87.8
Sabang	1.3	2.5	0.0		0.0	97.5
Langsa	20.8	26.9	3.0	0.3	1.8	66.2
Lhokseumawe	5.9	6.6	8.2	0.3	2.0	83.9
Nanggroe Aceh Darussalam	17.2	12.5	7.0	1.8	4.8	75.2

Catatan: *) Tidak Keruh, Berwarna, Berasa, Berbusa, dan Berbau

Masalah kualitas fisik air bersih yang cukup banyak adalah kekeruhan dan warna. Kabupaten yang paling menonjol mengalami masalah kualitas fisik (kekeruhan) adalah Aceh Besar (29,9%).

Tabel 3.9.1.8
Persentase Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Kualitas Fisik Air Minum					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Tipe Daerah						
Perkotaan	10.0	9.5	6.0	1.0	3.4	82.4
Perdesaan	19.3	13.3	7.3	2.0	5.2	73.1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita						
Kuintil-1	21.5	13.5	6.6	2.1	5.2	72.0
Kuintil-2	18.6	13.8	8.1	2.1	5.6	73.4
Kuintil-3	16.9	11.8	7.0	1.2	4.1	75.7
Kuintil-4	14.4	11.1	6.9	1.8	3.7	77.3
Kuintil-5	14.3	11.9	6.0	1.6	4.9	78.1

Catatan: *) Tidak Keruh, Berwarna, Berasa, Berbusa, dan Berbau

Tabel ini memperlihatkan bahwa masalah kualitas fisik air bersih lebih banyak dialami di perdesaan dibandingkan di perkotaan. Dan menurut kuintil, makin rendah kuintil lebih besar dalam mengalami masalah kualitas fisik (keruh, bau, warna, rasa busa). Data jenis sumber air minum utama yang digunakan rumah tangga diambil dari data Kor Susenas 2007.

Tabel 3.8.1.9
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Sumber Air Minum										
	Air Kemasan	Leding Eceran	Leding Meteran	Sumur Bor/ Pompa	Sumur Terlindung	Sumur Tidak Terlindung	Mata Air Terlindung	Mata Air Tidak Terlindung	Air Sungai	Air Hujan	Lainnya
Simeulue	0.5	1.5	1.5	0.5	15.5	43.2	4.4	5.3	7.3	19.9	0.5
Aceh Singkil	0.4	2.1	5.4	8.3	32.0	28.2	0.4	2.5	12.9	6.2	1.7
Aceh Selatan	0.4	6.8	2.3	5.7	35.5	21.1	11.1	6.2	10.9	0.0	0.0
Aceh Tenggara	1.4	10.5	3.2	9.2	29.7	10.3	22.7	5.3	7.8	0.0	0.0
Aceh Timur	1.3	8.9	0.9	2.6	31.5	41.2	3.1	2.5	4.7	0.0	3.4
Aceh Tengah	0.7	31.7	0.7	0.4	6.1	9.4	14.4	22.3	8.1	6.1	0.2
Aceh Barat	9.5	6.6	1.0	4.1	39.8	27.6	4.1	2.0	4.6	0.2	0.5
Aceh Besar	9.2	10.3	1.2	3.4	55.8	12.2	0.6	6.7	0.0	0.0	0.6
Pidie	2.5	4.9	0.6	6.2	67.7	13.6	0.0	0.4	4.0	0.0	0.2
Bireuen	3.8	6.6	0.2	0.2	74.3	12.7	0.0	0.0	1.3	0.0	0.9
Aceh Utara	2.1	2.5	5.4	0.9	48.0	38.3	0.7	0.0	2.1	0.0	0.2
Aceh Barat Daya	1.0	4.0	2.3	8.9	47.9	24.4	4.6	5.3	1.7	0.0	0.0
Gayo Lues	0.0	15.2	1.0	1.0	14.7	6.3	15.7	24.1	22.0	0.0	0.0
Aceh Tamiang	1.2	15.3	2.1	18.8	28.8	25.3	0.3	0.5	7.4	0.0	0.2
Nagan Raya	0.8	0.3	0.3	0.8	55.5	41.1	0.3	0.0	0.6	0.0	0.3
Aceh Jaya	3.5	0.0	1.3	4.8	61.6	21.8	0.9	0.0	5.2	0.9	0.0
Bener Meriah	0.0	10.2	27.2	3.4	15.0	3.1	13.9	5.1	11.2	10.2	0.7
Banda Aceh	61.8	13.7	10.1	4.2	9.9	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sabang	8.9	59.5	10.1	0.0	7.6	1.3	5.1	2.5	0.0	5.1	0.0
Langsa	13.3	12.1	7.0	32.1	24.5	7.0	2.1	0.0	1.2	0.0	0.6
Lhokseumawe	27.4	9.7	10.7	2.0	39.9	8.4	0.3	0.3	0.0	0.5	0.8
Nanggroe Aceh Darussalam	7.0	8.8	3.6	5.2	41.7	20.5	3.8	3.3	4.4	1.2	0.6

Di provinsi NAD masih banyak rumah tangga yang menggunakan air minum dari sumber tidak terlindung (sumur tidak terlindung 20,5%; mata air tidak terlindung 3,3%; air sungai 4,4% dan lainnya 0,6%). Kabupaten yang terbanyak menggunakan sumur terlindung di Bireuen 74,3%, menggunakan sumur tak terlindung terbanyak di Simeulue 43,2%. Sedangkan penggunaan air kemasan tertinggi di Kota Banda Aceh 61,8%. Kabupaten yang banyak menggunakan air hujan sebagai sumber air minum terdapat di Kabupaten Simeulue (19,9%).

Tabel 3.9.1.10
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik
Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Sumber Air Minum										
	Air Kemasan	Leding Eceran	Leding Meteran	Sumur Bor/Pompa	Sumur Terlindung	Sumur Tidak Terlindung	Mata Air Terlindung	Mata Air Tidak Terlindung	Air Sungai	Air Hujan	Lainnya
Tipe Daerah											
Perkotaan	23.4	23.1	6.7	6.7	28.9	7.0	1.1	0.7	0.5	1.5	0.5
Perdesaan	2.2	4.6	2.7	4.7	45.5	24.5	4.6	4.1	5.5	1.1	0.6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita											
Kuintil-1	3.0	3.7	4.0	4.5	41.9	24.2	3.3	5.2	7.6	1.2	1.4
Kuintil-2	4.8	5.7	3.0	4.9	41.0	25.1	5.5	3.9	5.0	1.1	0.2
Kuintil-3	7.0	8.0	4.0	4.6	41.4	21.8	4.1	3.2	4.3	1.3	0.3
Kuintil-4	8.4	11.5	3.7	5.5	42.3	18.1	3.3	2.4	3.0	1.1	0.8
Kuintil-5	11.9	15.4	3.3	6.3	41.9	13.2	2.6	1.9	1.8	1.4	0.2

Menurut karakteristik responden rumah tangga di perkotaan lebih banyak menggunakan air kemasan, leding eceran, ledeng meteran, dan sumur bor/pompa. Sedangkan di perdesaan lebih banyak menggunakan sumur terlindung sebagai sumber air minum

Tabel 3.9.1.11 memperlihatkan penggunaan tempat penampungan air yang digunakan dan pengolahan air minum sebelum digunakan, terlihat bahwa hampir sebagian besar kabupaten menggunakan wadah tertutup (41,9%) dan memasak air sebelum diminum (89,4%).

Tabel 3.9.1.11
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Penampungan			Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan				
	Wadah Terbuka	Wadah Tertutup	Tidak Ada Wadah	Langsung Diminum	Dimasak	Disaring	Bahan Kimia	Lainnya
Simeulue	38.5	48.8	12.7	0.5	99.0	9.3	2.9	0.0
Aceh Singkil	42.5	45.4	12.1	3.3	96.3	13.8	0.4	1.3
Aceh Selatan	12.3	30.4	57.3	6.4	93.0	18.1	0.4	1.3
Aceh Tenggara	12.8	43.6	43.6	11.7	89.7	4.1	1.6	0.7
Aceh Timur	13.4	76.9	9.7	4.5	95.5	20.7	1.2	0.0
Aceh Tengah	20.1	57.9	22.1	3.3	97.2	7.6	0.4	0.0
Aceh Barat	9.7	75.0	15.3	4.1	94.2	24.3	0.7	0.7
Aceh Besar	36.3	47.1	16.6	22.4	84.6	6.5	0.4	2.5
Pidie	34.2	36.9	28.9	7.3	90.1	2.3	1.1	1.0
Bireuen	22.7	25.8	51.6	7.8	95.2	1.9	0.9	3.1
Aceh Utara	9.8	32.0	58.2	3.7	87.8	12.1	0.2	8.3
Aceh Barat Daya	20.9	5.3	73.8	8.6	92.4	26.9	0.3	1.3
Gayo Lues	34.0	60.2	5.8	1.0	96.9	2.6	0.5	0.5
Aceh Tamiang	9.2	71.6	19.1	9.9	90.8	18.0	2.1	8.4
Nagan Raya	15.1	18.5	66.5	31.5	81.3	20.4	0.6	0.0
Aceh Jaya	20.5	27.1	52.4	7.0	94.8	21.4	3.1	1.7
Bener Meriah	51.7	22.5	25.8	7.3	97.4	1.7	1.0	0.3
Banda Aceh	14.5	13.1	72.4	67.3	53.5	3.4	0.2	34.9
Sabang	4.9	92.6	2.5	37.5	87.5	6.2	0.0	0.0
Langsa	29.5	46.4	24.1	6.0	92.7	49.8	2.1	0.3
Lhokseumawe	17.1	41.3	41.6	24.7	84.9	26.8	0.8	0.3
Nanggroe Aceh Darussalam	21.2	41.9	37.0	12.2	89.4	12.7	0.9	4.1

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 Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Penampungan			Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan				
	Wadah Terbuka	Wadah Tertutup	Tidak Ada Wadah	Langsung Diminum	Dimasak	Disaring	Bahan Kimia	Lainnya
Tipe Daerah								
Perkotaan	20.3	37.0	42.7	26.6	79.8	14.9	0.8	9.9
Perdesaan	21.4	43.3	35.3	8.0	92.2	12.1	0.9	2.4
Tingkat Pengeluaran Per kapita								
Kuintil-1	22.2	44.3	33.6	11.6	91.3	13.0	0.8	3.2
Kuintil-2	22.0	42.7	35.3	11.5	91.0	12.6	0.6	3.5
Kuintil-3	21.8	41.4	36.8	12.4	89.0	11.8	1.1	4.4
Kuintil-4	20.7	40.4	38.9	12.1	89.6	13.0	1.0	4.2
Kuintil-5	18.7	41.1	40.2	13.6	86.3	12.9	1.0	5.4

Tabel ini memperlihatkan penggunaan tempat penampungan air yang digunakan dan pengolahan air minum sebelum digunakan menurut tempat tinggal, ternyata daerah perdesaan lebih banyak yang menggunakan wadah tertutup sebagai tempat penampungan airnya dan dalam hal memasak air minum sebelum digunakan dibandingkan di perkotaan. Begitu juga menurut kuintil menunjukkan bahwa perbedaan dalam tingkat ekonomi tidak membuat perbedaan dalam penggunaan tempat penampungan air dan pengolahan air minum sebelum digunakan. Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses terhadap air bersih 'baik' apabila pemakaian air minimal 20 liter per orang per hari, sarana sumber air yang digunakan *improved*, dan sarana sumber air berada dalam radius 1 kilometer dari rumah. Data konsumsi air dan jarak ke sumber air berasal dari Riskesdas 2007, sedangkan data jenis sarana air minum berasal dari Kor Susenas 2007. Sarana sumber air yang *improved* menurut WHO/Unicef adalah sumber air jenis perpipaan/ledeng, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan, selain dari itu dikategorikan *not improved*.

Tabel 3.9.1.13
Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Susenas dan Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Air Bersih	
	Kurang	Baik*)
Simeulue	58.7	41.3
Aceh Singkil	56.5	43.5
Aceh Selatan	40.2	59.8
Aceh Tenggara	26.3	73.7
Aceh Timur	85.8	14.2
Aceh Tengah	43.2	56.8
Aceh Barat	45.7	54.3
Aceh Besar	95.2	4.8
Pidie	26.5	73.5
Bireuen	22.7	77.3
Aceh Utara	45.7	54.3
Aceh Barat Daya	32.5	67.5
Gayo Lues	99.5	0.5
Aceh Tamiang	39.3	60.7
Nagan Raya	90.9	9.1
Aceh Jaya	86.0	14.0
Bener Meriah	47.4	52.6
Banda Aceh	62.0	38.0
Sabang	17.5	82.5
Langsa	61.6	38.4
Lhokseumawe	48.7	51.3
Nanggroe Aceh Darussalam	51.8	48.2

*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Berdasarkan kriteria tersebut, di Provinsi NAD terdapat 48,2% yang mempunyai akses baik terhadap air bersih. Provinsi dengan Persentase akses baik terhadap air bersih di bawah rerata provinsi sebanyak 9 kabupaten, terendah Gayo Lues (0,5%), disusul Aceh Besar (4,8%) dan Nagan Raya (9,1%). Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.14
Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Susenas dan Riskesdas 2007

Karakteristik	Air Bersih	
	Kurang	Baik*)
Tipe Daerah		
Perkotaan	45.4	54.6
Perdesaan	53.6	46.4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	56.4	43.6
Kuintil-2	54.2	45.8
Kuintil-3	53.0	47.0
Kuintil-4	47.6	52.4
Kuintil-5	46.2	53.8

*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Berdasarkan tempat tinggal, daerah perkotaan memiliki persentase lebih tinggi yang memiliki akses baik terhadap air bersih dibanding di perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih.

3.9.2 Fasilitas Buang Air Besar

Data fasilitas buang air besar meliputi jenis penggunaan fasilitas buang air besar dan jenis fasilitas buang air besar. Data ini diambil dari data rumah tangga Kor Susenas 2007.

Tabel 3.9.2.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai
Simeulue	31.4	10.1	6.8	51.7
Aceh Singkil	53.3	5.8	9.6	31.3
Aceh Selatan	30.0	3.0	4.0	63.0
Aceh Tenggara	32.5	6.6	11.4	49.4
Aceh Timur	54.3	11.1	3.8	30.8
Aceh Tengah	54.9	7.0	32.9	5.2
Aceh Barat	49.9	9.7	3.6	36.7
Aceh Besar	53.2	9.4	3.7	33.7
Pidie	21.5	2.6	13.4	62.6
Bireuen	63.3	2.4	4.6	29.7
Aceh Utara	53.2	7.8	3.6	35.4
Aceh Barat Daya	23.5	11.9	19.2	45.4
Gayo Lues	17.2	15.1	30.7	37.0
Aceh Tamiang	78.8	7.1	4.8	9.3
Nagan Raya	46.6	6.8	2.8	43.8
Aceh Jaya	45.7	10.9	29.1	14.3
Bener Meriah	66.9	13.7	17.4	2.0
Banda Aceh	80.2	17.7	1.5	0.6
Sabang	54.3	17.3	9.9	18.5
Langsa	76.7	12.1	2.7	8.5
Lhokseumawe	72.4	12.0	3.8	11.8
Nanggroe Aceh Darussalam	51.1	8.2	8.4	32.2

Tabel ini memperlihatkan penggunaan fasilitas buang air besar per kabupaten. Beberapa kabupaten yang cakupan penggunaan jamban sendirinya rendah antara lain Pidie (21,5%) dan Gayo Lues (17,2%). Dan daerah perkotaan (77,1%) lebih tinggi dalam penggunaan jamban sendiri dibandingkan di perdesaan (43,5%). Semakin tinggi tingkat kuintil semakin tinggi pemakaian fasilitas buang air besar secara sendiri.

Tabel 3.9.2.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai
Tipe Daerah				
Perkotaan	77.1	10.9	4.0	7.9
Perdesaan	43.5	7.4	9.7	39.3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	38.3	8.8	9.2	43.7
Kuintil-2	43.6	8.0	10.4	38.0
Kuintil-3	49.9	8.0	8.7	33.4
Kuintil-4	55.5	8.9	7.6	28.1
Kuintil-5	68.6	7.3	6.1	17.9

Tabel 3.9.2.3 menggambarkan berbagai jenis sarana pembuangan kotoran. Jenis sarana pembuangan kotoran dianggap 'saniter' bila menggunakan jenis leher angsa.

Tabel 3.9.2.3
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Pleng-sengan	Cemplung/Cubluk	Tidak Pakai
Simeulue	42.4	18.2	17.2	22.2
Aceh Singkil	53.7	2.4	42.7	1.2
Aceh Selatan	66.8	0.0	19.4	13.8
Aceh Tenggara	51.6	4.1	17.2	27.1
Aceh Timur	36.1	6.0	45.6	12.3
Aceh Tengah	57.8	4.6	24.7	12.9
Aceh Barat	74.6	8.1	10.8	6.5
Aceh Besar	82.0	12.2	3.6	2.2
Pidie	83.7	8.9	2.0	5.3
Bireuen	68.8	3.3	24.7	3.2
Aceh Utara	48.1	4.7	38.6	8.7
Aceh Barat Daya	39.4	4.2	53.3	3.0
Gayo Lues	20.8	9.2	15.8	54.2
Aceh Tamiang	31.9	12.5	53.0	2.5
Nagan Raya	38.7	21.1	32.7	7.5
Aceh Jaya	60.2	14.3	19.4	6.1
Bener Meriah	44.6	18.3	29.8	7.3
Banda Aceh	94.8	5.2	0.0	0.0
Sabang	87.7	1.5	7.7	3.1
Langsa	76.8	13.6	8.3	1.3
Lhokseumawe	65.8	15.9	13.6	4.6
Nanggroe Aceh Darussalam	59.9	8.5	24.1	7.5

Dilihat dari jenis sarana pembuangan kotoran, persentase rumahtangga yang menggunakan jamban jenis leher angsa lebih tinggi dibandingkan dengan jenis lain. Menurut klasifikasi tempat tinggal, dipertanian lebih tinggi dalam menggunakan leher angsa dibandingkan di perdesaan. Dan menurut kuintil, ada kecenderungan semakin tinggi kuintil semakin banyak yang menggunakan leher angsa.

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses sanitasi disebut 'baik' bila rumah tangga menggunakan sarana pembuangan kotoran sendiri dengan jenis sarana jamban leher angsa.

Tabel 3.9.2.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Pleng-Sengan	Cemplung/Cubluk	Tidak Pakai
Tipe Daerah				
Perkotaan	78.8	9.6	10.2	1.4
Perdesaan	51.5	7.9	30.3	10.3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	40.9	7.5	36.1	15.5
Kuintil-2	49.1	10.4	31.0	9.5
Kuintil-3	58.6	9.2	24.3	7.9
Kuintil-4	66.8	7.8	19.9	5.4
Kuintil-5	76.2	7.6	14.0	2.1

Tabel 3.9.2.5
Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Sanitasi dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Akses Sanitasi	
	Kurang	Baik*)
Simeulue	85.9	14.1
Aceh Singkil	67.4	32.6
Aceh Selatan	76.6	23.4
Aceh Tenggara	77.1	22.9
Aceh Timur	79.2	20.8
Aceh Tengah	58.6	41.4
Aceh Barat	58.6	41.4
Aceh Besar	54.8	45.2
Pidie	80.0	20.0
Bireuen	54.7	45.3
Aceh Utara	74.4	25.6
Aceh Barat Daya	81.1	18.9
Gayo Lues	92.1	7.9
Aceh Tamiang	77.0	23.0
Nagan Raya	80.2	19.8
Aceh Jaya	69.9	30.1
Bener Meriah	63.2	36.8
Banda Aceh	23.4	76.6
Sabang	47.5	52.5
Langsa	40.5	59.5
Lhokseumawe	55.1	44.9
Nanggroe Aceh Darussalam	66.9	33.1

Berdasarkan kriteria tersebut, secara provinsi rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi sebesar 33,1%. Terdapat 10 kabupaten dengan akses baik terhadap sanitasi di bawah rerata provinsi, terendah adalah Gayo Lues (7,9%), disusul oleh Simeulue (14,1%) dan Aceh Barat Daya (18,9%).

Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.2.6
Persentase Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Sanitasi dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Susenas 2007 dan Riskesdas 2007

Karakteristik	Sanitasi	
	Kurang	Baik*)
Tipe Daerah		
Perkotaan	37.8	62.2
Perdesaan	75.4	24.6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	83.1	16.9
Kuintil-2	76.2	23.8
Kuintil-3	68.9	31.1
Kuintil-4	59.7	40.3
Kuintil-5	45.5	54.5

*) Menggunakan jamban sendiri, jenis latrin (Susenas, 2007)

Tabel di atas menunjukkan Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi lebih tinggi di perkotaan (62,2%), hampir tiga kali dibandingkan dengan di perdesaan (24,6%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi.

Untuk pembuangan akhir tinja, data diambil dari Kor Susenas 2007. Tempat pembuangan akhir tinja dikategorikan saniter adalah bila menggunakan jenis tangki/sarana pembuangan air limbah (SPAL).

Tabel 3.9.2.7
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Kepulauan Nanggroe Aceh Darussalam,
Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai/ Laut	Lobang Tanah	Pantai/ Tanah	Lainnya
Simeulue	19.6	2.5	29.4	14.7	29.4	4.4
Aceh Singkil	19.2	1.7	33.9	32.6	12.1	0.4
Aceh Selatan	22.8	0.6	60.0	7.4	7.4	1.9
Aceh Tenggara	17.4	3.4	56.2	16.5	0.9	5.5
Aceh Timur	22.6	1.0	14.3	42.3	13.0	6.7
Aceh Tengah	40.8	0.7	22.5	24.0	10.9	1.1
Aceh Barat	48.9	2.9	19.2	9.0	18.7	1.2
Aceh Besar	59.1	1.0	0.2	7.1	26.7	5.8
Pidie	32.9	2.0	39.4	1.6	22.7	1.3
Bireuen	41.6	0.6	11.8	25.1	19.1	1.8
Aceh Utara	30.7	0.3	8.2	41.0	12.9	6.9
Aceh Barat Daya	19.5	0.7	74.5	4.0	0.7	0.7
Gayo Lues	8.4	3.7	69.5	15.8	0.0	2.6
Aceh Tamiang	25.7	2.9	12.1	56.7	1.4	1.2
Nagan Raya	29.0	2.8	33.8	24.4	7.4	2.6
Aceh Jaya	54.6	3.1	19.7	15.3	2.2	5.2
Bener Meriah	41.2	3.4	11.9	33.7	9.2	0.7
Banda Aceh	99.4	0.2	0.0	0.0	0.2	0.2
Sabang	40.7	0.0	2.5	37.0	18.5	1.2
Langsa	78.2	1.2	8.2	10.9	0.3	1.2
Lhokseumawe	51.9	1.3	4.9	32.5	7.4	2.0
Nanggroe Aceh Darussalam	38.8	1.5	22.2	22.2	12.2	3.1

Dilihat dari tempat pembuangan akhir tinja, dari 21 kabupaten hampir setengahnya tidak dibuang ke tangki septik sehingga dapat mencemari lingkungan. Di beberapa kabupaten seperti Aceh Selatan (60,0%) dan Gayo Lues (69,5%) pembuangan tinja yang dibuang ke sungai/laut cukup menonjol. Penggunaan tangki septik berkaitan dengan klasifikasi desa, di wilayah perkotaan lebih tinggi penggunaan tangki septik dan menurut tingkat ekonomi bahwa Rumah Tangga yang lebih mampu lebih banyak menggunakan tangki septik dibandingkan keluarga yang kurang secara ekonomi (Tabel 3.9.2.8).

Tabel 3.9.2.8
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam,
Susenas 2007

Karakteristik Rumah Tangga	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai /Laut	Lobang Tanah	Pantai/ Tanah	Lainnya
Tipe Daerah						
Perkotaan	71.9	0.6	6.9	16.4	2.8	1.4
Perdesaan	29.1	1.8	26.7	23.9	15.0	3.6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita						
Kuintil-1	21.9	1.5	26.7	25.6	19.7	4.6
Kuintil-2	30.7	1.3	26.2	23.0	15.6	3.2
Kuintil-3	37.8	2.3	22.6	23.4	11.2	2.6
Kuintil-4	44.5	1.4	20.8	20.5	9.9	3.0
Kuintil-5	59.3	0.9	14.6	18.5	4.5	2.1

3.9.3 Sarana Pembuangan Air Limbah

Data penggunaan saluran pembuangan air limbah (SPAL) rumah tangga didapatkan dengan cara wawancara dan pengamatan.

Tabel 3.9.3.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Saluran Pembuangan Air Limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk Ada
Simeulue	68.0	7.3	24.8
Aceh Singkil	49.2	10.8	40.0
Aceh Selatan	40.0	28.7	31.3
Aceh Tenggara	70.7	16.2	13.0
Aceh Timur	50.4	8.4	41.2
Aceh Tengah	41.5	33.8	24.7
Aceh Barat	72.3	16.3	11.4
Aceh Besar	43.7	14.2	42.1
Pidie	37.0	15.4	47.7
Bireuen	69.9	14.2	15.9
Aceh Utara	62.0	10.6	27.4
Aceh Barat Daya	72.8	12.6	14.6
Gayo Lues	49.7	15.2	35.1
Aceh Tamiang	67.6	10.7	21.7
Nagan Raya	62.2	8.0	29.8
Aceh Jaya	55.5	17.0	27.5
Bener Meriah	74.8	11.9	13.2
Banda Aceh	44.0	51.6	4.4
Sabang	53.1	33.3	13.6
Langsa	87.6	8.2	4.2
Lhokseumawe	43.9	45.4	10.7
Nanggroe Aceh Darussalam	56.3	17.6	26.2

Menurut provinsi terdapat 73,9% rumah tangga yang menggunakan SPAL di rumahnya, baik SPAL jenis tertutup maupun terbuka. Dibandingkan dengan data Susenas tahun 2004, terdapat penurunan rumah tangga yang tidak memiliki SPAL, yaitu dari 25,8% menjadi 23,8%.

Terdapat 11 kabupaten yang Persentase rumah tangga tidak memiliki SPAL lebih tinggi dari rerata nasional, tertinggi adalah Pidie (47,7%), disusul oleh Aceh Besar (42,1%) dan Aceh Timur (41,2%).

Persentase rumah tangga yang tidak menggunakan SPAL bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.3.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Klasifikasi Desa di Provinsi Nanggroe Aeh Darussalam, Riskesdas 2007

Karateristik	Saluran Pembuangan Air Limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk Ada
Tipe Daerah			
Perkotaan	55.4	36.4	8.2
Perdesaan	56.5	12.1	31.4
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil-1	57.7	11.7	30.6
Kuintil-2	58.8	13.2	28.0
Kuintil-3	57.2	16.2	26.6
Kuintil-4	54.0	21.2	24.9
Kuintil-5	53.5	26.2	20.3

Persentase rumah tangga yang memiliki saluran pembuangan air limbah tertutup lebih besar di perkotaan dibanding di perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkatan kuintil semakin banyak pula yang menggunakan saluran pembuangan air limbah tertutup

3.9.4 Pembuangan Sampah

Data pembuangan sampah meliputi ketersediaan tempat penampungan/pembuangan sampah di dalam dan di luar rumah.

Tabel 3.9.3.3
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah
di Dalam dan Luar Rumah Berdasarkan Kabupaten/Kota
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penampungan Sampah Dalam Rumah			Penampungan Sampah di Luar Rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada
Simeulue	3.4	7.3	89.3	3.9	12.6	83.5
Aceh Singkil	1.7	25.5	72.8	1.3	39.3	59.4
Aceh Selatan	1.5	11.0	87.5	0.9	7.0	92.1
Aceh Tenggara	11.4	4.1	84.4	20.5	16.0	63.5
Aceh Timur	3.9	1.2	95.0	42.9	13.1	44.0
Aceh Tengah	8.7	38.0	53.3	7.2	41.4	51.4
Aceh Barat	5.1	24.0	70.9	5.6	33.8	60.6
Aceh Besar	7.7	0.0	92.3	23.6	10.9	65.4
Pidie	2.3	18.9	78.8	3.1	0.6	96.4
Bireuen	5.1	21.6	73.3	1.8	34.3	63.9
Aceh Utara	4.0	23.5	72.5	5.0	35.0	60.0
Aceh Barat Daya	3.0	1.0	96.0	4.3	2.6	93.0
Gayo Lues	0.5	6.8	92.7	3.6	34.9	61.5
Aceh Tamiang	8.4	23.6	68.0	8.8	51.9	39.3
Nagan Raya	1.1	5.4	93.5	3.4	31.8	64.8
Aceh Jaya	1.3	14.0	84.7	3.1	8.7	88.2
Bener Meriah	1.7	4.0	94.4	4.3	27.5	68.2
Banda Aceh	24.8	61.7	13.5	11.8	43.4	44.8
Sabang	13.8	1.3	85.0	16.0	24.7	59.3
Langsa	7.9	11.2	80.9	0.6	40.8	58.6
Lhokseumawe	8.2	14.3	77.6	8.7	34.2	57.1
Nanggroe Aceh Darussalam	5.9	17.0	77.1	9.7	25.3	65.0

Secara umum rata-rata kepemilikan tempat penampungan sampah di luar dan di dalam rumah di Provinsi NAD bahwa penampungan sampah di dalam rumah yang tertutup 5,9%, dan terbuka 17,0%. Penampungan sampah di luar rumah yang tertutup 9,7% dan terbuka 25,3%.

Tabel 3.9.3.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penampungan Sampah Dalam Rumah			Penampungan Sampah di Luar Rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada
Tipe Daerah						
Perkotaan	14.2	27.2	58.6	13.9	32.3	53.8
Perdesaan	3.5	14.1	82.4	8.5	23.3	68.2
Tingkat Pengeluaran Per Kapita						
Kuintil-1	3.6	15.0	81.4	7.4	25.1	67.4
Kuintil-2	4.9	16.1	79.0	8.8	25.0	66.2
Kuintil-3	5.0	16.9	78.1	9.1	25.4	65.5
Kuintil-4	7.2	17.2	75.6	10.4	25.9	63.7
Kuintil-5	9.1	19.6	71.2	13.1	25.2	61.6

Jenis penampungan sampah di dalam dan di luar rumah menurut karakteristik rumah tangga bahwa di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Menurut kuintil kepemilikan sarana pembuangan sampah mengalami peningkatan seiring peningkatan sosial ekonomi.

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 3.9.4.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Lantai		Kepadatan Hunian	
	Bukan Tanah	Tanah	≥8 m ² /Kapita	<8 m ² /Kapita
Simeulue	90.8	9.2	63.9	36.1
Aceh Singkil	97.1	2.9	71.1	28.9
Aceh Selatan	91.3	8.7	84.5	15.5
Aceh Tenggara	91.5	8.5	73.7	26.3
Aceh Timur	75.0	25.0	71.6	28.4
Aceh Tengah	85.8	14.2	82.1	17.9
Aceh Barat	94.7	5.3	81.8	18.2
Aceh Besar	88.4	11.6	82.9	17.1
Pidie	84.8	15.2	87.2	12.8
Bireuen	88.2	11.8	81.7	18.3
Aceh Utara	73.7	26.3	71.7	28.3
Aceh Barat Daya	94.0	6.0	80.1	19.9
Gayo Lues	93.2	6.8	61.3	38.7
Aceh Tamiang	90.7	9.3	80.0	20.0
Nagan Raya	81.3	18.8	80.7	19.3
Aceh Jaya	85.2	14.8	82.1	17.9
Bener Meriah	86.3	13.7	85.0	15.0
Banda Aceh	99.0	1.0	85.7	14.3
Sabang	98.8	1.3	82.5	17.5
Langsa	92.7	7.3	84.3	15.7
Lhokseumawe	90.3	9.7	83.2	16.8
Nanggroe Aceh Darussalam	86.7	13.3	79.5	20.5

Masih banyak rumah tangga yang lantainya bukan tanah dengan kepadatan hunian tinggi. Persentase tertinggi dalam penggunaan lantai tanah terdapat di Kabupaten Aceh Utara (26,3%). Sedangkan kepadatan hunian ≥ 8 m²/ kapita paling tinggi di Kabupaten Pidie (87,2%). Penggunaan lantai tanah lebih tinggi di perdesaan (Tabel 3.9.4.2). Semakin rendah tingkat ekonomi maka semakin tinggi jenis lantai tanahnya.

Tabel 3.9.4.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah dan
Kepadatan Hunian Menurut karakteristik rumah Tangga
di Provinsi Nangraoe Aceh Darussalam, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Lantai		Kepadatan Hunian	
	Bukan Tanah	Tanah	≥8 m ² /Kapita	<8 m ² /Kapita
Tipe Daerah				
Perkotaan	95.1	4.9	85.7	14.3
Perdesaan	84.3	15.7	77.7	22.3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita				
Kuintil-1	83.1	16.9	59.4	40.6
Kuintil-2	84.9	15.1	74.6	25.4
Kuintil-3	84.8	15.2	80.9	19.1
Kuintil-4	89.3	10.7	88.0	12.0
Kuintil-5	91.5	8.5	94.6	5.4

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.

Pada Tabel 3.9.4.3 terlihat bahwa secara umum di Provinsi NAD memelihara unggas yang dipelihara diluar rumah, sedangkan jenis ternak sedang (kambing, domba, babi, dll) dipelihara diluar rumah namun relatif rendah. Pemeliharaan ternak ini lebih tinggi pada masyarakat perdesaan dengan tingkat ekonomi yang rendah (kuintil-1) dibandingkan dengan tingkat kuintil yang lebih tinggi (Tabel 3.9.4.4).

Tabel 3.9.4.3
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota,
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, 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
Simeulue	1.5	59.7	38.8	0.0	11.7	88.3	0.5	23.8	75.7	18.0	7.3	74.8
Aceh Singkil	2.9	49.4	47.7	0.0	5.9	94.1	0.4	3.8	95.8	29.2	0.8	70.0
Aceh Selatan	4.2	56.8	39.1	3.6	9.1	87.3	0.2	1.5	98.3	24.3	1.9	73.8
Aceh Tenggara	10.0	37.7	52.3	0.2	3.4	96.3	0.5	3.0	96.6	5.3	7.6	87.2
Aceh Timur	1.2	49.8	49.0	0.5	4.8	94.7	0.1	15.0	84.9	1.2	0.0	98.8
Aceh Tengah	1.8	31.3	67.0	1.1	6.1	92.8	0.0	2.2	97.8	1.1	3.5	95.4
Aceh Barat	1.0	58.9	40.1	0.2	10.4	89.3	0.2	18.5	81.3	4.6	11.4	84.0
Aceh Besar	1.5	61.6	36.9	0.0	16.8	83.2	0.0	20.5	79.5	1.5	7.7	90.8
Pidie	2.6	57.1	40.3	4.2	10.8	85.0	0.2	11.6	88.2	12.8	0.6	86.6
Bireuen	3.8	68.9	27.3	3.0	21.1	75.9	2.7	17.3	80.0	4.6	1.1	94.3
Aceh Utara	9.0	58.4	32.6	0.0	30.2	69.8	0.0	22.6	77.4	6.7	4.8	88.5
Aceh Barat Daya	3.3	60.8	35.9	0.0	7.3	92.7	0.3	5.0	94.7	32.5	1.7	65.9
Gayo Lues	1.6	41.9	56.5	0.0	2.1	97.9	0.0	1.6	98.4	23.0	3.1	73.8
Aceh Tamiang	3.6	49.6	46.8	0.8	7.8	91.4	1.3	12.6	86.1	30.5	2.1	67.3
Nagan Raya	1.7	67.6	30.7	0.6	28.1	71.3	0.6	4.3	95.2	2.3	2.0	95.8
Aceh Jaya	5.7	55.0	39.3	3.1	14.4	82.5	3.1	10.1	86.8	22.4	7.0	70.6
Bener Meriah	7.0	43.4	49.7	0.3	3.3	96.3	0.7	1.0	98.3	8.9	4.0	87.1
Banda Aceh	2.9	16.2	81.0	0.0	2.7	97.3	0.0	0.6	99.4	3.2	5.9	90.9
Sabang	0.0	41.3	58.8	0.0	10.0	90.0	1.2	8.6	90.1	10.0	1.3	88.8
Langsa	2.1	25.4	72.5	0.9	3.9	95.2	0.3	4.2	95.5	2.7	0.9	96.4
Lhokseumawe	6.1	34.9	58.9	4.3	4.6	91.1	0.0	7.4	92.6	1.3	5.9	92.9
Nanggroe Aceh Darussalam	3.9	51.3	44.7	1.3	12.6	86.1	0.5	11.6	87.9	9.8	3.7	86.6

Tabel 3.9.4.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, 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	2.9	25.6	71.5	0.3	5.2	94.5	0.1	2.8	97.1	5.4	2.7	91.9
Perdesaan	4.3	58.8	36.9	1.6	14.7	83.7	0.7	14.2	85.2	11.0	3.9	85.1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita												
Kuintil-1	4.1	59.4	36.5	1.9	15.0	83.1	0.8	15.6	83.6	10.3	4.1	85.6
Kuintil-2	3.9	55.3	40.8	1.3	14.4	84.3	0.7	12.0	87.3	10.2	5.2	84.6
Kuintil-3	4.1	52.0	44.0	1.4	13.4	85.3	0.3	12.1	87.6	10.7	3.4	85.9
Kuintil-4	4.0	49.2	46.8	1.2	10.4	88.4	0.5	9.7	89.8	8.9	3.5	87.6
Kuintil-5	3.4	40.7	56.0	0.7	9.0	90.2	0.2	8.3	91.4	8.8	2.0	89.2

4 PENUTUP

Puji syukur kami ucapkan kepada Tuhan YME yang telah melimpahkan nikmat, hidayah, kekuatan dan kesehatan sehingga Laporan Riskesdas Provinsi Kepulauan Riau ini dapat diselesaikan dan disajikan. Sehubungan dengan hal tersebut bersama ini kami ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Sekretaris Wilayah Daerah Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dan jajarannya yang telah bekerjasama sehingga penelitian ini dapat terlaksana dengan baik
2. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dan jajarannya
3. Kepala Biro Pusat Statistik Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dan jajarannya
4. Direktur Rumah Sakit Umum dan Daerah, RS PT Arun, RSUD Langsa, Lab. RSU H.Sahodin, Lab. RSUL, RSUD Cut Nyak Dien, RS Dr. H. Yuliddin Away, Tapak Tuan, RSUD Aceh Singkil, yang berperan dalam pengambilan sample Biomedis
5. Direktur Poltekes dan jajarannya yang membantu sebagai Penanggung Jawab Kabupaten
6. Kepala Labkesda Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dan jajarannya
8. Kepala Puskesmas dan jajarannya se Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam
9. Aparat desa yang telah membantu dalam pelaksanaan di lapangan
10. Segenap Surveyor yang telah berperan aktif dalam pengumpulan data.
11. Masyarakat di daerah penelitian yang terpilih sebagai sampel atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Kami tidak dapat menyebutkan satu per satu tetapi kepada semua yang telah membantu hingga terwujudnya laporan ini kami mengucapkan banyak terima kasih semoga Tuhan YME yang akan membalas budi baik kita semua. Akhirnya, kami berharap laporan ini dapat bermanfaat untuk semua pihak terutama yang bekerja di bidang kesehatan.

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. Dinas Kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Profil Kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007
32. Djaja, S. et al. Statistik Penyakit Penyebab Kematian, SKRT 1995
33. George Albery. Non Communicable Disease. Tomorrow's pandemic. Bulletin WHO 2001; 79/10: 907.
34. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. 1995
35. Hashimoto K, Ikewaki K, Yagi H, Nagasawa H, Imamoto S, Shibata T, Mochizuki S. Glucose Intolerance is Common in Japanese Patients With Acute Coronary Syndrome Who Were Not Previously Diagnosed With Diabetes. *Diabetes Care* 28: 1182 -1186, 2005.
36. International Classification Of Functioning, Disability And Health (ICF).World Health Organization, Geneva, 2001
37. 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,

38. Janet. AS. Diet Obesitas dan hipertensi. <http://www.surya.co.id /31072002 /10a.phtml>. 2002
39. Kaplan NM. Clinical Hipertension, 8th Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.
40. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : Clinical Hypertention, 7th Ed. Baltimore : Williams and Wilkins Inc. 1998 : 41-132
41. Kristanti CM, Dwi Hapsari, Pradono J dan Soemantri S, 2002. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Analisis Data . Survei Kesehatan Rumah Tangga
42. Kristanti CM, Suhardi, dan Soemantri S, 1997. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga.
43. Leonard G Gomella, Steven A Haist. Clinicians Pocket Reference, Mc. Grawhill Medical Publishing division, International edition, NY, 2004
44. Mansjoer, A, dkk. Hipertensi di Indonesia .Kapita Selektta Kedokteran 1999 :518 – 521.
45. Muchtar & Fenida. Faktor-faktor yang berhubungan Dengan Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Hipertensi Ringan dan Sedang yang berobat di poli Ginjal Hipertensi, 1998.
46. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge
47. 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
48. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
49. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
50. Petunjuk Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI., 2004
51. *Policy Paper for Directorate General of Public Health, June 2002*
52. PTM, Hipertensi
53. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2005
54. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
55. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
56. Resolution WHA56.1.WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: Fifty-sixth World Health Assembly. 19-28 May 2003.Geneva, World Health Organization, 2003
57. 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
58. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2007
59. Rose Men's. How To Keep Your Blood Pressure Under Control. News Health Recourse, 1999

60. S.Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001
61. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan.Jakarta, 7-8 Desember 2005.
62. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan vitamin A untuk bayi dan balita di Indonesia. Prosiding temu Ilmiah dan Kongres XIII Persagi, Denpasar, 20-22 November 2005.
63. 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*
64. 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*
65. 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,
66. *Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999*
67. Sinaga, S. dkk. Pola Sikap Penderita Hipertensi Terhadap Pengobatan Jangka Panjang, dalam Naskah Lengkap KOPAPDI VI, 1984, Penerbit UI-PRESS : 1439.
68. SK Menkes RI Nomor : 736a/Menkes/XI/1989 tentang Definisi Anemia dan batasan Normal Anemia
69. Sobel, BJ. & Bakris GL. Hipertensi, Pedoman Klinik Diagnosis & Terapy. 1999 : 13
70. 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.
71. Sri Hartini KS Kariadi. Laju Konversi Toleransi Glukosa Terganggu menjadi Diabetes di Singaparna, Jawa Barat. Disampaikan pada Kongres Nasional ke 5. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, Bandung 9 – 13 April 2000 (SX111-1)
72. Sunyer FX. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med.* 1993 : 119.
73. 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.*
74. Syah, B. Non-communicable Disease Surveillance and Prevention in South-East Asia Region, 2002.
75. 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.
76. The WHO STEPwise approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases 2003. *STEPS Instrument for NCD Risk Factors (Core and expanded Version 1.3.)*
77. Tim survei Depkes RI, Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996, Depkes RI, Jakarta;1997,
78. 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.

79. 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.
80. WHO, 1995. *Oral Health Care, Needs of the Community. A Public Health Report.*
81. 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
82. WHO. Auser's guide to the self reporting questionnaire. Geneva. 1994.
83. WHO/SEARO. Surveillance of Major Non-communicable Diseases in South – East Asia Region, Report of an Inter-country Consultation, 2005.
84. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 1999
85. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 2003
86. World Health Organization, 2003, *The World Health Survey Programme*, Geneva.
87. World Health Organization. 2003. The Surf Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current of global data. Geneva: WHO. p.15.
88. 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