

**LAPORAN HASIL
RISET KESEHATAN DASAR
(RISKESDAS)
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
TAHUN 2008**

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

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

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

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

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

Instrumen penelitian meliputi:

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

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

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

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

Pada laporan Riskesdas 2007 (edisi pertama), banyak dijumpai kesalahan, diantaranya kesalahan dalam pengetikan, ketidaksesuaian antara narasi dan isi tabel, kesalahan dalam penulisan tabel dan sebagainya. Untuk itu pada tahun anggaran 2009 telah dilakukan revisi laporan Riskesdas 2007 (edisi kedua) dengan berbagai penyempurnaan 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 kehadirat Allah SWT yang dengan rahmat dan bimbinganNya, Departemen Kesehatan saat ini telah mempunyai indikator dan data dasar kesehatan berbasis komunitas, yang mencakup seluruh Provinsi dan Kabupaten/Kota yang dihasilkan melalui Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas Tahun 2007 - 2008.

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

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

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

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

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2008

Menteri Kesehatan Republik Indonesia

The image shows a circular official stamp in blue ink. The outer ring of the stamp contains the text "MENTERI KESEHATAN" at the top and "REPUBLIK INDONESIA" at the bottom, separated by two stars. In the center of the stamp is the Garuda Pancasila, the national emblem of Indonesia. A handwritten signature in black ink is written over the stamp, extending to the right.

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

RINGKASAN EKSEKUTIF

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

Metodologi

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

Dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus yang Persentase onal terhadap jumlah rumah tangga di kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah blok sensus masuk kedalam sampel blok sensus pada sebuah kabupaten/kota bersifat Persentase onal terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Bila dalam sebuah blok sensus terdapat lebih dari 150 (seratus lima puluh) rumah tangga maka dalam penarikan sampel di tingkat ini akan dibentuk sub-blok sensus. Secara keseluruhan, berdasarkan sampel blok sensus dalam Susenas 2007 yang berjumlah 608 (enam ratus delapan) sampel blok sensus, Riskesdas Provinsi NTT 2007 berhasil mengunjungi 605 blok sensus dari 16 jumlah kabupaten/kota yang ada.

Jumlah BS Terpilih Sebagai Sampel Kesehatan Masyarakat dan Biomedis per kabupaten/kota di Provinsi NTT dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), yang menjadi sampel rumah tangga dengan jumlah rumah tangga di blok sensus tersebut. Secara keseluruhan, jumlah sampel rumah tangga dari 16 kabupaten/kota Susenas 2007 Provinsi NTT adalah 9.728 (sembilan ribu tujuh ratus dua puluh delapan), dimana Riskesdas Provinsi NTT berhasil mengumpulkan 9.206 rumah tangga.

Selanjutnya, seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut di atas maka diambil sebagai sampel individu. Dari 16 kabupaten/kota pada Susenas 2007 Provinsi NTT terdapat 45.591 sampel anggota rumah tangga. Riskesdas Provinsi NTT berhasil mengumpulkan 38.002 individu yang sama dengan Susenas.

Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumah tangga berusia lebih dari 1 (satu) tahun yang tinggal di blok sensus dengan klasifikasi perkotaan. Di Provinsi NTT, dari 16 kabupaten/kota terpilih beberapa BS dari 9 kabupaten/kota yang terkena sampel

biomedis, dengan total 15 BS. Khusus untuk pengukuran gula darah, sampel diambil dari anggota rumah tangga berusia lebih dari 15 tahun.

Ada 2 (dua) pengukuran iodium. Pertama, adalah pengukuran kadar iodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran iodium dalam urin. Pengukuran kadar iodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beriodium. Sedangkan pengukuran iodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam iodium pada penduduk. Pengukuran kadar iodium dalam garam dilakukan dengan tes cepat menggunakan “*iodina*” dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga.

Status Gizi Balita

Secara umum, prevalensi ***gizi kurang+buruk*** di propinsi NTT adalah 33.6% berarti belum mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18.5%). Dari 16 kabupaten/kota hanya ada 1 kabupaten yang sudah mencapai target nasional dan target MDGs 2015, yaitu Kota Kupang (14.3%). Sedangkan prevalensi tertinggi ***gizi kurang+buruk*** ada di Kabupaten Rote Ndao (40.8%). Untuk Provinsi NTT prevalensi gizi lebih masih cukup rendah (2.0%). Dari 16 kabupaten/kota di Provinsi NTT, prevalensi gizi lebih balita yang di atas 5% hanya terdapat di Kota Kupang.

Semua kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur menghadapi permasalahan gizi akut dan 15 kabupaten menghadapi permasalahan gizi akut dan kronis. Hanya satu kota yaitu kota Kupang yang masalah gizi kronisnya lebih kecil dari angka nasional.

Prevalensi obesitas sentral yang diukur dari lingkaran perut menunjukkan relatif lebih tinggi yaitu 11.9%. Dan 11 dari 16 kabupaten/kota di Provinsi NTT memiliki prevalensi lebih dari 10% dengan 3 kabupaten/kota dengan prevalensi obesitas sentral yang tinggi sama dengan prevalensi kegemukan dan obesitas yaitu Kota Kupang, Lembata, dan Flores Timur.

Sebanyak 3 kabupaten dengan rerata angka konsumsi energi di bawah rerata angka konsumsi energi nasional, yaitu Kabupaten Belu, Alor, dan Kota Kupang. Sebanyak 10 kabupaten dengan rerata angka konsumsi protein di bawah angka nasional yaitu Sumba Barat, Sumba Timur, Kupang, Timor Tengah Selatan, Timor Tengah Utara, Alor, Lembata, Ngada, Manggarai, dan Rote Ndao.

Konsumsi Energi dan Protein

Rata-rata konsumsi per kapita per hari penduduk Indonesia adalah 1735.1 kkal untuk energi dan 55.5 gram untuk protein. Untuk konsumsi energi, Provinsi NTT sedikit lebih tinggi dari pada angka nasional (1884.6 kkal), sedangkan untuk konsumsi protein Provinsi NTT sedikit lebih rendah dari pada angka nasional (51.3 gram). Kabupaten dengan angka konsumsi energi terendah adalah Kota Kupang (1551.0 gram), dan kabupaten dengan angka konsumsi energi tertinggi adalah Kabupaten Ngada (2186.9 gram). Kabupaten dengan konsumsi protein terendah adalah Kabupaten Kupang (41 gram), dan kabupaten dengan konsumsi protein tertinggi adalah Kabupaten Flores Timur (62.4 gram).

Sebanyak 3 kabupaten dengan rerata angka konsumsi energi dibawah rerata angka konsumsi energi nasional, yaitu Kabupaten Belu, Alor dan Kota Kupang. Sebanyak 10 kabupaten dengan rerata angka konsumsi protein dibawah angka nasional yaitu Sumba Barat, Sumba Timur, Kupang, Timor Tengah Selatan, Timor Tengah Utara, Alor, Lembata, Ngada, Manggarai, dan Rote Ndao.

Konsumsi Garam Beriodium

Secara keseluruhan baru 31% rumah tangga di Provinsi NTT mengonsumsi garam cukup iodium, Persentase ini lebih rendah dari angka nasional (62%). Pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 maupun target ICCIDD/UNICEF/WHO *Universal Salt Iodization* (USI) atau “garam beriodium untuk semua” yaitu minimal 90% rumah-tangga menggunakan garam cukup iodium.

Status Imunisasi

Cakupan 5 imunisasi dasar menurut kabupaten/kota. Cakupan imunisasi BCG di Provinsi NTT sebesar 85,9%, tertinggi di Kabupaten Ngada (99.2%), terendah di Kabupaten Rote Ndao (59.1%). Cakupan imunisasi Polio 3 (Polio lengkap) mencapai 69.4%, tertinggi di Kabupaten Ngada (95.8%), terendah di Kabupaten Rote Ndao (34.3%). Cakupan imunisasi DPT3 (DPT lengkap) mencapai 63.0%, tertinggi di Kabupaten Ngada (93.3%), terendah di Kabupaten Rote Ndao (23.0%). Cakupan imunisasi HB3 (Hepatitis B Lengkap) mencapai 55,8%. tertinggi di Kabupaten Sikka (81.6%), terendah di Kabupaten Rote Ndao (13.7%). Selanjutnya, cakupan imunisasi Campak mencapai 86,0%, tertinggi di Kabupaten Ngada dan Rote Ndao (97,5%), terendah di Kabupaten Alor (54,1%).

Cakupan 5 imunisasi dasar lengkap menurut kelompok umur balita. Bila dilihat menurut kelompok umur balita, maka tampak tidak ada perbedaan yang nyata antara cakupan imunisasi BCG, Polio3, DPT, HB3 dan Campak bagi keempat jenis kelompok umur balita, yakni 12-23 bulan, 24-35 bulan, 36-47 bulan, dan 48-59 bulan. Pola ini bisa dipahami, karena kelulusan imunisasi lengkap balita adalah pada umur 9 bulan.

Penimbangan Balita

Persentase penimbangan enam bulan terakhir anak usia 6-59 bulan menurut kabupaten/kota. Secara umum Persentase penimbangan ≥ 4 kali dalam enam bulan terakhir adalah 69.4%. Kabupaten dengan Persentase penimbangan ≥ 4 kali dalam enam bulan terakhir tertinggi adalah Kabupaten Lembata (93.9%). terendah adalah Kabupaten Alor (41.4%).

Secara umum cakupan kapsul vitamin A di Provinsi NTT adalah 74.2%. Kabupaten dengan cakupan kapsul Vitamin A tertinggi adalah Kabupaten Sikka (90.0%), dan terendah adalah Kabupaten Alor (50.9%).

Gambaran tentang persentase cakupan kapsul vitamin A pada anak 6-59 bulan menurut karakteristik. Terlihat bahwa balita yang tinggal di pedesaan Persentase mendapat kapsul Vitamin A lebih tinggi dibanding dengan balita perkotaan. Tidak terdapat perbedaan yang nyata antar jenis kelamin, pendidikan KK, tingkat pengeluaran per kapita per bulan, dan jenis pekerjaan.

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi

Secara umum prevalensi BB Lahir Normal menurut persepsi ibu adalah sebesar 59,4%. kecil sebesar 21,0% dan besar 19,6%. Prevalensi BB lahir kecil tertinggi ada di Kabupaten Kupang (38.5%). terendah di Kota Kupang. Sumba Timur. Lembata. dan Flores Timur (0%).

Secara umum cakupan pemeriksaan ibu hamil di Provinsi NTT adalah 87,5%. Cakupan pemeriksaan ibu hamil tertinggi ada di Kabupaten Sumba Timur, Kupang, Lembata, Flores Timur, Sikka, dan Ngada (100%). terendah di Kabupaten Timor Tengah Selatan 69,0%.

Prevalensi Malaria, DBD dan Filariasis

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi Nusa Tenggara Timur dijumpai sebesar 12,03%, dengan rentang 2,48 – 44,48%. Penyakit ini dapat bersifat akut dan

kronis (kambuhan) dan kemungkinan bisa menjadikan kasus-kasus malaria import untuk wilayah Jawa-Bali yang disebabkan karena perkembangan penduduk (mobilitas penduduk). Terdapat 4 kabupaten yang prevalensinya antara 19,0 – 45,1% lebih tinggi dari prevalensi malaria di Provinsi Nusa Tenggara Timur secara keseluruhan yaitu kabupaten Sumba Barat, Lembata, Sumba Timur, dan Manggarai Barat.

Dalam Riskesdas ini, juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria klinis dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Tampak bahwa di empat Kabupaten dengan prevalensi malaria relatif tinggi di atas, persentase orang yang minum obat program masih di bawah 60%. Berbeda dengan 5 kabupaten dengan prevalensi lebih rendah dari prevalensi malaria di Provinsi Nusa Tenggara Timur, persentase orang yang minum obat program di atas 60% (61,2 – 70,1%).

Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC dan Campak

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) tersebar di seluruh Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (22,0 – 64,7%). Angka prevalensi ISPA dalam sebulan terakhir di Provinsi Nusa Tenggara Timur adalah 41,4%; prevalensi di atas 41,4% ditemukan di 9 Kabupaten yaitu : Kabupaten Sumba Barat, Alor, Lembata, Sikka, Ende, Ngada, Manggarai, Rote Ndao, dan Manggarai Barat. Terdapat 2 kabupaten kota yang mempunyai prevalensi di bawah 25%, yaitu Kabupaten Timor Tengah Utara dan Kota Kupang.

Kasus ISPA yang berlarut-larut akan menjadi Pneumonia. Secara umum, di Provinsi Nusa Tenggara Timur rasio prevalensi Pneumonia sebulan terakhir adalah 10,2 dari prevalensi ISPA, yaitu 4,4% (rentang 1,4 – 9,1%). Prevalensi Pneumonia yang relatif tinggi dijumpai di Kabupaten Manggarai, Ngada, dan Sumba Barat. Tidak semua daerah dengan prevalensi ISPA tinggi juga mempunyai prevalensi Pneumonia tinggi seperti di Kabupaten Sikka. Hal ini sangat tergantung dari tingkat kesadaran ibu untuk mengenali kasus ISPA pada anaknya dan membawanya segera ke fasilitas pengobatan, dan tergantung pada kemampuan fasilitas kesehatan tersebut, sehingga kejadian Pneumonia dapat dicegah.

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit. Di provinsi ini TB terdeteksi dengan prevalensi 20 per 1000, tersebar di hampir seluruh Kabupaten/Kota (rentang : 2 perseribu di Kabupaten Sumba Timur dan Kota Kupang - 75/1000 di Kabupaten Manggarai).

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi dan termasuk dalam program imunisasi nasional. Di Provinsi Nusa Tenggara Timur dalam 12 bulan terakhir penyakit ini masih terdeteksi dengan prevalensi 1,7 % (rentang 0,1 – 5,2%). Di beberapa Kabupaten/Kota prevalensinya masih 1,7% atau lebih tinggi, yaitu di Kabupaten Kupang, Belu, Lembata, Ngada, Manggarai dan Rote Ndao.

Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare

Dalam 12 bulan terakhir, tifoid klinis dapat dideteksi di Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan prevalensi 2,32%. dan tersebar di seluruh kabupaten/kota dengan rentang 0,3 – 5,86%. Prevalensi tifoid tertinggi dilaporkan dari Kabupaten Manggarai, Alor, Manggarai Barat, Sumba Barat, Kupang, dan Belu, yaitu lebih dari 2,32%. Sedangkan untuk hepatitis, penyakit ini tidak teridentifikasi di Kabupaten Sumba Timur. Prevalensi hepatitis tertinggi ditemukan di Kabupaten Manggarai (10,1%) dan Sumba Barat (2,9%) dibandingkan dengan prevalensi Provinsi Nusa Tenggara Timur yang hanya 1,91%.

Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi Nusa 11,4%, tertinggi ditemukan di Kabupaten Manggarai Barat (30,2%). Kabupaten Manggrai, Sumba Barat, Timor Tengah Selatan, Lembata, dan Rote Ndao mempunyai prevalensi diare di atas 10%. Cukup menarik untuk melihat data di Kota Kupang, Kabupaten Kupang, Timor Tengah

Utara, dan Belu, yang meskipun prevalensi diare di bawah prevalensi propinsi tetapi penggunaan oralitnya cukup tinggi yaitu lebih besar dari 60%.

Penyakit Sendi, Hipertensi dan Stroke

Rerata 38,0% penduduk Provinsi NTT mengalami gangguan persendian dan angka ini lebih tinggi dari prevalensi Nasional yaitu 30,3%. Sementara prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 14,0 % sama dengan angka Nasional yaitu 14,0%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi penyakit persendian di NTT berkisar antara 15,3% - 57,5% dan prevalensi di Kabupaten Lembata, Pulau Flores ditemukan lebih tinggi dibandingkan Kabupaten/Kota lainnya. Sebaliknya Kota Kupang mempunyai prevalensi paling rendah. Sementara prevalensi penyakit persendian yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan berkisar antara 5,9 – 24,3% dan prevalensi tertinggi juga ditemukan di Kabupaten Ende. Sebaliknya prevalensi terendah di Kabupaten Timor Tengah Utara.

Prevalensi hipertensi di NTT berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 22,8% dan hanya berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 5,4% sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 5,5%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah berkisar antara 18,6% - 36,3% dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Ende, Pulau Flores sedangkan terendah di Kabupaten Rote Ndao. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 1,8% - 8,1%. Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di NTT, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Kabupaten Manggarai. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di Kabupaten Manggarai maupun di wilayah lainnya di NTT belum ditanggulangi dengan baik.

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di NTT adalah 7,1 per 1000 penduduk. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi stroke berkisar antara 2,5‰ – 21,4‰ dan Kabupaten Sumba Barat mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya berdasarkan diagnosis dan gejala.

Penyakit Asma, Jantung, Diabetes dan Tumor

Prevalensi penyakit asma di provinsi NTT sebesar 4,7% (kisaran 1,4–11,5%) tertinggi di Kabupaten Sumba Barat diikuti Manggarai, Ende, Manggarai Barat serta terdapat di semua kabupaten/kota. Prevalensi penyakit jantung 8,8% (kisaran 1,7–18,9%) tertinggi di Kabupaten Lembata diikuti Alor dan terdapat di semua kabupaten/kota.

Prevalensi penyakit diabetes sebesar 1,2% (kisaran 0,2 – 2,7%) tertinggi di Kabupaten TTS dan terdapat di semua kabupaten/kota. Prevalensi penyakit tumor/kanker sebesar 3,4‰ (kisaran 1,4‰-10,9‰) tertinggi di Kabupaten Sumba Barat dan terdapat hampir di semua kabupaten/kota.

Penyakit Gangguan Mental Emosional

Secara umum prevalensi gangguan mental emosional 14.5%. Prevalensi tertinggi di Manggarai (32.4%). Ngada (27.9%) dan Lembata (19.7%). Prevalensi terendah di Kabupaten Kupang (4.4%). Kota Kupang (5.3%) dan Sikka (6.2%).

Kesehatan Mata

Persentase *low vision* di Provinsi NTT berkisar antara 0,6% (Kota Kupang) sampai 11,1% (Belu). sedangkan Persentase kebutaan berkisar 0,2% (Kota Kupang) sampai 4,3% (Belu). Rendahnya Persentase *low vision* dan kebutaan di Kota Kupang kemungkinan di ibukota provinsi lebih mudah mendapatkan pelayanan kesehatan

termasuk pelayanan kesehatan mata. Dibandingkan dengan Persentase *low vision* di tingkat provinsi. 9 dari 16 kabupaten yang ada masih memiliki Persentase lebih tinggi (Persentase nasional *low vision*: 4,29%. Persentase kebutaan tingkat provinsi sebesar 1,4%. lebih tinggi dari Persentase tingkat nasional (0,9%) dan terdapat 11 kabupaten yang menunjukkan Persentase lebih tinggi dibanding Persentase tingkat provinsi.

Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 15,1% dengan kisaran terendah di Kota Kupang (13,3%) dan tertinggi kabupaten TTU (50,0%) tidak ada operasi katarak di TTS, Belu, dan Alor (diagnosis katarak oleh nakes masing-masing 3,8%. 2,5%. 0,8%). Cakupan operasi ini masih sangat rendah sehingga dapat mengakibatkan penumpukan kasus katarak pada tahun terkait (2007) adalah sebesar 84,9% di tingkat provinsi.

Kesehatan Gigi

Prevalensi yang memiliki masalah dengan gigi di Provinsi NTT 25.1% dengan kabupaten/kota yang memiliki masalah tertinggi Manggarai Barat (51.0%) diikuti Ngada (35.5%) dan Sumba Barat (28.3%). Sedangkan kab yang paling rendah prevalensi bermasalah gigi adalah Belu (14.4%). Selanjutnya prevalensi yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi sedikit lebih rendah yaitu 23.1 di Provinsi NTT. Dimana kabupaten/kota yang paling banyak menerima perawatan gigi oleh tenaga medis gigi yaitu Kota Kupang (49.9%). Lembata (34.2%). dan Ende (33.7%). Sedangkan kabupaten/kota yang paling sedikit menerima perawatan medis gigi yaitu Sumba Barat (11.7%). Manggarai Barat (12.9) dan Sumba Timur (15.1%). Dan daerah dengan prevalensi edentulous terbanyak yaitu Sumba Barat. Sumba Timur serta Alor dan Ngada.

Di Provinsi NTT prevalensi yang mendapatkan pengobatan gigi 92.0% dengan prevalensi tertinggi di Balu (96.6%). Ende (96.2%). dan Rote Ndao (95.7%). Prevalensi yang terendah mendapatkan pengobatan gigi yaitu di Kab Sikka (86.1%). Sedangkan prevalensi yang menerima penambalan. pencabutan/bedah gigi tertinggi di Kota Kupang (52.2%) diikuti Sumba Timur (36.1%) dan Manggarai Barat (34.9%); sedangkan prevalensi yang terendah di Manggarai (6.3%). Lembata (11.1%) dan Ngada (12.2%).

Di Provinsi NTT. rata-rata prevalensi tanpa lubang sebesar 59.3% dimana yang terendah di kabupaten Manggarai Barat (45.5%). diikuti dengan Ende (46.4%) dan Flores Timur (47.9%). Sedangkan rata-rata prevalensi karies aktif sebesar 40.7% dimana kabupaten yang dengan prevalensi yang terendah yaitu Belu (21.3%0. Lembata (26.9%). dan TTS (33.2%). Untuk prevalensi yang tanpa pengalaman karies. rata-rata sebesar 35.6% dimana yang terendah di kabupaten Flores Timur (19.9%) diikuti dengan Manggarai Barat (23.4%) dan Ende (27.3%). Sedangkan rata-rata prevalensi tanpa pengalaman karies sebesar 64.4% dimana kabupaten yang dengan prevalensi yang terendah yaitu Belu (42.8%) diikuti dengan Sumba Timur. (55.0%) dan Alor (58.7%).

Disabilitas

Di Provinsi NTT persentase status disabilitas yang sangat bermasalah rata-rata sebesar 3.5% dengan yang paling rendah di Kota Kupang (0.6%) dan yang tertinggi di Sumba Barat (6.0%) kemudian diikuti Flores Timur (5.4%0 dan Manggarai (4.6%). Sedangkan yang bermasalah atau memiliki masalah tetapi tidak memerlukan bantuan orang lain. presentase rata-rata sebesar 31.1% dengan daerah yang paling rendah juga di Kota Kupang (11.4%) sedangkan yang tertinggi di Sumba Barat (49.3%) diikuti di Lembata (41.9%) dan di Manggarai Barat (40.1%). Sedangkan presentase rata-rata yang tidak bermasalah 65.4% dengan presentasi terendah di Timor Tengah Selatan.

Cedera

Prevalensi cedera dan Persentase penyebab cedera menurut kelompok umur. Prevalensi tertinggi cedera terjadi pada kelompok umur 55 – 64 tahun dan 65 – 74

tahun, 1 – 4 tahun dan 5 – 14 tahun (15,4%). Bila dilihat dari penyebab cedera terdapat perbedaan yang nyata penyebab cedera antar kelompok umur. Penyebab terbanyak dari semua kelompok umur adalah jatuh (29%), kemudian disusul terluka benda tajam/tumpul, dan kecelakaan transportasi.

Kabupaten dengan prevalensi cedera tertinggi adalah Kabupaten Ngada (21,3 %), terendah Kota Kupang (7,1%). Bila dilihat dari penyebab cedera, penyebab karena kecelakaan transportasi darat Persentase tertinggi terjadi di Kota Kupang (35,8%), terendah di Kabupaten Ngada (7,9%). Penyebab karena terluka karena benda tajam/tumpul Persentase tertinggi terjadi di Kabupaten Belu (50,9%), terendah di Kabupaten Alor (8,1%).

Pada kelompok umur balita bagian tubuh yang banyak terkena cedera adalah kepala dan dada. Sementara semakin dewasa, bagian tubuh yang banyak mengalami cedera adalah anggota gerak (tangan dan kaki).

Untuk jenis cedera benturan tampak bahwa Kabupaten Ngada menempati Persentase tertinggi (65,0%), terendah Kabupaten Belu (12,9%). Untuk jenis cedera luka lecet, Kota Kupang menempati Persentase tertinggi (74,3%), terendah Kabupaten Kupang (74,3%). Selanjutnya untuk luka terbuka, Persentase tertinggi terdapat di Kabupaten Kupang (55,3%). terendah di Kabupaten

Merokok

Prevalensi merokok (setiap hari dan kadang-kadang) tertinggi ada di Kabupaten Sumba Barat (36.9%) terendah di Kabupaten Timor Tengah Utara. Rerata jumlah batang rokok per hari tertinggi pada Kab Manggarai (15.7 batang), terendah di Kabupaten Flores Timur (8,0 batang).

Perilaku Penduduk Makan Buah dan Sayur

Secara garis besar prevalensi penduduk yang memiliki kecukupan sayur dan buah sangat kecil. Bila dilihat menurut kelompok umur. hampir tidak ada perbedaan nyata dalam kecukupan konsumsi buah dan sayur menurut kelompok umur. Dilihat dari jenis kelamin. tampak tidak ada perbedaan nyata antar laki dan perempuan dalam konsumsi buah dan sayur. Dilihat dari tingkat pendidikan semakin tinggi tingkat pendidikan persentase makan buah dan sayur semakin tinggi. Dilihat dari tempat tinggal penduduk. mereka yang tinggal di perkotaan makan buah dan sayur sedikit lebih banyak dibanding perkotaan. Dilihat dari kuintil pendapatan. tidak terdapat pola yang jelas antar kuintil pendapatan.

Alkohol

Secara umum prevalensi peminum alkohol di Prov NTT adalah 17.6%. angka ini jauh lebih tinggi dari angka prevalensi nasional (3.2%). Prevalensi tertinggi terdapat di Kab Ngada (38.3%). terendah di Kabupaten Sumba Barat (7.7%).

persentase terbesar penduduk yang mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir adalah umur 45 – 54 tahun (23.6%) dan hanya 18.3% yang tetap mengkonsumsi alkohol 1 bulan terakhir. Persentase laki-laki yang mengkonsumsi minuman keras sebesar 32.9 %. jauh lebih besar dibandingkan perempuan (4.0%). Dari status ekonomi dapat terlihat bahwa tidak ada perbedaan yang nyata antara kuintil pendapatan dalam mengkonsumsi alkohol.

Aktifitas Fisik

Secara umum prevalensi penduduk yang cukup melakukan aktivitas fisik adalah 27.4%. tidak berbeda jauh dengan angka nasional 29.8%. Bila dilihat menurut kabupaten/kota. prevalensi aktivitas cukup tertinggi terdapat di Kota Kupang (53.9%). terendah di Manggarai Barat (9.2%).

Pengetahuan Tentang Flu Burung

Penduduk yang berumur antara 15 – 24 tahun yang pernah mendengar tentang flu burung memiliki persentase yang paling besar (52.9%). Begitu juga dengan pengetahuan yang benar tentang flu burung kelompok umur ini memiliki persentase yang paling besar (63,8%).

Pengetahuan Tentang HIV/AIDS

Penduduk yang berumur antara 15 – 24 tahun yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS memiliki persentase yang paling besar (30.9%). Begitu juga dengan pengetahuan tentang pencegahan HIV/AIDS (30.9%). Sedangkan kelompok yang bersikap benar tentang pencegahan HIV/AIDS persentase tertinggi terdapat pada kelompok umur 45-54 tahun (53.4%). Dilihat dari jenis kelamin, kelompok perempuan lebih aware, berpengetahuan dan bersikap benar tentang HIV/AIDS dari pada kelompok laki-laki. Dilihat dari tingkat pendidikan, terlihat bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya maka akan semakin aware berpengetahuan dan bersikap benar tentang pencegahan HIV/AIDS. Bila dilihat dari tempat tinggal penduduk mereka yang tinggal di perkotaan lebih aware berpengetahuan dan bersikap benar tentang pencegahan HIV/AIDS. Selanjutnya bila dilihat menurut kuintil pendapatan maka semakin tinggi pendapatan semakin baik pula dalam *awareness* pengetahuan dan sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS.

Perilaku Higienis

Dari 16 kabupaten/kota di Prov NTT prevalensi tertinggi berperilaku benar dalam BAB terdapat di Kota Kupang (96.6%), terendah di Kabupaten Sumba Barat (47.5%). Prevalensi tertinggi berperilaku benar cuci tangan dengan sabun terdapat di Kota Kupang (40.5%), terendah di Kabupaten Timor Tengah Utara (5.6%).

Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Dilihat dari jarak, kabupaten dengan akses termudah adalah Kota Kupang dan tersulit TTS. Dilihat dari waktu tempuh, kabupaten dengan waktu tempuh termudah adalah Kota Kupang dan tersulit adalah Kabupaten TTS.

Analog dengan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktik). Kabupaten dengan akses termudah adalah Kota Kupang dan tersulit adalah Kabupaten TTS.

Dari sekian banyak jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang dimanfaatkan Rumah Tangga, penimbangan menempati urutan yang pertama, diikuti oleh pengobatan dan imunisasi; sedangkan konsultasi resiko penyakit menempati urutan yang terakhir.

Pemanfaatan POD/WOD tiap kabupaten/kota cukup bervariasi namun pemanfaatannya sangat rendah (4.7%). Pemanfaatan tertinggi pada Kabupaten Belu, terendah pada Kabupaten Alor. Sehingga perlu adanya penelusuran alasan tidak memanfaatkan POD/WOD.

Tempat Berobat dan Sumber Biaya

Sebagian besar Rumah Tangga yang Rawat Inap menggunakan fasilitas RS pemerintah, kemudian disusul oleh puskesmas dan rumah sakit swasta. Yang paling tinggi persentasenya menggunakan RS pemerintah adalah Kabupaten Sikka, RS Swasta Kabupaten Sumba Barat, sedangkan puskesmas Kabupaten Kupang.

Persentase terbesar pembiayaan rawat inap tampak masih didominasi oleh pembayaran langsung (52.8%), kemudian diikuti oleh Askeskin/SKTM, Dana Sehat, dan Askes/Jamsostek. Terdapat variasi antar kabupaten/kota mengenai sumber pembiayaan rawat inap, untuk pembayaran langsung (bayar sendiri) terbesar di Kabupaten Manggarai Barat, Askes/Jamsostek terbesar di Kota Kupang.

Askeskin/SKTM terbesar di Kabupaten Sumba Barat. Dana Sehat terbesar di Kabupaten Rote Ndao.

Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Semua aspek ketanggapan yang dinilai menunjukkan bahwa penilaian kategori baik lebih dari 85%. Aspek ketanggapan yang pencapaiannya rendah adalah kebersihan ruangan (85.8%) dan pencapaian tertinggi adalah kerahasiaan (91.6%).

Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan menurut kabupaten/kota tidak menunjukkan banyak variasi yang nyata. Bila dilihat per aspek ketanggapan rawat jalan, tampak bahwa aspek keramahan dan kerahasiaan menempati penilaian terbaik (95.2%). disusul kebebasan memilih fasilitas dan kebersihan ruangan. aspek yang terjelek adalah waktu tunggu. Namun demikian, kesemua aspek nilainya di atas 90%.

Kesehatan Lingkungan

Konsumsi air per orang perhari di Provinsi NTT kurang lebih dua pertiganya (64.8%) berada pada konsumsi 5-49,9 liter, sedangkan sisanya tersebar pada konsumsi kurang dari 5 liter dan lebih dari 49,9 liter. Apabila dibandingkan antar wilayah kabupaten/kota, persentase tertinggi masyarakat dengan konsumsi air lebih dari 50 liter per hari adalah Kota Kupang. Dibandingkan dengan angka nasional yakni konsumsi per orang per hari lebih dari 100 liter adalah 43.8%. konsumsi air per orang per hari Provinsi NTT di bawah nasional.

Berdasarkan ketersediaan air bersih, hampir 50% rumah tangga mengalami kesulitan mendapatkan air bersih pada musim kemarau, khususnya Kabupaten Timor Tengah Utara dan Flores Timur. Dalam hal jarak dan waktu untuk menjangkau sumber air, pada umumnya rumah tangga di kabupaten/kota dapat menjangkau sumber air dalam waktu kurang dari 30 menit dan jarak kurang dari 1 km. Akses baik jarak maupun waktu terhadap air bersih Rumah Tangga Provinsi NTT secara umum di bawah angka nasional. Persentase RT di Provinsi NTT dengan waktu tempuh <30 menit ke sumber air sebesar 89.3% (angka nasional 97.7%). Persentase RT di Provinsi NTT yang mudah mendapatkan air sepanjang tahun sebesar 52.4% (angka nasional 73.6%).

Lebih dari 80% Rumah Tangga di Provinsi NTT mempunyai kualitas fisik air baik. Terdapat keberagaman kualitas air (keruh, bau, warna, ras, busa) di antara kabupaten/kota di Provinsi NTT.

Jenis sumber air minum di Provinsi NTT kebanyakan berasal dari sumur dan mata air baik terlindung maupun tidak terlindung. Untuk Kota Kupang, Kabupaten Sikka dan Sumba Timur lebih dari 20% Rumah Tangga menggunakan air ledeng.

Untuk penggunaan fasilitas Buang Air Besar (BAB), masih terdapat 25,5% rumah tangga yang belum memakai fasilitas BAB. Sebagian besar yang menggunakan fasilitas BAB merupakan fasilitas yang bersifat digunakan sendiri (60.8%).

Dilihat dari Jenis tempat Buang Air Besar (BAB), masih 6,1% Rumah Tangga yang tidak menggunakan Jamban. Dari yang menggunakan jamban, Persentase terbesar adalah menggunakan leher angsa (39.5%), diikuti cemplung (31.9%) dan plengsengan (22.6%).

Sebagian besar rumah tangga (77,6%) di Provinsi NTT tidak mempunyai Saluran Pembuangan Air Limbah. Dari mereka yang mempunyai Saluran Pembuangan Air Limbah, sebagian besar (17.7%) merupakan Saluran Pembuangan Air Limbah terbuka.

Secara keseluruhan akses air bersih di Provinsi NTT adalah sebesar 39.5%. akses terbaik ada di Kota Kupang (57.3%), akses terjelek ada di Kabupaten Sumba Barat (11.4%). Akses sanitasi secara keseluruhan di Provinsi NTT adalah sebesar 22,9%. Akses sanitasi terbaik di Kota Kupang (67.0%) dan akses sanitasi terjelek ada di Kabupaten Manggarai (5.5%).

Dilihat dari kepemilikan penampungan sampah, secara keseluruhan sebagian besar rumah tangga (80.6%) tidak memiliki penampungan sampah di dalam rumah dan 73.6% tidak memiliki penampungan sampah di luar rumah. Dari mereka yang mempunyai tempat penampungan sampah, Persentase terbesar adalah penampungan sampah terbuka (23.3%).

Persentase rumah tangga dengan jenis lantai tanah masih sebesar 44.4% dengan Persentase tertinggi terdapat di Kabupaten Timor Tengah Selatan (76.0%) dan Persentase terendah di Kota Kupang (8.5%). Hunian dengan kepadatan per kapita < 8 m² Persentase terbesar terdapat di Kabupaten Sumba Barat (62.0%), sedangkan Persentase terkecil terdapat di Flores Timur (21.2%).

Rumah tangga di Provinsi NTT kebanyakan memelihara ternak sedang (59,6%) dan ternak unggas (68,7%) disusul ternak besar (22,3%). Terdapat keberagaman dalam pemeliharaan dan tempat pemeliharaan antar kabupaten/kota; Kabupaten Sumba Barat dan Sumba Timur menempati urutan tertinggi dalam pemeliharaan ternak. Secara umum, Persentase terbesar penempatan ternak sudah menggunakan kandang di luar rumah.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	Error! Bookmark not defined.
Sambutan Menteri Kesehatan Republik Indonesia	Error! Bookmark not defined.
Ringkasan Eksekutif	i
Daftar isi	xv
Daftar Tabel	Error! Bookmark not defined.
Daftar Gambar	xxviiiix
Daftar Singkatan	xxx
Daftar Lampiran	xxxii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Ruang Lingkup Riskesdas	1
1.3 Pertanyaan Penelitian	2
1.4 Tujuan Riskesdas	2
1.5 Kerangka Pikir	2
1.6 Mekanisme Kerja Riskesdas	4
1.7 Pengorganisasian Riskesdas	6
1.8 Manfaat Riskesdas	6
1.9 Persetujuan Etik Riskesdas	6
BAB 2. Metodologi Riskesdas	7
2.1 Desain	7
2.2 Lokasi	7
2.3 Populasi dan Sampel	7
2.3.1 Penarikan Sampel Blok Sensus (dalam Susenas 2007)	7
2.3.2 Penarikan Sampel Rumah Tangga	8
2.3.3 Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga	8
2.3.4 Penarikan Sampel Biomedis	9
2.3.5 Penarikan Sampel Iodium	9
2.4 Response Rate	9
2.4.1 <i>Respons Rate</i> Kesehatan Masyarakat	9
2.5 Variabel	10
2.6 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data	12
2.7 Manajemen Data	14
2.7.1 Editing	15
2.7.2 Entry	15
2.7.3 Cleaning	15
2.8 Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data	15
2.9 Keterbatasan Riskesdas	16
2.10 Hasil Pengolahan dan Analisis Data	17
BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN	19
3.1 Gambaran Umum	19
3.2 Status Gizi	21

3.2.1	Status Gizi Balita	21
3.2.2	Status Gizi Penduduk Umur 6-14 Tahun (Usia Sekolah)	21
3.2.3	Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas	31
3.2.4	Konsumsi Energi Dan Protein	39
3.2.5	Konsumsi Garam Beriodium	44
3.3	Kesehatan Ibu Dan Anak	46
3.3.1	Status Imunisasi	46
3.3.2	Pemantauan Pertumbuhan Balita	50
3.3.3	Distribusi Kapsul Vitamin A	59
3.3.4	Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Bayi	61
3.4	Penyakit Menular	73
3.4.1	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	73
3.4.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak	76
3.4.3	Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare	79
3.5	Penyakit Tidak Menular	83
3.5.1	Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, Penyakit Keturunan dan Faktor Resiko Penyakit Tidak Menular	833
3.5.2	Gangguan Mental Emosional	92
3.5.3	Penyakit Mata	92
3.5.4	Kesehatan Gigi	104
3.6	Cedera dan Disabilitas	120
3.6.1	Cedera	120
3.6.2	Status Disabilitas/ Ketidakmampuan	140
3.7	Perilaku	143
3.7.1	Merokok	143
3.7.2	Perilaku Penduduk Makan Buah dan Sayur	158
3.7.3	Alkohol	160
3.7.4	Aktivitas Fisik	161
3.7.5	Pengetahuan dan Sikap Terhadap Flu Burung	161
3.7.6	Pengetahuan dan Sikap Terhadap HIV/AIDS	1646
3.7.7	Perilaku Higienis	166
3.8	Akses Pemanfaatan Cara Pembiayaan dan Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	143
3.8.1	Akses Pelayanan Kesehatan	168
3.8.2	Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	188
3.8.3	Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	196
3.9	Kesehatan Lingkungan	2024
3.9.1	Air Keperluan Rumah Tangga	202
3.9.2	Fasilitas Buang Air Besar	214
3.9.3	Sarana Pembuangan Air Limbah	219

3.9.4	Pembuangan Sampah	222
3.9.5	Perumahan	221
Daftar Pustaka		228
Lampiran		231

DAFTAR TABEL

Tabel 1.2	Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Informasi	2
Tabel 1.3.1	Jumlah BS Terpilih Sebagai Sampel Kesehatan Masyarakat dan Biomedis, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	8
Tabel 1.4. 1	<i>Response Rate</i> Rumah Tangga, di Provinsi NTT, Riskesdas dan Susenas 2007	9
Tabel 1.4. 2	<i>Response Rate</i> Individu, di Provinsi NTT, Riskesdas dan Susenas 2007	10
Tabel 1.4. 3	<i>Response Rate</i> Konsumsi RT, di Provinsi NTT, Riskesdas dan Susenas 2007	10
Tabel 1.2.1	Perkembangan Jumlah Populasi per Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT	19
Tabel 1.3.2	Kepadatan Penduduk per Orang per km ² Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT	20
Tabel 1.4.3	<i>Gross Regional Domestic Product</i> Penduduk Provinsi NTT pada Tingkat Harga Berjalan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT	20
Tabel 1.2.1.1	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi BB/U dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	22
Tabel 1.2.1.2	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi TB/U dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	23
Tabel 1.2.1.3	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi BB/TB dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	24
Tabel 1.2.1.4	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi BB/U dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	26
Tabel 1.2.1.5	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi TB/U dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	27
Tabel 1.2.1.6	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi BB/TB dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	28
Tabel 1.2.1.7	Prevalensi Balita Menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	29
Tabel 1.5.1	Standar Penentuan Kurus dan Berat Badan (BB) Lebih Menurut Nilai Rerata IMT, Umur, dan Jenis Kelamin, WHO 2007	30
Tabel 1.6.2	Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	30
Tabel 1.2.3.1	Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun ke Atas) Menurut IMT dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	32
Tabel 1.7	Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun ke Atas) Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	32
Tabel 1.2.3.3	Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun ke Atas) Menurut IMT dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	33
Tabel 1.2.3.4	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	34
Tabel 1.2.3.5	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	35
Tabel 1.2.3.6	Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 Tahun, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	37
Tabel 1.2.3.7	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	38
Tabel 1.2.3.8	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Perempuan Umur 15-45 Tahun Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	38

Tabel 1.2.4.1	Konsumsi Energi dan Protein per Kapita per Hari Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskedas 2008	39
Tabel 1.2.4.2	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskedas 2008	40
Tabel 1.8.4.3	Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Karakteristik, di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskedas 2008	41
Tabel 1.2.4.4	Prevalensi Konsumsi Energi Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	41
Tabel 1.2.4.5	Prevalensi Konsumsi Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	42
Tabel 1.2.4.6	Prevalensi Konsumsi Energi Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota dan Tipe Daerah, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	42
Tabel 1.2.4.7	Prevalensi Konsumsi Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota dan Tipe Daerah, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	43
Tabel 1.2.5.1	Persentase Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Mengandung Cukup Iodium Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	45
Tabel 1.2.5.2	Persentase Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Cukup Iodium Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	46
Tabel 1.3.1.1	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	47
Tabel 1.3.1.2	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Balita Menurut Umur, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	47
Tabel 1.3.1.3	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	48
Tabel 1.3.1.4	Persentase Cakupan Imunisasi Lengkap Anak Umur 12-59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskedas 200	49
Tabel 1.3.1.5	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Balita Umur 12-59 Bulan Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskedas 2007	50
Tabel 1.3.2.1	Persentase Penimbangan Enam Bulan Terakhir Anak 6-59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	51
Tabel 1.3.2.2	Persentase Penimbangan Enam Bulan Terakhir Anak 6-59 Bulan, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	52
Tabel 1.3.2.3	Persentase Tempat Penimbangan Anak Paling Sering dalam 6 Bulan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	53
Tabel 1.3.2.4	Persentase Tempat Penimbangan Anak Paling Sering dalam 6 Bulan, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	54
Tabel 1.3.2.5	Persentase Anak 6-59 Bulan yang Mempunyai KMS Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	55
Tabel 1.3.2.6	Persentase Anak 6-59 Bulan yang Mempunyai KMS Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	56
Tabel 1.3.2.7	Persentase Anak 6-59 Bulan yang Mempunyai Buku KIA Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	57
Tabel 1.3.2.8	Persentase Anak 6-59 Bulan yang Mempunyai Buku KIA Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskedas 2007	58
Tabel 1.3.3.1	Persentase Cakupan Kapsul Vitamin A Pada Anak 6-59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskedas 2007	59
Tabel 1.3.3.2	Persentase Cakupan Kapsul Vitamin A pada Anak 6-59 Bulan	60

	Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	
Tabel 1.3.4.1	Persentase Berat Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	61
Tabel 1.3.4.2	Persentase Berat Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu Menurut Karakteristik di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	62
Tabel 1.3.4.3	Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	63
Tabel 1.3.4.4	Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	64
Tabel 1.3.4.5	Persentase Jenis Pelayanan pada Pemeriksaan Kehamilan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	65
Tabel 1.3.4.6	Persentase Jenis Pelayanan pada Pemeriksaan Kehamilan Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	66
Tabel 1.3.4.7	Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	67
Tabel 1.3.4.8	Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal Menurut Karakteristik di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	68
Tabel 1.3.4.9	Sebaran Penolong Persalinan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	69
Tabel 1.3.4.10	Sebaran Penolong Persalinan Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	70
Tabel 1.3.4.11	Sebaran Kecukupan ANC Trisemester 123 Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	71
Tabel 1.3.4.12	Sebaran Kecukupan ANC Trisemester 123 Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	72
Tabel 1.4.1.1	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	74
Tabel 1.4.1.2	Prevalensi Filariasis. Demam Berdarah Dengue. Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	75
Tabel 1.4.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	77
Tabel 1.4.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	78
Tabel 1.4.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	80
Tabel 1.4.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	81
Tabel 1.5.1.1	Prevalensi Penyakit Kronis (Persendian, Hipertensi, Stroke pada Penduduk*) dalam 1 Tahun Terakhir Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	84
Tabel 1.5.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi dan Stroke Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	86
Tabel 1.5.1.3	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor** Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	87
Tabel 1.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes*, dan Tumor** Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	88
Tabel 1.5.1.5	Prevalensi (‰) Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemia, Hemofilia) Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	89

Tabel 1.5.1.6	Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (Kurang Konsumsi Sayur Buah dan Kurang Aktifitas Fisik) pada Penduduk 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	90
Tabel 1.5.1.7	Prevalensi Faktor Risiko PTM Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik) pada Penduduk \geq 10 Tahun Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	91
Tabel 1.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas, (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire</i> -20) Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	93
Tabel 1.5.2.2	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire</i> -20) Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	94
Tabel 1.5.3.1	Persentase Penduduk Usia > 5 Tahun dengan <i>Low Vision</i> dan Kebutaan dengan Koreksi Kacamata Maksimal atau Tidak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	96
Tabel 1.5.3.2	Persentase Penduduk Usia > 5 Tahun dengan <i>Low Vision</i> dan Kebutaan dengan Koreksi Kacamata Maksimal atau Tidak Menurut Karakteristik di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	97
Tabel 1.5.3.3	Persentase Penduduk Usia \geq 30 Tahun yang Pernah Didiagnosis Katarak Oleh Tenaga Kesehatan Atau Dengan Gejala/ Masalah Penglihatan dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	98
Tabel 1.5.3.4	Persentase Penduduk Usia \geq 30 Tahun yang Pernah Didiagnosis Katarak Oleh Tenaga Kesehatan Atau Dengan Gejala/Masalah Penglihatan Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, di Riskesdas 2007	100
Tabel 1.5.3.5	Persentase Penduduk Usia \geq 30 Tahun Dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak Atau Memakai Kacamata Setelah Operasi Katarak Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	101
Tabel 1.5.3.6	Persentase Penduduk Usia \geq 30 Tahun Dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak Atau Memakai Kacamata Setelah Operasi Katarak dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	103
Tabel 1.5.4.1	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	105
Tabel 1.5.4.2	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	106
Tabel 1.5.4.3	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan dan Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	107
Tabel 1.5.4.4	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan dan Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	108
Tabel 1.5.4.5	Persentase Penduduk 10 Th > yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	109
Tabel 1.5.4.6	Persentase Penduduk 10 Th > yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	110

Tabel 1.5.4.7	Persentase Waktu Menyikat Gigi pada Penduduk 10 Th > yang Menggosok Gigi Setiap Hari Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	111
Tabel 1.5.4.8	Persentase Waktu Menyikat Gigi Pada Penduduk 10 Th > yang Menggosok Gigi Setiap Hari Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	112
Tabel 1.5.4.9	Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Karakteristik di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	113
Tabel 1.5.4.10	Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	114
Tabel 1.5.4.11	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif, dan Pengalaman Karies Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	115
Tabel 1.5.4.12	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif, dan Pengalaman Karies Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	116
Tabel 1.5.4.13	<i>Required Treatment Index (RTI)</i> dan <i>Performed Treatment Index (PTI)</i> Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	117
Tabel 1.5.4.14	<i>Required Treatment Index (RTI)</i> dan <i>Performed Treatment Index (PTI)</i> Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	118
Tabel 1.5.4.15	Persentase Penduduk Dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk Edentulous Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	119
Tabel 1.6.1.1	Prevalensi Cedera dan Proporsio Penyebab Cedera menurut Kelompok Umur di Propinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	121
Tabel 1.6.1.2	Prevalensi Cedera dan Proporsi Penyebab Cedera menurut Pendidikan, di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	122
Tabel 1.6.1.3	Prevalensi Cedera dan Proporsi Penyebab Cedera menurut Pekerjaan, di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	123
Tabel 1.6.1.4	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Jenis Kelamin di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	124
Tabel 1.6.1.5	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Tipe Daerah di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	125
Tabel 1.6.1.6	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	126
Tabel 1.6.1.7	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	127
Tabel 1.6.1.8	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kelompok Umur di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	128
Tabel 1.6.1.9	Persentase —Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pendidikan, di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	129
Tabel 1.6.1.10	Persentase —Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pekerjaan di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	130
Tabel 1.6.1.11	Persentase —Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Jenis Kelamin di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	131
Tabel 1.6.1.12	Persentase —Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Tipe Daerah di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	131
Tabel 1.6.1.13	Persentase —Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	132
Tabel 1.6.1.14	Persentase —Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	133

Tabel 1.6.1.15	Persentase Jenis Cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	134
Tabel 1.6.1.16	Persentase Jenis Cedera menurut Pendidikan di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	134
Tabel 1.6.1.17	Persentase Jenis Cedera menurut Pekerjaan di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	135
Tabel 1.6.1.18	Persentase Jenis Cedera menurut Jenis Kelamin di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	135
Tabel 1.6.1.19	Persentase Jenis Cedera menurut Tipe Daerah di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	136
Tabel 1.6.1.20	Persentase Jenis Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	136
Tabel 1.6.1.21	Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007	137
Tabel 1.6.2.1	Persentase Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	140
Tabel 1.6.2.2	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Status dan Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	141
Tabel 1.6.2.3	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Status dan Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	142
Tabel 1.6.2.4	Persentase Penduduk \geq 15 Tahun Dengan Ketidakmampuan dan Membutuhkan Bantuan Orang Lain Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT Riskesdas 2007	144
Tabel 1.7.1.1	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	145
Tabel 1.7.1.2	Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Merokok dan Tidak Merokok Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	146
Tabel 1.7.1.3	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	
Tabel 1.7.1.4	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	148
Tabel 1.7.1.5	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok Menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	149
Tabel 1.7.1.6	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok Menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	150
Tabel 1.7.1.7	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	151
Tabel 1.7.1.8	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	152
Tabel 1.7.1.9	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Pertama Kali Merokok dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	153
Tabel 1.7.1.10	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Pertama Kali Merokok dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	154

Tabel 1.7.1.11	Prevalensi Perokok dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	155
Tabel 1.7.1.12	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	156
Tabel 1.7.1.13	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	157
Tabel 1.7.2.1	Sebaran Penduduk \geq 10 Tahun yang 'Cukup' dan 'Kurang' Makan Buah dan Sayur Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	158
Tabel 1.7.2.2	Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang 'Cukup' dan 'Kurang' Makan Buah dan Sayur Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	159
Tabel 1.9	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	160
Tabel 1.10	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	161
Tabel 1.11	Prevalensi Penduduk \geq 10 tahun yang Melakukan Kegiatan Aktif dan Tidak Aktif Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	162
Tabel 1.12	Prevalensi Penduduk \geq 10 Tahun yang Melakukan Kegiatan Aktif dan Tidak Aktif Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	163
Tabel 1.13	Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Pernah Mendengar, Berpengetahuan Benar, dan Bersikap Benar tentang Flu Burung Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT Riskesdas 2007	164
Tabel 1.14	Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Pernah Mendengar Berpengetahuan Benar, dan Bersikap Benar Tentang Flu Burung Menurut Kabupaten/Kota di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	165
Tabel 1.15	Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Pernah Mendengar Berpengetahuan Benar, dan Bersikap Benar Tentang HIV/AIDS Menurut Karakteristik di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	166
Tabel 1.16	Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Pernah Mendengar Berpengetahuan Benar, dan Bersikap Benar Tentang HIV/AIDS Menurut Kabupaten/Kota di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	167
Tabel 1.7.7.1	Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan dengan Sabun Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	168
Tabel 1.7.7.2	Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan dengan Sabun Menurut Kabupaten/Kota di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	169
Tabel 1.17	Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	170
Tabel 1.8.1.1	Sebaran Rumah Tangga Berdasarkan Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	171
Tabel 1.8.1.2	Sebaran Rumah Tangga Berdasarkan Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	172
Tabel 1.8.1.3	Sebaran Rumah Tangga Berdasarkan Jarak dan Waktu Tempuh Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	173

Tabel 1.8.1.4	Sebaran Rumah Tangga Jarak dan Waktu Tempuh Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	174
Tabel 1.8.1.5	Sebaran Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	175
Tabel 1.8.1.6	Sebaran Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	176
Tabel 1.8.1.7	Sebaran Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	177
Tabel 1.8.1.8	Sebaran Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	178
Tabel 1.8.1.9	Sebaran Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	179
Tabel 1.8.1.10	Sebaran Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	180
Tabel 1.8.1.11	Sebaran Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	181
Tabel 1.8.1.12	Sebaran Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	182
Tabel 1.8.1.13	Sebaran Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007	183
Tabel 1.8.1.14	Sebaran Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	184
Tabel 1.8.1.15	Sebaran Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	185
Tabel 1.8.1.16	Sebaran Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	186
Tabel 1.8.1.17	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/ Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kotadi Provinsi NTT, Riskesdas 2007	187
Tabel 1.8.1.18	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/ Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	188
Tabel 1.8.1.19	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	189

Tabel 1.8.1.20	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	190
Tabel 1.181	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	191
Tabel 1.192	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Karakteristik RT, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	192
Tabel 1.203	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	193
Tabel 1.214	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	194
Tabel 1.225	Sebaran Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	195
Tabel 1.236	Sebaran Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	196
Tabel 1.247	Sebaran Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	197
Tabel 1.258	Sebaran Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	198
Tabel 1.8.3.1	Sebaran Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	200
Tabel 1.8.3.2	Persentase Rumah Tangga pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	201
Tabel 1.8.3.3	Sebaran Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	202
Tabel 1.8.3.4	Persentase Rumah Tangga pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007	203
Tabel 1.9.1.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Rerata Pemakaian Air Bersih per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	205
Tabel 1.9.1.2	Sebaran Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih per Orang per Hari dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	206
Tabel 1.9.1.3	Sebaran Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	207
Tabel 1.9.1.4	Sebaran Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	208
Tabel 1.9.1.5	Sebaran Rumah Tangga Menurut Individu yang Biasa Mengambil Air dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	209
Tabel 1.9.1.6	Sebaran Rumah Tangga Menurut Anggota Rumah Tangga yang Biasa Mengambil Air dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	210
Tabel 1.9.1.7	Sebaran Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	211

Tabel 1.9.1.8	Sebaran Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	211
Tabel 1.9.1.9	Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Susenas 2007	212
Tabel 1.9.1.10	Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Susenas 2007	213
Tabel 1.9.1.11	Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	214
Tabel 1.9.1.12	Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	215
Tabel 1.26	Sebaran Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Susenas 2007	216
Tabel 1.272	Sebaran Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Susenas 2007	216
Tabel 1.283	Sebaran Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Susenas 2007	217
Tabel 1.294	Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Susenas 2008	218
Tabel 1.305	Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Susenas 2008	218
Tabel 1.316	Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Susenas 2008	219
Tabel 1.9.3.1	Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	220
Tabel 1.9.3.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Klasifikasi Desa, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	220
Tabel 1.9.3.3	Sebaran Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Susenas dan Riskesdas 2008	221
Tabel 1.9.3.4	Sebaran Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Susenas dan Riskesdas 2008	221
Tabel 1.9.4.1	Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	222
Tabel 1.9.4.2	Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	223
Tabel 1.9.5.1	Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Susenas 2008	224
Tabel 1.9.5.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Klasifikasi Desa, Susenas 2008	224
Tabel 1.9.5.3	Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	226
Tabel 1.9.5.4	Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008	227

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974).....	3
Gambar 1.2 Mekanisme Kerja Riskesdas 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 Calmete Guerin
BBLR	Berat Bayi Lahir Rendah
BATRA	Pengobatan Tradisional
CPITN	<i>Community Periodental 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	Diptheri 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 Nasonal
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 Kepmenkes Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar
- Lampiran 2 Naskah Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consented*)
- Lampiran 3 Kuesioner Riset Kesehatan Dasar

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Untuk mewujudkan visi “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat”, Departemen Kesehatan RI mengembangkan misi: “membuat rakyat sehat”. Sebagai penjabarannya telah dirumuskan empat strategi utama dan 17 sasaran. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes), sebagai salah satu unit utama Depkes, mempunyai fungsi menunjang sasaran 14, yaitu berfungsinya sistem informasi kesehatan yang berbasis bukti (*evidence-based*) di seluruh Indonesia. Untuk itu diperlukan data berbasis komunitas tentang status kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya.

Sejalan dengan Undang-Undang nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, kewenangan perencanaan bidang kesehatan berada di tingkat kabupaten/kota. Proses perencanaan pembangunan kesehatan yang akurat membutuhkan data berbasis bukti di tiap kabupaten/kota.

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

Atas dasar berbagai pertimbangan di atas, Balitbangkes melaksanakan riset kesehatan dasar (Riskesdas) untuk menyediakan informasi berbasis komunitas tentang status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya dengan keterwakilan sampai tingkat kabupaten/kota.

1.2 Ruang Lingkup Riskesdas

Riskesdas adalah riset berbasis komunitas dengan tingkat keterwakilan kabupaten/kota, yang menyediakan informasi kesehatan dasar termasuk biomedis, dengan menggunakan sampel Susenas Kor.

Riskesdas mencakup sampel yang lebih besar dari survei-survei kesehatan sebelumnya, dan mencakup aspek kesehatan yang lebih luas.

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

Tabel 1.2
Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Informasi

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

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

1.3 Pertanyaan Penelitian

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

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

1.4 Tujuan Riskesdas

Tujuan Riskesdas adalah sebagai berikut :

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

1.5 Kerangka Pikir

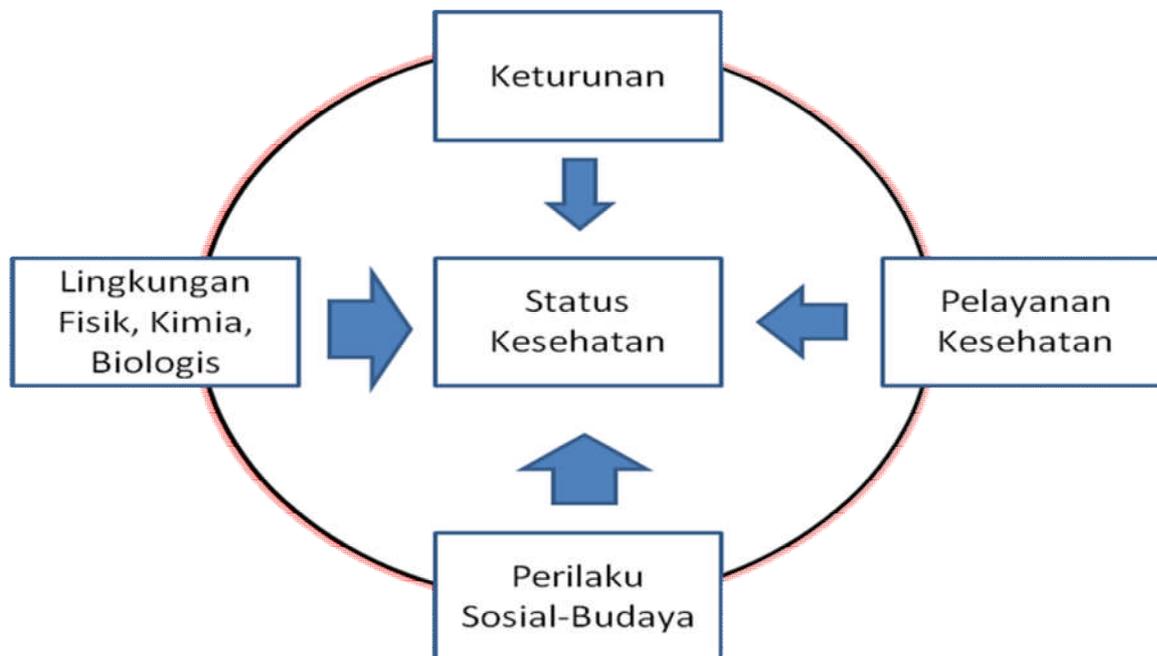
Kerangka pikir Riskesdas didasari oleh kerangka pikir Henrik Blum (1974, 1981) yang menyatakan bahwa status kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yang saling berinteraksi yaitu: faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Bagan kerangka pikir Blum adalah sebagai berikut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

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

1. Status kesehatan, diukur dengan:
 - 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)



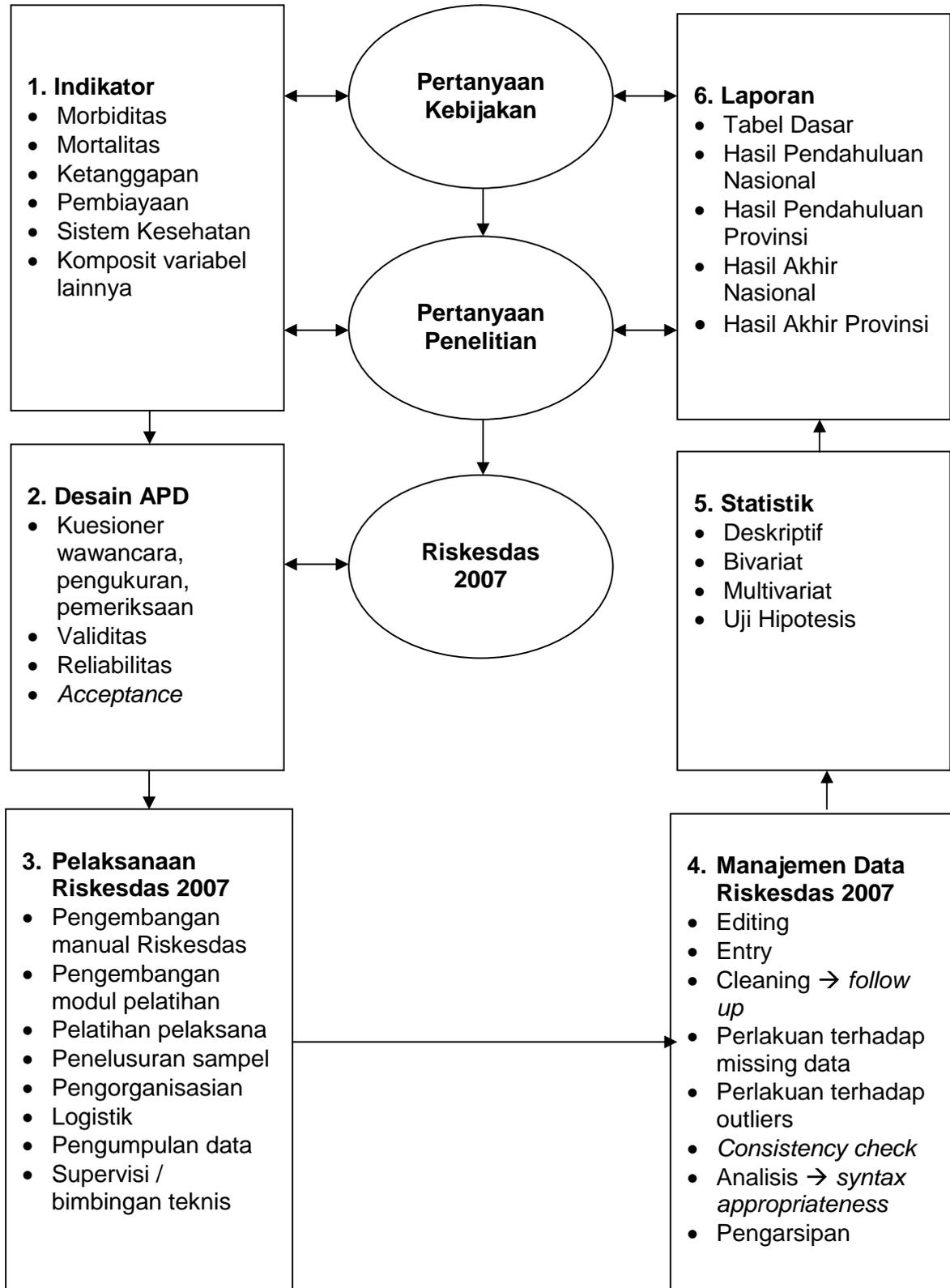
2. Faktor lingkungan, diukur dengan:
 - a. Konsumsi gizi, meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral.
 - b. Lingkungan fisik, meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah.
 - c. Lingkungan sosial, meliputi tingkat pendidikan, tingkat sosial-ekonomi, perbandingan kota-desa dan perbandingan antar provinsi, kabupaten dan kota.
3. Faktor perilaku, diukur dengan:
 - 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, diukur dengan:
 - 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 Mekanisme Kerja Riskesdas

Alur pikir ini secara skematis menggambarkan enam tahapan penting dalam Riskesdas Provinsi Riau 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 alur pikir yang seyogyanya berlangsung secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Dengan demikian, hasil Riskesdas Provinsi Riau 2007 bukan saja harus mampu menjawab pertanyaan kebijakan, namun harus memberikan arah bagi pengembangan pertanyaan kebijakan berikutnya.

Untuk menjamin *appropriateness* dan *adequacy* Riskesdas Provinsi Riau 2007 dalam konteks penyediaan data kesehatan yang *valid, reliable* dan *comparable*, maka pada setiap tahapan dilakukan upaya penjaminan mutu yang ketat. Substansi pertanyaan, pengukuran dan pemeriksaan Riskesdas Provinsi Riau 2007 mencakup data kesehatan yang mengadaptasi sebagian pertanyaan *World Health Survey* yang dikembangkan oleh the *World Health Organization*. Dengan demikian, berbagai instrumen yang dikembangkan untuk Riskesdas Provinsi Riau 2007 mengacu pada berbagai instrumen yang telah ada 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
Mekanisme Kerja Riskesdas 2007



1.7 Pengorganisasian Riskesdas

Riskesdas direncanakan dan dilaksanakan dengan melibatkan berbagai pihak, antara lain BPS, organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat. Berdasarkan KepMenKes Nomor 877 Tahun 2006, pengorganisasian Riskesdas dibagi menjadi berbagai tingkat sebagai berikut (rincian lihat Lampiran 1) :

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

1.8 Manfaat Riskesdas

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

BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS

2.1 Desain

Riskesdas 2007 Provinsi NTT adalah sebuah survei *cross sectional* yang bersifat deskriptif. Desain Riskesdas terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Provinsi NTT, secara menyeluruh, akurat dan berorientasi pada kepentingan para pengambil keputusan di berbagai tingkat administratif. 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 desain 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 2007 Provinsi NTT akan menggambarkan berbagai masalah kesehatan di tingkat provinsi dan variabilitas antar kabupaten/kota.

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

2.2 Lokasi

Sampel Riskesdas 2007 Provinsi NTT di tingkat kabupaten/kota berasal dari 9 kabupaten/kota (dari jumlah keseluruhan sebanyak 9 kabupaten/kota) yang tersebar merata di Provinsi NTT.

2.3 Populasi dan Sampel

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

Penarikan Sampel Blok Sensus (dalam Susenas 2007)

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

sebuah blok sensus masuk kedalam sampel blok sensus pada sebuah kabupaten/kota bersifat Persentase onal terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Bila dalam sebuah blok sensus terdapat lebih dari 150 (seratus lima puluh) rumah tangga maka dalam penarikan sampel di tingkat ini akan dibentuk sub-blok sensus. Secara keseluruhan, berdasarkan sampel blok sensus dalam Susenas 2007 yang berjumlah 608 (enam ratus delapan) sampel blok sensus, Riskesdas Provinsi NTT 2007 berhasil mengunjungi 605 blok sensus dari 16 jumlah kabupaten/kota yang ada.

Jumlah BS Terpilih Sebagai Sampel Kesehatan Masyarakat dan Biomedis per kabupaten/kota di Provinsi NTT dapat dilihat pada Tabel 2.3.1.

Tabel 2.3.1
Jumlah BS Terpilih Sebagai Sampel Kesehatan Masyarakat dan Biomedis,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jumlah BS Sampel Kesmas	Jumlah BS Biomedis
Sumba Barat	38 BS	-
Sumba Timur	38 BS	1 BS
Kupang	38 BS	1 BS
Timor Tengah Selatan	38 BS	-
Timor Tengah Utara	38 BS	-
Belu	38 BS	2 BS
Alor	38 BS	1 BS
Lembata	38 BS	-
Flores Timur	38 BS	1 BS
Sikka	38 BS	-
Ende	38 BS	2 BS
Ngada	38 BS	-
Manggarai	38 BS	1 BS
Rote Ndao	38 BS	-
Manggarai Barat	38 BS	1 BS
Kota Kupang	38 BS	5 BS
NTT	608 BS	15 BS

Penarikan Sampel Rumah Tangga

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), yang menjadi sampel rumah tangga dengan jumlah rumah tangga di blok sensus tersebut. Secara keseluruhan, jumlah sampel rumah tangga dari 16 kabupaten/kota Susenas 2007 Provinsi NTT adalah 9.728 (sembilan ribu tujuh ratus dua puluh delapan), dimana Riskesdas Provinsi NTT berhasil mengumpulkan 9.206 rumah tangga.

Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga

Selanjutnya, seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut diatas maka diambil sebagai sampel individu. Dari 16 kabupaten/kota pada Susenas 2007 Provinsi NTT terdapat 45.591 sampel anggota rumah tangga. Riskesdas Provinsi NTT berhasil mengumpulkan 38.002 individu yang sama dengan Susenas.

Penarikan Sampel Biomedis

Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumah tangga berusia lebih dari 1 (satu) tahun yang tinggal di blok sensus dengan klasifikasi perkotaan. Di Provinsi NTT, dari 16 Kabupaten/kota terpilih beberapa BS dari 9 kabupaten/kota yang terkena sampel biomedis, dengan total 15 BS. Khusus untuk pengukuran gula darah, sampel diambil dari anggota rumah tangga berusia lebih dari 15 tahun.

Penarikan Sampel Iodium

Ada 2 (dua) pengukuran iodium. Pertama, adalah pengukuran kadar iodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran iodium dalam urin. Pengukuran kadar iodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beriodium. Sedangkan pengukuran iodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam iodium pada penduduk. Pengukuran kadar iodium dalam garam dilakukan dengan tes cepat menggunakan "iodina" dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga.

2.4 Response Rate

Response Rate Kesehatan Masyarakat

Sebagaimana diketahui pengukuran parameter kesehatan masyarakat data dikumpulkan baik dari rumah tangga (unit analisis Rumah Tangga) dan maupun dari individu (unit analisis individu). Data konsumsi gizi dikumpulkan dari Rumah Tangga. *Response Rate* RT Riskesdas Provinsi NTT sebagaimana pada Tabel 2.2, *Response Rate* Individu pada Tabel 2.3, *Response Rate* Konsumsi RT pada Tabel 2.4.

Tabel 2.4.1
***Response Rate* Rumah Tangga, di Provinsi NTT, Riskesdas dan Susenas 2007**

Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/ Susenas
	N	%	N	%	
Sumba Barat	592	0,23	608	0,22	97,4
Sumba Timur	591	0,23	608	0,22	97,2
Kupang	563	0,22	608	0,22	92,6
Timor Tengah Selatan	566	0,22	608	0,22	93,1
Timor Tengah Utara	557	0,22	608	0,22	91,6
Belu	583	0,23	608	0,22	95,9
Alor	578	0,22	608	0,22	95,1
Lembata	573	0,22	608	0,22	94,2
Flores Timur	582	0,23	608	0,22	95,7
Sikka	589	0,23	608	0,22	96,9
Ende	582	0,23	608	0,22	95,7
Ngada	589	0,23	608	0,22	96,9
Manggarai	576	0,22	608	0,22	94,7
Rote Ndao	575	0,22	608	0,22	94,6
Manggarai Barat	577	0,22	608	0,22	94,9
Kota Kupang	533	0,21	608	0,22	87,7
NTT	9206		9728		94,6

Tabel 2.4.2
Response Rate Individu, di Provinsi NTT, Riskesdas dan Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/ Susenas
	N	%	N	%	
Sumba Barat	3.209	0,33	3.413	0,30	94,0
Sumba Timur	2.758	0,28	3.292	0,29	83,8
Kupang	2.150	0,22	2.716	0,24	79,2
Timor Tengah Selatan	2.013	0,21	2.497	0,22	80,6
Timor Tengah Utara	2.138	0,22	2.704	0,24	79,1
Belu	2.592	0,27	2.990	0,26	86,7
Alor	2.402	0,25	2.902	0,26	82,8
Lembata	2.232	0,23	2.543	0,22	87,8
Flores Timur	2.114	0,22	2.663	0,23	79,4
Sikka	2.070	0,21	2.821	0,25	73,4
Ende	2.451	0,25	2.857	0,25	85,8
Ngada	2.576	0,26	2.995	0,26	86,0
Manggarai	2.422	0,25	2.962	0,26	81,8
Rote Ndao	2.091	0,21	2.627	0,23	79,6
Manggarai Barat	2.504	0,26	2.888	0,25	86,7
Kota Kupang	2.280	0,23	2.721	0,24	83,8
NTT	38.002		45.591		83,4

Tabel 2.2.3
Response Rate Konsumsi RT, di Provinsi NTT, Riskesdas dan Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Konsumsi RT (RKD)		Susenas		Konsumsi RT/Susenas
	N	%	N	%	
Sumba Barat	577	0,26	608	0,22	94,9
Sumba Timur	588	0,26	608	0,22	96,7
Kupang	514	0,23	608	0,22	84,5
Timor Tengah Selatan	564	0,25	608	0,22	92,8
Timor Tengah Utara	352	0,16	608	0,22	57,9
Belu	569	0,25	608	0,22	93,6
Alor	543	0,24	608	0,22	89,3
Lembata	358	0,16	608	0,22	58,9
Flores Timur	408	0,18	608	0,22	67,1
Sikka	586	0,26	608	0,22	96,4
Ende	575	0,26	608	0,22	94,6
Ngada	407	0,18	608	0,22	66,9
Manggarai	337	0,15	608	0,22	55,4
Rote Ndao	474	0,21	608	0,22	78,0
Manggarai Barat	565	0,25	608	0,22	92,9
Kota Kupang	528	0,24	608	0,22	86,8
NTT	7.945		9.728		81,7

2.5 Variabel

Berbagai pertanyaan terkait dengan kebijakan kesehatan Indonesia dioperasionalkan menjadi pertanyaan riset dan akhirnya dikembangkan menjadi variabel yang dikumpulkan dengan menggunakan berbagai cara. Dalam Riskesdas 2007 terdapat kurang lebih 600

variabel yang tersebar di dalam 6 (enam) jenis kuesioner, dengan rincian variabel pokok sebagai berikut:

1. Kuesioner rumah tangga (RKD07.RT) yang terdiri dari:
 - a. Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
 - b. Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
 - c. Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
 - d. Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);
 - e. Blok V tentang mortalitas (10 variabel);
 - f. Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);
 - g. Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel);
2. Kuesioner gizi (RKD07.GIZI), yang terdiri dari:
 - a. Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu;
3. Kuesioner individu (RKD07.IND), yang terdiri dari:
 - a. Blok IX tentang keterangan wawancara individu (4 variabel);
 - b. Blok X tentang keterangan individu dikelompokkan menjadi:
 - Blok X-A tentang identifikasi responden (4 variabel);
 - Blok X-B tentang penyakit menular, tidak menular, dan riwayat penyakit turunan (50 variabel);
 - Blok X-C tentang ketanggapan pelayanan kesehatan
 - Pelayanan Rawat Inap (11 variabel)
 - Pelayanan Berobat Jalan (10 variabel);
 - Blok X-D tentang pengetahuan, sikap dan perilaku untuk semua anggota rumah tangga umur ≥ 10 tahun (35 variabel);
 - Blok X-E tentang disabilitas/ketidakmampuan untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (23 variabel);
 - Blok X-F tentang kesehatan mental untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (20 variabel);
 - Blok X-G tentang imunisasi dan pemantauan pertumbuhan untuk semua anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan (11 variabel);
 - Blok X-H tentang kesehatan bayi (khusus untuk bayi berumur < 12 bulan (7 variabel);
 - Blok X-I tentang kesehatan reproduksi – pertanyaan tambahan untuk 5 provinsi: NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua (6 variabel);
 - c. Blok XI tentang pengukuran dan pemeriksaan (14 variabel);
4. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari (RKD07.AV1), yang terdiri dari:
 - a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (6 variabel);
 - c. Blok III tentang karakteristik ibu neonatal (5 variabel);
 - d. Blok IVA tentang keadaan bayi ketika lahir (6 variabel);
 - e. Blok IVB tentang keadaan bayi ketika sakit (12 variabel);
 - f. Blok V tentang autopsi verbal kesehatan ibu neonatal ketika hamil dan bersalin (2 variabel);
 - g. Blok VIA tentang bayi usia 0-28 hari termasuk lahir mati (4 variabel);
 - h. Blok VIB tentang keadaan ibu (8 variabel);
5. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari - < 5 tahun (RKDo7.AV2), yang terdiri dari:
 - a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);

- c. Blok III tentang autopsi verbal riwayat sakit bayi/balita berumur 29 hari - <5 tahun (35 variabel);
 - d. Blok IV tentang resume riwayat sakit bayi/balita (6 variabel)
6. Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun ke atas (RKD07.AV3), yang terdiri dari:
- a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
 - c. Blok IIIA tentang autopsi verbal untuk umur 5 tahun ke atas (44 variabel);
 - d. Blok IIIB tentang autopsi verbal untuk perempuan umur 10 tahun ke atas (4 variabel);
 - e. Blok IIIC tentang autopsi verbal untuk perempuan pernah kawin umur 10-54 tahun (19 variabel);
 - f. Blok IIID tentang autopsi verbal untuk laki-laki atau perempuan yang berumur 15 tahun ke atas (1 variabel);
 - g. Blok IV tentang resume riwayat sakit untuk umur 5 tahun ke atas (5 variabel).

Catatan:

Selain keenam kuesioner tersebut di atas, terdapat 2 formulir yang digunakan untuk pengumpulan data tes cepat iodium garam (Form Garam) dan data iodium di dalam urin (Form Pemeriksaan Urin).

2.6 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data

Pelaksanaan Riskesdas 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* dihitung 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, Pneumonia, Demam Tifoid, Malaria, Diare, Campak, Tuberkulosis Paru, Demam Berdarah Dengue, Hepatitis, Filariasis, Asma, Gigi dan Mulut, Cedera, Penyakit Jantung, Penyakit Kencing Manis, Tumor / Kanker dan Penyakit Keturunan, serta pengukuran berat badan, tinggi badan / panjang badan;
 - 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 lingkar perut, serta pengukuran lingkar 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 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 menandatangani *informed consent*. Pengambilan darah tidak dilakukan pada anggota rumah tangga yang sakit berat, riwayat perdarahan dan menggunakan obat pengencer darah secara rutin.

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

- Normal (Non DM) < 140 mg/dl
 - Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) $140 - < 200$ mg/dl
 - Diabetes Mellitus (DM) ≥ 200 mg/dl.
5. Pengumpulan data konsumsi garam beriodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas 2007 dilakukan dengan tes cepat iodium menggunakan “iodina test”.

6. Pengamatan tingkat nasional pada dampak konsumsi garam beriodium yang dinilai berdasarkan kadar iodium dalam urin, dengan melakukan pengumpulan garam beriodium pada rumah tangga bersamaan dengan pemeriksaan kadar iodium dalam urin pada anggota rumah tangga yang sama. Sampel 30 kabupaten/kota dipilih untuk pengamatan ini berdasarkan tingkat konsumsi garam iodium 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 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 daerah untuk berperanserta dalam pelaksanaan Riskesdas 2007 amat bervariasi, sehingga pelaksanaan dari satu lokasi pengumpulan data ke lokasi lainnya memerlukan koordinasi dan manajemen logistik yang rumit;
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 transportasi, ketersediaan tenaga pendamping dan ketersediaan biaya operasional yang memadai tepat pada waktunya.

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.

2.7 Manajemen Data

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

Editing

Editing adalah salah satu mata rantai yang secara potensial dapat menjadi *the weakest link* dalam pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 2007. Editing mulai dilakukan oleh pewawancara semenjak data diperoleh dari jawaban responden. Di lapangan, pewawancara bekerjasama dalam sebuah tim yang terdiri dari 3 pewawancara dan 1 Ketua Tim. Ketua tim Pewawancara sangat kritikal 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 melakukan supervisi pelaksanaan pengumpulan data, memeriksa kuesioner yang telah diisi serta membantu memecahkan masalah yang timbul di lapangan dan juga melakukan editing.

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 2007 mengandung pertanyaan untuk berbagai responden dengan kelompok umur yang berbeda. Kuesioner yang sama juga banyak mengandung *skip questions* yang secara teknis memerlukan ketelitian petugas *entry data* untuk menjaga konsistensi dari satu blok pertanyaan ke blok pertanyaan berikutnya.

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

Cleaning

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

2.8 Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data

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

1. Koordinator Wilayah 1 dengan penanggung-jawab Puslitbang Ekologi & Status Kesehatan untuk:
 - a. Provinsi NAD
 - b. Provinsi Sumatra Utara
 - c. Provinsi Sumatra Barat
 - d. Provinsi Riau
 - e. Provinsi Jambi
 - f. Provinsi Sumatera Selatan
 - g. Provinsi Bangka Belitung
 - h. Provinsi Kepulauan Riau
2. Koordinator Wilayah 2 dengan penanggung- jawab Puslitbang Biomedis dan Farmasi untuk:
 - a. Provinsi DKI Jakarta
 - b. Provinsi Banten
 - c. Provinsi Jawa Tengah
 - d. Provinsi DI Yogyakarta
 - e. Provinsi Kalimantan Barat
 - f. Provinsi Kalimantan Tengah
 - g. Provinsi Kalimantan Selatan
 - h. Provinsi Kalimantan Timur
3. Koordinator Wilayah 3 dengan penanggung-jawab Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan untuk:
 - a. Provinsi Jawa Timur
 - b. Provinsi Bali
 - c. Provinsi Nusa Tenggara Barat
 - d. Provinsi Nusa Tenggara Timur
 - e. Provinsi Maluku
 - f. Provinsi Maluku Utara
 - g. Provinsi Papua Barat
 - h. Provinsi Papua
4. Koordinator Wilayah 4 dengan penanggung-jawab Puslitbang Gizi dan Makanan untuk:
 - a. Provinsi Jawa Barat
 - b. Provinsi Bengkulu
 - c. Provinsi Lampung
 - d. Provinsi Sulawesi Utara
 - e. Provinsi Sulawesi Tengah
 - f. Provinsi Sulawesi Tenggara
 - g. Provinsi Sulawesi Selatan
 - h. Provinsi Gorontalo
 - i. Provinsi Sulawesi Barat

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

2.9 Keterbatasan Riskesdas

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

1. Pembentukan kabupaten/kota baru hasil pemekaran suatu kabupaten/kota yang terjadi setelah penetapan blok sensus Riskesdas dari Susenas 2007, sehingga tidak menjadi bagian sampel kabupaten/kota Riskesdas (Lihat Sub Bab 2.2.)
2. Blok sensus tidak terjangkau, karena ketidak-tersediaan alat transportasi menuju lokasi dimaksud, atau karena kondisi alam yang tidak memungkinkan seperti ombak besar.
3. Rumah tangga yang terdapat dalam DSRT Susenas 2007 ternyata tidak dapat dijumpai oleh Tim Pewawancara Riskesdas 2007.
4. 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.
5. 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;
6. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda pula. Pada Riskesdas, variabel tanggal pengumpulan data bisa digunakan pada saat melakukan analisis.
7. 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.
8. Khusus untuk data biomedis, estimasi yang dihasilkan hanya mewakili sampai tingkat perkotaan nasional;
9. 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.

2.10 Hasil Pengolahan dan Analisis Data

Isyu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas 2007 adalah sampel Riskesdas 2007 yang identik dengan sampel Susenas 2007. Desain penarikan sampel Susenas 2007 adalah *two stage sampling*. Hasil pengukuran yang diperoleh dari *two stage sampling design* memerlukan perlakuan khusus yang pengolahannya menggunakan paket perangkat lunak statistik konvensional seperti SPSS. Aplikasi statistik yang tersedia 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 2007, maka validitas hasil analisis data dapat dioptimalkan.

Pengolahan dan analisis data dipresentasikan pada Bab Hasil Riskesdas. Riskesdas yang terdiri dari 6 Kuesioner dan 11 Blok Topik Analisis perlu menghitung jumlah sampel yang dipergunakan untuk mendapatkan hasil analisis baik secara nasional, provinsi, kabupaten/kota, serta karakteristik penduduk. Jumlah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Riskesdas yang terkumpul seperti tercantum pada tabel 2.2., tabel 2.3 dan table 2.4 perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis.

BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Gambaran Umum

Jumlah keseluruhan kabupaten/kota di Provinsi NTT, termasuk kabupaten pemekaran, terdapat 19 kabupaten/kota. Namun demikian, karena perencanaan anggaran Riskesdas Provinsi NTT tahun 2007 dan juga alasan kesiapan sumber daya manusia, maka untuk pelaksanaan Riskesdas Provinsi tahun 2007 ini dilaksanakan pada 16 kabupaten/kota, yakni Kabupaten Sumba Barat, Sumba Timur, Kupang, Timor Tengah Selatan, Timor Tengah Utara, Belu, Alor, Lembata, Flores Timur, Sikka, Ende, Ngada, Manggarai, Rote Ndao, Manggarai Barat, dan Kota Kupang. Kabupaten yang tidak menjadi sasaran Riskesdas tahun 2007 adalah Kabupaten Nagekeo, Sumba Barat Daya, dan Sumba Tengah. Untuk mendapatkan gambaran perkembangan jumlah populasi per kabupaten/kota di Provinsi NTT dapat dilihat di Tabel 3.1.1.

Tabel 3.1.1
Perkembangan Jumlah Populasi per Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT

Kabupaten/Kota	Populasi				
	1971	1980	1990	2000	2005
Sumba Barat	187.676	232.101	291.921	353.775	403.834
Sumba Timur	103.519	123.078	152.946	184.475	206.261
Kupang	314.836	403.167	522.944	399.438	344.008
Timor Tengah Selatan	240.791	289.655	348.067	389.078	409.696
Timor Tengah Utara	117.259	134.092	163.052	193.713	211.616
Belu	153.164	1.811.073	216.060	277.484	358.076
Alor	114.395	124.948	144.629	164.042	172.211
Lembata	-	-	-	89.697	98.646
Flores Timur	229.789	257.687	265.759	197.241	220.104
Sikka	190.143	219.656	246.867	263.284	281.345
Ende	179.331	201.609	218.841	232.270	241.929
Ngada	143.763	172.575	198.100	223.503	245.864
Manggarai	320.613	397.525	499.458	603.206	500.860
Rote Ndao	-	-	-	-	105.715
Manggarai Barat	-	-	-	-	188.724
Kota Kupang	-	-	-	237.271	271.405
NTT	2.295.279	2.737.166	3.268.644	3.808.477	4.260.294

Sumber: BPS Provinsi NTT 2006

Untuk melihat kepadatan penduduk per kabupaten/kota dapat dilihat Tabel 3.1.2 yang menggambarkan tingkat kepadatan penduduk per km². Kabupaten/kota terpadat adalah Kota Kupang, Kabupaten dengan penduduk paling jarang adalah Kabupaten Sumba Timur.

Tabel 3.1.2
Kepadatan Penduduk per Orang per km² Menurut Kabupaten/Kota,
di Provinsi NTT

Kabupaten/Kota	Kepadatan Penduduk per km ²		
	1990	2000	2005
Sumba Barat	72	87	99,6
Sumba Timur	22	26	29,5
Kupang	71	58	58,3
Timor Tengah Selatan	88	98	103,8
Timor Tengah Utara	61	76	79,3
Belu	88	151	146,4
Alor	50	57	60,1
Lembata	-	-	77,9
Flores Timur	86	93	121,4
Sikka	142	152	162,5
Ende	107	113	118,2
Ngada	65	73	80,9
Manggarai	70	85	119,6
Rote Ndao	-	-	82,6
Manggarai Barat	-	-	64,0
Kota Kupang	-	1.471	1.692,7
NTT	69	83	90,0

Sumber: BPS Provinsi NTT 2006

Untuk melihat tingkat pendapatan masyarakat Provinsi NTT dapat diketahui melalui *Gross Regional Domestic Product* (GRDP) menurut kabupaten/kota sebagaimana ditunjukkan dalam Tabel 3.1.3.

Tabel 3.1.3
Gross Regional Domestic Product Penduduk Provinsi NTT pada Tingkat Harga
Berjalan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT

Kabupaten/Kota	Gross Regional Domestic Product (dalam Ribuan Rupiah)		
	2003	2004	2005
Sumba Barat	734.503	815.928	895.104
Sumba Timur	614.999	672.950	742.612
Kupang	1.058.144	1.167.690	1.273.500
Timor Tengah Selatan	913.911	1.020.345	1.140.971
Timor Tengah Utara	474.076	527.228	573.076
Belu	686.812	772.305	860.809
Alor	366.386	403.943	431.325
Lembata	143.089	160.126	175.723
Flores Timur	533.933	594.473	656.877
Sikka	766.548	851.687	939.229
Ende	681.477	757.160	844.697
Ngada	577.535	654.928	760.907
Manggarai	886.087	970.728	1.056.064
Rote Ndao	310.087	338.435	371.076
Manggarai Barat	401.612	435.541	476.100
Kota Kupang	1.772.584	1.993.536	2.249.635
NTT	11.382.810	12.887.107	14.601.790

Sumber: BPS Provinsi NTT 2006

Tabel 3.1.3 memperlihatkan bahwa empat kabupaten tertinggi Gross Regional Domestic Product adalah Kota Kupang, Kabupaten Kupang, Timor Tengah Selatan, dan Manggarai; sedangkan kabupaten dengan Gross Regional Domestic Product terendah adalah Kabupaten Lembata.

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 :

Kategori Gizi Buruk	Z-score < -3,0
Kategori Gizi Kurang	Z-score ≥ -3,0 s/d Z-score < -2,0
Kategori Gizi Baik	Z-score ≥ -2,0 s/d Z-score ≤ 2,0
Kategori Gizi Lebih	Z-score > 2,0

2. Berdasarkan indikator TB/U:

Kategori Sangat Pendek	Z-score < -3,0
Kategori Pendek	Z-score ≥ -3,0 s/d Z-score < -2,0
Kategori Normal	Z-score ≥ -2,0

3. Berdasarkan indikator BB/TB:

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

Perhitungan angka prevalensi :

Prevalensi gizi buruk = (Jumlah balita gizi buruk/jumlah seluruh balita) x 100%
 Prevalensi gizi kurang = (Jumlah balita gizi kurang/jumlah seluruh balita) x 100%
 Prevalensi gizi baik = (Jumlah balita gizi baik/jumlah seluruh balita) x 100%
 Prevalensi 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 mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut.

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

dengan menggunakan istilah **kurus+sangat kurus**. Status “sangat pendek” dan “pendek” berdasarkan indikator TB/U digabung dengan menggunakan istilah **pendek+sangat pendek**. Tabel 3.2.1.1 menggambarkan prevalensi balita berdasarkan status gizi BB/U menurut kabupaten/kota.

Tabel 3.2.1.1
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi BB/U dan Kabupaten/Kota,
di Provinsi NTT, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk %	Gizi Kurang %	Gizi Baik %	Gizi Lebih %
Sumba Barat	8,5	21,8	65,8	3,9
Sumba Timur	10,3	14,4	70,9	4,5
Kupang	8,8	29,1	60,7	1,4
Timor Tengah Selatan	13,3	26,9	58,6	1,2
Timor Tengah Utara	8,2	29,3	62,4	,0
Belu	7,6	26,3	64,1	2,0
Alor	9,3	22,3	66,0	2,3
Lembata	5,4	25,6	68,7	,3
Flores Timur	6,7	23,1	67,4	2,8
Sikka	8,8	27,9	62,9	,4
Ende	11,1	22,5	63,8	2,6
Ngada	8,4	18,2	71,7	1,6
Manggarai	12,0	25,3	60,9	1,9
Rote Ndao	11,6	29,2	57,4	1,8
Manggarai Barat	7,6	22,5	67,9	2,0
Kota Kupang	3,2	11,1	80,4	5,3
NTT	9,4	24,2	64,4	2,0

Secara umum, prevalensi **gizi kurang+buruk** di provinsi NTT adalah 33.6% berarti belum mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18.5%). Dari 16 kabupaten/kota hanya ada 1 kabupaten yang sudah mencapai target nasional dan target MDGs 2015, yaitu Kota Kupang (14.3%). Sedangkan prevalensi tertinggi **gizi kurang+buruk** ada di Kabupaten Rote Ndao (40.8%). Untuk Provinsi NTT prevalensi gizi lebih masih cukup rendah (2.0%). Dari 16 Kabupaten/kota di Prov NTT, prevalensi gizi lebih balita yang di atas nasional (4,3%) ialah Sumba Timur (4,5%) dan Kota Kupang (5,3%).

Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator TB/U

Tabel 3.2.1.2 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator TB/U. Indikator TB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya **kronis**, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat sering menderita penyakit secara berulang karena higiene dan sanitasi yang kurang baik. Status **pendek dan sangat pendek** dalam diskusi selanjutnya digabung menjadi satu kategori dan disebut masalah **pendek**.

Tabel 3.2.1.2
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi TB/U dan Kabupaten/Kota,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek %	Pendek %	Normal %
Sumba Barat	31,4	17,7	50,9
Sumba Timur	21,3	21,0	57,7
Kupang	26,1	25,3	48,6
Timor Tengah Selatan	31,6	25,4	43,0
Timor Tengah Utara	25,6	34,0	40,3
Belu	21,2	22,2	56,6
Alor	25,0	23,3	51,7
Lembata	18,8	22,1	59,1
Flores Timur	17,3	23,5	59,2
Sikka	24,2	25,4	50,3
Ende	22,9	19,3	57,7
Ngada	29,2	17,6	53,2
Manggarai	22,4	15,9	61,7
Rote Ndao	31,1	23,1	45,8
Manggarai Barat	23,1	29,1	47,8
Kota Kupang	17,1	15,4	67,5
NTT	24,2	22,5	53,2

Prevalensi balita **pendek+sangat pendek** di propinsi NTT adalah 46,7%. Angka tersebut berada di atas angka nasional (36,8%). Dan secara umum masalah balita **pendek+sangat pendek** di provinsi NTT masih cukup tinggi karena memiliki prevalensi di atas 20%. Prevalensi tertinggi Balita **pendek+sangat pendek** ada di Kabupaten Timor Tengah Utara (59.6%) dan terendah ada di Kota Kupang (32.5%).

Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/TB

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

Indikator BB/TB menggambarkan status gizi yang sifatnya **akut** sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu yang pendek, seperti menurunnya nafsu makan akibat sakit atau karena menderita diare. Dalam keadaan demikian berat badan anak akan cepat turun sehingga tidak Persentase onal 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 kekurusian dan kegemukan pada usia dini dapat berakibat pada rentannya terhadap berbagai penyakit degeneratif pada usia dewasa (Teori *Barker*).

Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah indikator **sangat kurus** yaitu anak dengan nilai Z-score < -3.0 SD. Prevalensi balita sangat kurus secara nasional masih cukup tinggi yaitu 6.2%. Terdapat 12 provinsi yang memiliki prevalensi balita sangat kurus di bawah angka prevalensi nasional. Ke 12 provinsi tersebut adalah: Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI

Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Maluku Utara dan Papua.

Dalam diskusi selanjutnya digunakan **masalah kurus** untuk gabungan kategori sangat kurus dan kurus. Besarnya masalah kurus pada balita yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat (*public health problem*) adalah jika prevalensi kurus > 5%. Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi kurus antara 10.1% - 15.0% dan dianggap kritis bila prevalensi kurus sudah di atas 15.0% (UNHCR).

Tabel 3.2.1.3
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi BB/TB dan Kabupaten/Kota,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus (%)	Kurus (%)	Normal (%)	Kegemukan (%)
Sumba Barat	8,6	8,5	71,9	11,0
Sumba Timur	9,3	7,8	68,2	14,6
Kupang	8,8	12,3	73,6	5,3
Timor Tengah Selatan	6,7	8,6	78,6	6,2
Timor Tengah Utara	4,7	11,3	76,2	7,8
Belu	9,1	11,2	75,6	4,1
Alor	9,1	7,3	80,1	3,5
Lembata	7,9	11,6	77,2	3,3
Flores Timur	4,2	8,9	81,8	5,1
Sikka	9,8	10,0	74,8	5,4
Ende	7,9	12,9	74,2	5,0
Ngada	4,2	9,2	71,1	15,6
Manggarai	19,6	13,7	59,9	6,8
Rote Ndao	5,5	10,2	79,4	4,9
Manggarai Barat	8,4	10,1	73,5	7,9
Kota Kupang	9,9	7,1	68,2	14,8
NTT	9,5	10,5	73,0	7,0

Secara umum, prevalensi balita **kurus+sangat kurus** di propinsi NTT adalah 20%. Angka ini melebihi batas kondisi kritis yakni 15%, sehingga memerlukan perhatian khusus. Prevalensi tertinggi balita **kurus+sangat kurus** terdapat di Kabupaten Manggarai (33.3%), dan terendah di Flores Timur (13,1%) . Masalah kegemukan di provinsi NTT kelihatannya belum menjadi masalah serius karena prevalensinya baru mencapai 7%.

Dari Tabel 3.2.1.1, 3.2.1.2, dan 3.2.1.3 secara umum dapat dikatakan bahwa (1) pencapaian program perbaikan gizi kurang+buruk di Provinsi NTT belum mencapai target nasional perbaikan gizi 2015 maupun target MDGs 2015, (2) masalah gizi yang dihadapi provinsi NTT adalah masalah gizi **AKUT DAN KRONIS** karena prevalensi “kurus+sangat kurus” berada di atas 10% dan prevalensi “pendek+sangat pendek” lebih besar dari prevalensi nasional (36,8%).

Status Gizi Balita Menurut Karakteristik Responden

Untuk mempelajari kaitan antara status gizi balita yang didasarkan pada indikator BB/U, TB/U dan BB/TB (sebagai variabel terikat) dengan karakteristik responden meliputi kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan KK, pekerjaan KK, tempat tinggal dan

pendapatan per kapita (sebagai variabel bebas), telah dilakukan tabulasi silang antara variabel bebas dan terikat tersebut.

Tabel 3.2.1.4 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/U balita dengan variabel-variabel karakteristik responden.

Dari Tabel 3.2.1.4 dapat dilihat bahwa secara umum ada kecenderungan arah yang mengaitkan antara status gizi BB/U dengan karakteristik responden, yaitu:

1. Semakin bertambah umur prevalensi gizi kurang cenderung meningkat, sedangkan untuk gizi lebih cenderung menurun.
2. Tidak nampak adanya perbedaan yang mencolok pada prevalensi gizi buruk kurang baik maupun lebih antara balita laki-laki dan perempuan.
3. Semakin tinggi pendidikan KK semakin rendah prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balita, sebaliknya terjadi peningkatan gizi baik dan gizi lebih.
4. Kelompok dengan KK berpenghasilan tetap (TNI/Polri/PNS/BUMN dan Pegawai Swasta) memiliki prevalensi gizi buruk dan gizi kurang yang relatif rendah.
5. Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang daerah perkotaan relatif lebih rendah dari daerah perdesaan.
6. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan semakin rendah prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balitanya, dan sebaliknya, untuk gizi baik dan gizi lebih semakin meningkat.

Tabel 3.2.1.4
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi BB/U dan Karakteristik,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Kelompok Umur (Bulan)				
0-5	2,9	11,3	78,9	7,0
6-11	6,0	14,8	76,4	2,8
12-23	9,4	18,5	68,7	3,5
24-35	9,7	24,9	63,7	1,7
36-47	11,4	26,8	61,0	,8
48-60	9,3	28,1	61,2	1,4
Tipe Daerah				
Perkotaan	4,1	17,2	75,8	2,8
Perdesaan	10,3	25,5	62,3	1,9
Jenis Kelamin				
Laki-laki	10,7	26,3	60,9	2,1
Perempuan	7,9	22,0	68,2	1,9
Pendidikan KK				
Tdk Tamat SD & Tdk Sekolah	9,7	25,1	63,1	2,0
Tamat SD	10,5	24,9	62,7	1,9
Tamat SLTP	9,2	27,2	61,4	2,1
Tamat SLTA	6,7	20,1	71,6	1,6
Tamat PT	4,4	16,1	76,0	3,5
Pekerjaan Utama KK				
Tdk Kerja/Sekolah/Ibu RT	6,7	20,8	71,8	,7
TNI/Polri/PNS/BUMN	6,2	18,8	73,1	1,9
Pegawai Swasta	7,5	26,9	62,4	3,2
Wiraswasta/Dagang/Jasa	6,4	17,5	72,8	3,3
Petani/Nelayan	10,2	25,6	62,3	1,8
Buruh & lainnya	7,2	21,0	68,8	3,0
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan				
Kuintil 1	9,1	26,5	62,6	1,7
Kuintil 2	10,8	26,8	60,5	1,9
Kuintil 3	9,5	24,8	63,6	2,1
Kuintil 4	8,5	23,8	66,1	1,6
Kuintil 5	8,2	18,0	71,2	2,6

Ditinjau dari kelompok umur, maka terlihat bahwa prevalensi balita ***gizi kurang+buruk*** di provinsi NTT mulai tinggi pada kelompok umur 12-23 bulan dan tertinggi pada kelompok umur 36-47 bulan. Sedangkan masalah gizi lebih tertinggi pada kelompok umur 0-5 bulan. Ditinjau dari jenis kelamin tampak bahwa Persentase gizi kurang+buruk pada laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan. Dilihat dari tempat tinggal RT, balita yang tinggal di RT pedesaan mempunyai Persentase gizi kurang dan gizi buruk lebih tinggi, yakni masing-masing sebesar 25.5% dan 10.3%. Dilihat dari jenis kelamin balita, tampak Persentase balita laki-laki yang berstatus gizi kurang dan buruk lebih tinggi dibanding balita perempuan. Bila dilihat dari pendapatan per kapita, semakin miskin RT semakin tinggi Persentase balitanya yang berstatus gizi kurang dan buruk. Dilihat dari tingkat pendidikan, tampak bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan RT maka semakin kecil Persentase balitanya

yang menderita status gizi kurang dan buruk. Selanjutnya, bila dilihat berdasarkan jenis pekerjaan tampak tidak terdapat pola yang jelas antar jenis pekerjaan RT.

Tabel 3.2.1.5 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi TB/U dengan karakteristik responden.

Tabel 3.2.1.5
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi TB/U dan Karakteristik,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek %	Sangat Pendek %	Sangat Pendek %
Kelompok Umur (Bulan)			
0-5	18,2	12,0	69,8
6-11	19,0	8,6	72,4
12-23	28,4	20,0	51,7
24-35	30,1	22,7	47,3
36-47	25,1	25,9	49,0
48-60	20,3	24,5	55,2
Tempat Tinggal			
Perkotaan	17,5	19,5	63,0
Perdesaan	25,5	23,1	51,5
Jenis Kelamin			
Laki-laki	26,1	23,1	50,9
Perempuan	22,2	22,0	55,8
Pendidikan KK			
Tdk Tamat SD & Tdk Sekolah	24,6	22,6	52,8
Tamat SD	25,5	22,9	51,6
Tamal SLTP	26,6	22,4	51,0
Tamat SLTA	18,4	20,2	61,3
Tamat PT	20,1	23,8	56,1
Pekerjaan Utama KK			
Tdk Kerja/Sekolah/Ibu RT	29,6	22,3	48,1
TNI/Polri/PNS/BUMN	15,9	20,4	63,6
Pegawai Swasta	20,7	18,8	60,5
Wiraswasta/Dagang/Jasa	19,3	21,7	59,0
Petani/Nelayan	25,3	23,1	51,6
Buruh & Lainnya	23,4	17,4	59,2
Pengeluaran RT per Kapita/Bulan			
Kuintil 1	27,5	22,3	50,2
Kuintil 2	25,6	25,5	48,8
Kuintil 3	27,2	21,9	51,0
Kuintil 4	20,6	21,9	57,5
Kuintil 5	17,9	19,5	62,6

Tabel 3.2.1.5 menunjukkan status gizi balita berdasarkan TB/U menurut karakteristik balita dan RT. Bila dilihat menurut kelompok umur balita, tampak bahwa balita dengan status pendek Persentase terbanyak terdapat pada kelompok umur 36 – 47 bulan (25.9%). Sementara balita dengan status gizi sangat pendek Persentase terbanyak terdapat pada kelompok 24 – 35 bulan (30.1%). Balita yang tinggal di RT pedesaan, Persentase status gizi pendek dan sangat pendek Persentase nya lebih tinggi dibanding dengan balita yang tinggal di RT perkotaan. Bila dilihat dari pengeluaran RT per kapita, tampak semakin miskin RT semakin tinggi Persentase nya status gizi pendek dan sangat pendek. Bila dilihat

menurut tingkat pendidikan RT dan jenis pekerjaan tampak tidak terdapat pola yang khusus antar tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan KK.

Tabel 3.2.1.6 menunjukkan status gizi berdasarkan BB/TB menurut karakteristik balita dan RT. Bila dilihat menurut kelompok umur balita, status gizi kurus Persentase terbesar terdapat pada kelompok umur 0 – 5 bulan (14,0%), sedangkan status gizi sangat kurus Persentase terbanyak terdapat pada kelompok umur 6 – 11 bulan (12,7%). Bila dilihat dari tempat tinggal RT, balita di pedesaan Persentase status gizi kurus dan sangat kurus lebih tinggi dibanding balita perkotaan. Balita jenis kelamin laki-laki Persentase kurus dan sangat kurus lebih tinggi dibanding balita perempuan. Bila dilihat menurut tingkat pengeluaran RT, maka tidak terdapat pola yang jelas antar kuintil pengeluaran. Demikian juga bila dilihat menurut tingkat pendidikan KK dan jenis pekerjaan KK, maka tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan KK.

Tabel 3.2.1.6
Prevalensi Balita Menurut Status Gizi BB/TB dan Karakteristik,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus %	Kurus %	Normal %	Kegemukan %
Kelompok Umur (Bulan)				
0-5	6,1	14,0	58,9	21,0
6-11	12,7	8,3	68,8	10,2
12-23	12,4	9,6	68,2	9,8
24-35	11,0	9,1	73,1	6,8
36-47	7,9	11,3	75,3	5,5
48-60	8,2	11,1	75,8	4,8
Tipe Daerah				
Perkotaan	7,9	10,7	72,2	9,2
Perdesaan	9,8	10,5	73,1	6,6
Jenis Kelamin				
Laki-laki	10,2	11,4	70,9	7,5
Perempuan	8,8	9,6	75,1	6,5
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan				
Kuintil 1	8,4	10,0	74,3	7,3
Kuintil 2	10,8	11,6	70,6	7,0
Kuintil 3	8,9	8,1	75,1	7,9
Kuintil 4	9,7	13,3	71,4	5,6
Kuintil 5	10,0	9,5	73,7	6,7
Pendidikan KK				
Tdk Tamat SD & Tdk Sekolah	8,9	9,9	74,1	7,1
Tamat SD	9,9	12,1	71,4	6,5
Tamat SLTP	10,3	11,5	72,4	5,8
Tamat SLTA	9,1	10,2	74,4	6,3
Tamat PT	4,5	6,2	75,7	13,6
Pekerjaan Utama KK				
Tdk Kerja/Sekolah/Ibu RT	9,3	9,4	75,1	6,2
TNI/Polri/PNS/BUMN	11,5	9,0	70,1	9,3
Pegawai Swasta	11,9	11,1	70,9	6,0
Wiraswasta/Dagang/Jasa	8,3	11,2	73,4	7,1
Petani/Nelayan	9,2	11,0	73,3	6,5
Buruh & Lainnya	6,2	9,8	75,1	8,9

Tabel 3.2.1.7
Prevalensi Balita Menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	BB/U Buruk & Kurang	TB/U: Kronis (Pendek)	BB/TB: Akut (Kurus)	Akut*	Kronis**
Sumba Barat	30.3	49.1	17.1	√	√
Sumba Timur	24.7	42.3	17.1	√	√
Kupang	37.9	51.4	21.1	√	√
Timor Tengah Selatan	40.2	57.0	15.3	√	√
Timor Tengah Utara	37.5	59.6	16.0	√	√
Belu	33.9	43.4	20.3	√	√
Alor	31.6	48.3	16.4	√	√
Lembata	31.0	40.9	19.5	√	√
Flores Timur	29.8	40.8	13.1	√	√
Sikka	36.7	49.6	19.8	√	√
Ende	33.6	42.2	20.8	√	√
Ngada	26.6	46.8	13.4	√	√
Manggarai	37.3	38.3	33.3	√	√
Rote Ndao	40.8	54.2	15.7	√	√
Manggarai Barat	30.1	52.2	18.5	√	√
Kota Kupang	14.3	32.5	17.0	√	
NTT	33.6	46.7	20	16	15

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

** Permasalahan gizi kronis adalah apabila TB/U di atas prevalensi nasional (36,8%)

Semua kabupaten/kota di provinsi Nusa Tenggara Timur menghadapi permasalahan gizi akut dan 15 kabupaten menghadapi permasalahan gizi akut dan kronis. Hanya satu kota yaitu kota Kupang yang masalah gizi kronisnya lebih kecil dari angka nasional.

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

Status gizi anak 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 Kurus dan Berat Badan (BB) 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 kurus adalah 23,1% pada laki-laki dan 19,1% pada perempuan. Sedangkan prevalensi BB lebih pada laki-laki 4,6% dan perempuan 3,2%.

Menurut kabupaten/kota mempunyai prevalensi kurus tertinggi baik pada anak laki-laki (29,2%) maupun pada anak perempuan (25,3%). Sedangkan prevalensi kurus terendah yaitu 1,2% pada anak laki-laki dan 0,4% pada anak perempuan, masing-masing di TTS dan TTU (Tabel 3.2.2.2).

Tabel 3.4.2
Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun
Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Sumba Barat	18,5	9,9	16,4	7,8
Sumba Timur	13,3	15,6	15,5	7,4
Kupang	21,6	3,2	15,3	3,9
Timor Tengah Selatan	29,2	1,2	23,0	1,9
Timor Tengah Utara	26,6	2,9	25,3	0,4
Belu	19,0	4,6	21,7	2,9
Alor	22,7	2,4	13,8	1,1
Lembata	20,7	1,8	16,5	1,7
Flores Timur	21,3	3,8	16,8	2,3
Sikka	29,8	2,1	23,0	0,0
Ende	20,6	4,6	16,7	4,4
Ngada	18,8	5,5	15,1	5,5
Manggarai	28,1	2,9	22,9	1,6
Rote Ndao	24,7	2,6	21,1	1,0
Manggarai Barat	19,8	4,6	13,2	3,8
Kota Kupang	24,6	11,9	16,5	8,4
NTT	23,1	4,6	19,1	3,2

Lima kabupaten dengan prevalensi kurus tertinggi pada anak laki-laki adalah Sikka (29,8%), TTS (29,2%), Manggarai (28,1%), TTU (26,6%), dan Rote Ndao (24,7%). Sedangkan untuk anak perempuan terdapat di TTU (25,3%), TTS dan Sikka masing-masing (23,0%), Manggarai (22,9%), Belu (21,7%), dan Rote Ndao 21,1%.

Prevalensi BB-lebih pada anak umur 6 – 14 tahun tertinggi di Sumba Timur untuk anak laki-laki (15,6%) dan untuk anak perempuan di kota Kupang (8,4%). Prevalensi BB-lebih pada anak umur 6 – 14 tahun terendah ditemukan di kabupaten TTS pada anak laki-laki (1,2%) maupun pada anak perempuan (0,0%). Kabupaten/kota dengan prevalensi BB-lebih pada anak laki-laki adalah kabupaten Sumba Timur (15,6%), Kota Kupang (11,9%), Kabupaten Sumba Barat (9,9%), Ngada (5,5%), Belu, Ende, dan Manggarai Barat masing-masing 4,6%. Sedangkan untuk anak perempuan terdapat di Kota Kupang (8,4%), Kabupaten Sumba Barat (7,8%), Sumba Timur (7,4%), Ngada (5,5%), dan Ende (4,4%).

3.2.3 Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas

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

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

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

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

Indikator status gizi penduduk umur 15 tahun ke atas yang lain adalah ukuran lingkar perut (LP) untuk mengetahui adanya obesitas sentral. Lingkar 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 lingkar lengan atas (LILA). Pengukuran LILA dilakukan dengan pita LILA dengan presisi 0,1 cm.

Status Gizi Dewasa Berdasarkan Indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)

Tabel 3.2.3.1 menyajikan prevalensi penduduk menurut status IMT di masing-masing kabupaten/kota. Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori berat badan lebih (BB lebih) dan obese.

Prevalensi obesitas umum di Provinsi Nusa Tenggara Timur adalah 10,1% (5,1% BB lebih dan 5,0% obese). Prevalensi obesitas umum menurut jenis kelamin disajikan pada Tabel 3.2.3.2 Di Provinsi Nusa Tenggara Timur prevalensi obesitas umum pada laki-laki lebih rendah dibandingkan dengan perempuan (masing-masing 7,7% dan 12,2%).

Tabel 3.2.3.1
Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun ke Atas) Menurut IMT
dan Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Status Gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Sumba Barat	24,1	69,3	3,2	3,4
Sumba Timur	20,6	72,7	3,3	3,3
Kupang	23,5	64,9	5,6	6,1
Timor Tengah Selatan	27,9	65,4	3,3	3,5
Timor Tengah Utara	26,8	67,1	3,3	2,7
Belu	30,9	62,9	3,1	3,1
Alor	22,1	66,7	6,6	4,6
Lembata	20,7	64,4	7,3	7,6
Flores Timur	23,3	62,6	6,7	7,5
Sikka	24,4	64,3	5,1	6,2
Ende	21,8	65,5	7,1	5,5
Ngada	16,9	71,3	6,9	5,0
Manggarai	21,7	72,5	3,4	2,5
Rote Ndao	31,5	60,9	4,0	3,6
Manggarai Barat	13,0	73,8	5,1	8,0
Kota Kupang	13,4	67,6	9,9	9,1
NTT	23,0	66,9	5,1	5,0

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

Masalah berat badan kurang (kurus) pada orang dewasa di Provinsi NTT cukup tinggi dengan prevalensi 23% sedangkan kegemukan (BB lebih dan obese) hanya 10,1%. Terdapat 3 kabupaten/kota yang memiliki prevalensi kurus pada orang dewasa kurang dari 20% (target nasional tahun 2015), yaitu Kabupaten Manggarai Barat, Kota Kupang, dan Kabupaten Ngada. Dari 16 kabupaten/kota di Provinsi NTT, hanya Kota Kupang yang memiliki prevalensi BB lebih dan obese mendekati 10%, masing-masing 9.9% dan 9.1%.

Tabel 3.5
Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun ke Atas)
Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Prevalensi Obesitas Umum (%)	
	Laki-laki	Perempuan
Sumba Barat	4,5	8,8
Sumba Timur	5,8	7,6
Kupang	7,5	15,5
Timor Tengah Selatan	4,2	8,9
Timor Tengah Utara	4,4	7,4
Belu	5,7	6,6
Alor	7,4	14,3
Lembata	11,4	17,8
Flores Timur	10,8	16,7
Sikka	7,4	14,2
Ende	11,8	13,2
Ngada	8,4	14,7
Manggarai	4,5	7,2
Rote Ndao	4,7	10,4
Manggarai Barat	9,8	15,9
Kota Kupang	17,2	20,7
NTT	7,7	12,2

Tabel 3.2.3.3 menyajikan hasil tabulasi silang status gizi penduduk dewasa menurut IMT dengan beberapa variabel karakteristik responden. Dari tabel ini terlihat bahwa :

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

Tabel 3.2.3.36
Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun ke Atas)
Menurut IMT dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori IMT			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Tipe Daerah				
Perkotaan	21,8	70,5	4,2	3,5
Perdesaan	21,8	63,8	5,9	6,3
Tingkat Pendidikan				
Tidak Sekolah	33,8	61,3	2,4	2,5
Tamat Tamat SD	26,2	66,5	4,0	3,4
Tamat SD	23,1	68,9	4,2	3,9
SLTP	22,5	67,5	4,8	5,2
SLTA	14,7	68,1	8,4	8,8
PT	7,7	62,0	15,0	15,3
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan				
Kuintil-1	25,2	68,5	3,2	3,1
Kuintil-2	25,3	67,9	3,8	3,0
Kuintil-3	24,6	67,1	4,5	3,8
Kuintil-4	22,1	67,7	4,9	5,3
Kuintil-5	19,1	64,0	8,1	8,7

Status Gizi Dewasa Berdasarkan Indikator Lingkar Perut (LP)

Tabel 3.2.3.1 dan Tabel 3.2.3.2 menyajikan prevalensi obesitas sentral menurut kabupaten, jenis kelamin dan karakteristik lain responden. 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).

Tabel 3.2.3.4
Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Obesitas Sentral (LP : L>90, P>80)
Sumba Barat	5.7
Sumba Timur	7.7
Kupang	12.4
Timor Tengah Selatan	9.9
Timor Tengah Utara	9.9
Belu	10.4
Alor	10.5
Lembata	17.8
Flores Timur	15.6
Sikka	14.9
Ende	12.3
Ngada	8.2
Manggarai	12.0
Rote Ndao	12.3
Manggarai Barat	10.8
Kota Kupang	16.9
NTT	11,9

Catatan : *) LP=Lingkar Perut : L=Laki-laki : P=Perempuan

Prevalensi obesitas sentral yang diukur dari lingkar perut menunjukkan relatif lebih tinggi yaitu 11.9%. Dan 11 dari 16 kabupaten/kota di Provinsi NTT memiliki prevalensi lebih dari 10%. dengan 3 kabupaten/kota dengan prevalensi obesitas sentral yang tinggi sama dengan prevalensi kegemukan dan obesitas yaitu Kota Kupang. Lembata. dan Flores Timur.

Tabel 3.2.3.5
Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas
Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Obesitas Sentral
	LP;L>90, P>80
Kelompok Umur (Tahun)	
15 - 24	15.3
25 - 34	15.5
35 - 44	13.0
45 - 54	12.1
55 - 64	11.1
65 - 74	6.4
75+	10.9
Jenis Kelamin	
Laki-laki	6.6
Perempuan	16.6
Pendidikan	
Tidak Sekolah	9.3
Tidak Tamat SD	9.8
Tamat SD	10.9
Tamat SMP	11.2
Tamat SMA	16.4
Tamat PT	25.2
Pekerjaan	
Tidak Kerja	8.9
Sekolah	5.8
Ibu RT	21.0
Pegawai	21.9
Wiraswasta	16.4
Petani/Nelayan/Buruh	6.6
Lainnya	18.2
Tipe Daerah	
Perkotaan	18.9
Perdesaan	10.2
Tingkat Pengeluaran per Kapita	
Kuintil 1	8.4
Kuintil 2	9.5
Kuintil 3	9.8
Kuintil 4	11.9
Kuintil 5	18.4

Catatan : *) LP=Lingkar Perut : L=Laki-laki : P=Perempuan

Prevalensi obesitas sentral cenderung meningkat dari usia 5 tahun ke usia 15-24 tahun, kemudian relatif menurun sampai dewasa 55-64 tahun dan sedikit meningkat pada usia 65 ke atas. Prevalensi obesitas sentral di Provinsi NTT lebih tinggi wanita daripada pria. Menurut pendidikannya, prevalensi obesitas sentral berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikannya, maka semakin tinggi prevalensi obesitas sentral di Provinsi NTT.

Sedang menurut tipe daerahnya, prevalensi obesitas sentral jauh lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan. Pola makanan di daerah perkotaan yang lebih beraneka tampaknya mempengaruhi overnutrisi di dibandingkan dengan daerah perdesaan. Dan menurut tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi kuintil atau makin besar pengeluarannya maka cenderung terdapat obesitas sentral.

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

Tabel 3.2.3.6 Tabel 3.2.3.7 dan Tabel 3.2.3.8 menyajikan gambaran masalah gizi pada WUS yang diukur dengan LILA. Hasil pengukuran LILA ini disajikan menurut kabupaten/kota 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 3.2.3.6 menggambarkan prevalensi KEK tingkat nasional berdasarkan umur. Nampak adanya kecenderungan dengan meningkatnya umur nilai rerata LILA juga meningkat.

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 3.2.3.7 menunjukkan 8 kabupaten/kota dengan prevalensi risiko KEK di atas angka provinsi NTT (24,6%) yaitu Kabupaten Sumba Barat, Timor Tengah Selatan, Timor Tengah Utara, Belu, Ende, Ngada, Rote Ndao dan Manggarai Barat.

Kecenderungan risiko KEK berdasarkan tabulasi silang antara prevalensi Risiko KEK dengan karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.2.3.8 adalah:

1. Berdasarkan tingkat pendidikan. gambaran nasional menunjukkan pada tingkat pendidikan terendah (tidak sekolah dan tidak tamat SD). risiko KEK cenderung lebih tinggi dibanding tingkat pendidikan tertinggi (tamat PT).
2. Secara nasional. prevalensi risiko KEK lebih tinggi di daerah perdesaan dibanding perkotaan.

Gambaran nasional menunjukkan hubungan negatif antara tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita dengan risiko KEK. Semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan cenderung semakin rendah risiko KEK.

Tabel 3.2.3.6
Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 Tahun, di Provinsi NTT, 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

Tabel 3.2.3.7
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Risiko KEK (%)
Sumba Barat	30.8
Sumba Timur	9.5
Kupang	21.5
Timor Tengah Selatan	33.7
Timor Tengah Utara	31.7
Belu	34.4
Alor	4.2
Lembata	11.8
Flores Timur	18.9
Sikka	24.3
Ende	25.6
Ngada	30.3
Manggarai	13.8
Rote Ndao	28.3
Manggarai Barat	29.4
Kota Kupang	16.1
NTT	24.6

Tabel 3.2.3.8
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Perempuan Umur 15-45 Tahun
Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Risiko KEK (%)
Pendidikan	
Tdk Sekolah & Tdk Tamat SD	15.8
Tamat SD	13.5
Tamat SMP	12.6
Tamat SMA	13.4
Tamat PT	12.5
Tipe Daerah	
Perkotaan	13.0
Perdesaan	14.1
Pengeluaran RT per Kapita	
Kuintil 1	16.1
Kuintil 2	14.4
Kuintil 3	13.8
Kuintil 4	12.4
Kuintil 5	11.5

3.2.4 Konsumsi Energi Dan Protein

Konsumsi energi dan protein tingkat rumah tangga pada Riskesdas 2007 – 2008 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- 2008. Angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari yang diperoleh dari data konsumsi rumahtangga dibagi jumlah anggota rumahtangga yang telah di standarisasi menurut umur dan jenis kelamin, serta sudah dikoreksi dengan tamu yang ikut makan.

Rumah tangga defisit energi adalah rumah tangga dengan konsumsi "energi rendah" yaitu bila konsumsi energi lebih rendah dari angka rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007, sedangkan RT defisit protein adalah RT dengan konsumsi "protein rendah" yaitu bila konsumsi protein lebih rendah dari angka rerata konsumsi protein nasional dari data Riskesdas 2007 - 2008.

Selanjutnya dalam penulisan tabel 3.2.4.1 disajikan angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari. Tabel 3.2.4.2 adalah informasi prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein "rendah" (di bawah angka rerata nasional dari data Riskesdas 2007) menurut kabupaten/kota. Tabel 3.2.4.3 informasi tentang prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein di bawah angka rerata nasional dari data Riskesdas 2007-2008 menurut tipe daerah (kota/desa) dan kuintil pengeluaran RT per kapita per bulan.

Tabel 3.2.4.1
Konsumsi Energi dan Protein per Kapita per Hari
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Sumba Barat	1898,5	891,0	46,8	22,6
Sumba Timur	1826,6	793,6	52,1	25,8
Kupang	1840,6	746,1	41,0	22,3
Timor Tengah Selatan	2080,9	841,6	50,5	21,3
Timor Tengah Utara	1862,0	831,2	45,4	23,3
Belu	1723,9	840,7	46,2	26,3
Alor	1561,1	757,6	42,5	23,4
Lembata	1867,5	785,6	50,5	26,1
Flores Timur	1926,1	732,7	62,4	30,1
Sikka	1891,0	698,5	58,4	29,5
Ende	1984,0	793,2	54,3	27,5
Ngada	2186,9	811,7	55,1	24,4
Manggarai	2040,6	603,6	57,5	26,1
Rote Ndao	1947,2	758,9	47,2	25,4
Manggarai Barat	1866,8	746,4	56,1	29,4
Kota Kupang	1551,0	588,7	52,1	26,8
Nusa Tenggara Timur	1884,6	772,0	51,3	26,3

Data pada tabel 3.2.4.1 menunjukkan bahwa rata-rata konsumsi per kapita per hari RT di Provinsi Nusa Tenggara Timur (1884.6 kkal) lebih tinggi dari pada angka rerata nasional (1735.5 kkal), sedangkan konsumsi protein (51.3 gram) lebih rendah dari angka rerata nasional (55.5 gram). Untuk konsumsi energi, Kabupaten dengan angka konsumsi energi

terendah adalah Kota Kupang (1551.0 gram), dan kabupaten dengan angka konsumsi energi tertinggi adalah Kabupaten Ngada (2186.9 gram). Kabupaten dengan konsumsi protein terendah adalah Kabupaten Kupang (41 gram), dan kabupaten dengan konsumsi protein tertinggi adalah Kabupaten Flores Timur (62.4 gram).

Sebanyak tiga kabupaten dengan rerata angka konsumsi energi dibawah rerata angka konsumsi energi nasional, yaitu Kabupaten Belu, Alor dan Kota Kupang. Sebagian besar kabupaten di provinsi Nusatenggara Timur dengan prevalensi konsumsi protein “rendah” (dibawah angka nasional) kecuali kabupaten Manggarai Barat, Manggarai, Sikka dan Flores Timut.

Tabel 3.2.4.2
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah
dari Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota,
di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Sumba Barat	49,1	70,6
Sumba Timur	51,8	64,5
Kupang	52,9	82,0
Timor Tengah Selatan	41,8	63,2
Timor Tengah Utara	53,1	72,5
Belu	57,6	75,2
Alor	68,9	77,8
Lembata	50,5	64,6
Flores Timur	44,8	51,0
Sikka	47,3	54,9
Ende	43,3	59,6
Ngada	31,3	57,8
Manggarai	32,4	59,5
Rote Ndao	43,5	67,5
Manggarai Barat	44,9	61,1
Kota Kupang	69,0	65,1
Nusa Tenggara Timur	48,4	65,6

Berdasarkan angka rerata konsumsi energi dan protein Nasional (1735,5 kkal dan 55,5 gram) dari data Riskesdas 2007 - 2008

Data pada tabel 3.2.4.2 memperlihatkan prevalensi RT dengan “energi rendah” dan protein rendah” yang berarti di bawah rerata nasional (1735,5 kkal dan 55,5 gram). Secara nasional prevalensi RT dengan konsumsi “energi rendah” adalah 59,0 % dan konsumsi “protein rendah” sebesar 58,5 %. Kabupaten/Kota yang prevalensi tertinggi untuk konsumsi energi “rendah” (lebih kecil dari rerata nasional) adalah Kota Kupang (69,0%); dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah Kabupaten Ngada (31,3%). Kabupaten yang prevalensi tertinggi untuk konsumsi protein “rendah” (lebih kecil dari rerata nasional) adalah Kabupaten Kupang (82,0%); dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah Kabupaten Flores Timur (51,0%).

Data pada tabel 3.2.4.3 berikut menunjukkan bahwa prevalensi RT yang konsumsi energi “rendah” (di bawah angka rerata nasional) di perkotaan lebih tinggi dari RT di pedesaan. Sebaliknya prevalensi RT yang konsumsi protein “rendah” (di bawah angka rerata nasional)

di pedesaan lebih tinggi dari pada di perkotaan. Menurut kuintil pengeluaran RT, semakin tinggi kuintil pengeluaran RT semakin rendah prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein di bawah angka rerata nasional.

Tabel 3.7.4.3
Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Karakteristik, di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskedas 2008

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Tipe Daerah		
Perkotaan	55,4	60,9
Perdesaan	46,9	66,5
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan		
Kuintil – 1	57,1	75,3
Kuintil – 2	51,7	69,6
Kuintil – 3	46,4	67,3
Kuintil – 4	47,1	63,6
Kuintil – 5	39,3	51,5

Berdasarkan angka rerata konsumsi energi dan protein Nasional (1735,5 kkal dan 55,5 gram) dari data Riskedas 2007- 2008

Tabel 3.2.4.4
Prevalensi Konsumsi Energi Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita, di Provinsi NTT, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Kuintil -1	Kuintil -2	Kuintil -3	Kuintil -4	Kuintil -5
Sumba Barat	48,4	47,4	55,2	58,9	33,2
Sumba Timur	58,4	49,2	54,4	46,9	46,6
Kupang	59,3	64,8	55,7	46,5	39,0
Timor Tengah Selatan	48,5	44,3	38,5	38,8	38,8
Timor Tengah Utara	65,6	56,5	51,6	38,6	53,4
Belu	62,1	54,0	64,3	65,2	41,6
Alor	86,7	76,2	62,9	65,8	56,6
Lembata	57,1	52,2	55,6	54,8	29,2
Flores Timur	40,3	66,4	37,3	41,5	38,0
Sikka	59,5	51,4	44,0	44,3	37,0
Ende	45,2	44,4	36,6	52,7	39,1
Ngada	43,6	26,8	28,6	24,6	24,3
Manggarai	57,1	32,6	21,5	27,3	24,4
Rote Ndao	49,3	53,8	44,7	42,8	26,4
Manggarai Barat	52,4	42,6	45,7	44,5	40,6
Kota Kupang	73,1	72,1	67,6	76,6	55,5
NTT	57,1	51,7	46,4	47,1	39,3

Berdasarkan angka rerata konsumsi energi dari data Riskedas 2007

Tabel 3.8
Prevalensi Konsumsi Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional
Menurut Kabupaten/Kota dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita,
di Provinsi NTT, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Kuintil -1	Kuintil -2	Kuintil -3	Kuintil -4	Kuintil -5
Sumba Barat	77,9	69,1	75,5	80,0	48,1
Sumba Timur	68,8	65,1	70,8	63,3	55,0
Kupang	85,1	85,2	84,1	84,1	69,9
Timor Tengah Selatan	68,6	65,3	63,0	60,7	58,0
Timor Tengah Utara	83,6	72,6	71,0	66,7	67,2
Belu	86,1	70,2	82,5	77,1	58,9
Alor	94,0	84,9	73,4	79,0	61,8
Lembata	76,2	71,6	66,4	61,8	43,2
Flores Timur	53,7	73,0	50,3	34,5	35,7
Sikka	69,6	60,8	62,7	46,8	33,9
Ende	63,3	57,6	61,2	66,8	44,0
Ngada	72,7	55,4	62,5	57,9	42,5
Manggarai	78,6	66,0	54,9	52,7	45,9
Rote Ndao	76,6	79,6	73,6	70,6	36,6
Manggarai Barat	70,9	69,3	68,6	56,5	48,1
Kota Kupang	79,0	69,9	65,8	66,8	44,0
NTT	75,3	69,6	67,3	63,6	51,5

Data pada tabel 3.2.4.6. menunjukkan bahwa di 3 kabupaten/kota yaitu kabupaten prevalensi RT yang konsumsi energi dibawah angka rerata nasional, di perkotaan lebih tinggi dari pada di pedesaan.

Tabel 3.9
Prevalensi Konsumsi Energi Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional
Menurut Kabupaten/Kota dan Tipe Daerah, di Provinsi NTT, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Perkotaan	Perdesaan
Sumba Barat	50,0	49,0
Sumba Timur	54,5	51,3
Kupang	28,6	54,2
Timor Tengah Selatan	54,3	41,0
Timor Tengah Utara	50,0	53,3
Belu	44,1	61,2
Alor	68,1	69,1
Lembata	35,7	51,0
Flores Timur	38,5	45,6
Sikka	41,8	48,3
Ende	48,3	41,5
Ngada	33,9	31,2
Manggarai	30,8	32,6
Rote Ndao	40,8	43,6
Manggarai Barat	70,0	42,5
Kota Kupang	69,8	61,3
NTT	55,4	46,9

Data pada tabel 3.2.4.7 menunjukkan bahwa di semua kabupaten prevalensi RT yang konsumsi protein dibawah angka rerata nasional di pedesaan lebih tinggi dari pada di perkotaan.

Tabel 3.10
Prevalensi Konsumsi Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional
Menurut Kabupaten/Kota dan Tipe Daerah, di Provinsi NTT, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Perkotaan	Perdesaan
Sumba Barat	63,3	71,0
Sumba Timur	56,4	66,1
Kupang	71,4	82,6
Timor Tengah Selatan	74,3	62,5
Timor Tengah Utara	75,0	72,3
Belu	62,7	78,5
Alor	68,1	80,2
Lembata	53,6	65,0
Flores Timur	26,2	54,1
Sikka	36,7	58,3
Ende	65,7	57,3
Ngada	55,9	57,9
Manggarai	50,0	60,5
Rote Ndao	37,0	68,8
Manggarai Barat	60,0	61,2
Kota Kupang	65,9	58,1
NTT	60,9	66,5

3.2.5 Konsumsi Garam Beriodium

Prevalensi konsumsi garam beriodium Riskesdas 2007 diperoleh dari hasil isian pada kuesioner Blok II No 7 yang diisi dari hasil tes cepat garam iodine. 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 iodine (≥ 30 ppm KIO_3)" bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu tua; mempunyai "garam tidak cukup iodine (< 30 ppm KIO_3)" bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu muda; dan dinyatakan mempunyai "garam tidak ada iodine" bila hasil tes cepat garam di rumah-tangga tidak berwarna.

Tabel 3.2.5.1
Persentase Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Mengandung Cukup Iodine
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Cukup Iodine (%)
Sumba Barat	37.9
Sumba Timur	33.9
Kupang	17.6
Timor Tengah Selatan	18.0
Timor Tengah Utara	32.3
Belu	43.2
Alor	76.1
Lembata	21.9
Flores Timur	11.8
Sikka	33.8
Ende	26.3
Ngada	25.3
Manggarai	19.3
Rote Ndao	11.1
Manggarai Barat	26.8
Kota Kupang	73.2
NTT	31.0

Tabel 3.2.5.1 menunjukkan konsumsi garam beriodine di rumah tangga menurut kabupaten/kota. Secara keseluruhan, baru 31% rumah tangga di Provinsi NTT mengonsumsi garam cukup iodine, Persentase ini lebih rendah dari angka nasional (62%). Pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 maupun target ICCIDD/UNICEF/WHO *Universal Salt Iodization* (USI) atau "garam beriodine untuk semua" yaitu minimal 90% rumah-tangga menggunakan garam cukup iodine. Berturut-turut Kabupaten Rote Ndao, Flores Timur dan Kupang menunjukkan Persentase yang rendah dalam konsumsi garam beriodine cukup.

Tabel 3.2.5.2
Persentase Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Cukup Iodium
Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Cukup Iodium (%)
Pendidikan Kepala Keluarga	
Tidak Tamat SD & Tidak Sekolah	19,6
Tamat SD	24,8
Tamat SLTP	35,8
Tamat SLTA	57,6
Tamat PT	70,8
Pekerjaan Kepala Keluarga	
Tidak Bekerja/Sekolah/Ibu Rumah Tangga	32,5
TNI/Polri/PNS/BUMN	65,8
Pegawai Swasta	58,5
Wiraswasta/Pedagang/Pelayanan Jasa	58,6
Petani/Nelayan	21,4
Buruh/Lainnya	43,7
Tipe daerah	
Perkotaan	65,0
Perdesaan	23,7
Tingkat Pengeluaran per Kapita	
Kuintil 1	26,2
Kuintil 2	27,5
Kuintil 3	27,7
Kuintil 4	30,1
Kuintil 5	44,4

Tabel 3.2.5.2 menunjukkan kecukupan konsumsi garam beriodium menurut karakteristik rumah tangga. Semakin tinggi tingkat pendidikan Kepala Keluarga, maka semakin tinggi persentase rumah tangga mengonsumsi garam cukup iodium. Bila dilihat dari jenis pekerjaan Kepala RT, maka tampak mereka yang bekerja sebagai TNI/PLRI/PNS/BUMN, pegawai swasta, dan wiraswasta/pedagang mempunyai persentase lebih tinggi dalam mengonsumsi garam cukup iodium. Bila dilihat berdasarkan tipe daerah tempat tinggal, mereka yang tinggal di perkotaan persentasenya lebih tinggi dibanding dengan mereka yang tinggal di perdesaan. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran rumah tangga, maka semakin tinggi kuintil tingkat pengeluaran per kapita semakin tinggi persentase rumah tangga yang mengonsumsi garam cukup iodium.

3.3 Kesehatan Ibu Dan Anak

3.3.1 Status Imunisasi

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

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

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

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

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

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

Kabupaten/Kota	Jenis Imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Sumba Barat	91,6	70,1	66,7	58,3	88,3
Sumba Timur	80,7	56,0	44,8	37,7	82,2
Kupang	74,5	52,1	37,4	33,3	77,1
Timor Tengah Selatan	83,0	68,2	65,2	59,0	88,7
Timor Tengah Utara	96,3	79,2	69,9	73,1	94,2
Belu	93,4	73,1	65,4	59,0	93,7
Alor	59,4	38,4	28,8	22,3	54,1
Lembata	95,4	83,9	80,2	80,0	95,4
Flores Timur	94,4	82,2	84,4	78,5	95,9
Sikka	97,7	92,7	84,1	81,6	96,9
Ende	97,1	76,4	72,7	71,5	90,4
Ngada	99,2	95,8	93,3	80,5	97,5
Manggarai	77,1	63,0	59,5	36,9	75,5
Rote Ndao	59,1	34,3	23,0	13,7	97,5
Manggarai Barat	95,1	83,0	77,9	75,9	96,0
Kota Kupang	94,0	72,6	60,3	62,4	93,3
NTT	85,9	69,4	63,0	55,8	86,0

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 Nusa Tenggara Timur untuk BCG 83,9%, polio3 64,8%, DPT3 60,9%, HB3 54,3%, campak 81,6%

Tabel 3.3.1.1 menggambarkan cakupan 5 imunisasi dasar menurut kabupaten/kota. Cakupan imunisasi BCG di Provinsi NTT sebesar 85,9%, tertinggi di Kabupaten Ngada (99.2%), terendah di Kabupaten Rote Ndao (59.1%). Cakupan imunisasi Polio 3 (Polio lengkap) mencapai 69.4%, tertinggi di Kabupaten Ngada (95.8%), terendah di Kabupaten Rote Ndao (34.3%). Cakupan imunisasi DPT3 (DPT lengkap) mencapai 63.0%, tertinggi di Kabupaten Ngada (93.3%), terendah di Kabupaten Rote Ndao (23.0%). Cakupan imunisasi HB3 (Hepatitis B Lengkap) mencapai 55,8% tertinggi di Kabupaten Sikka (81.6%), terendah di Kabupaten Rote Ndao (13.7%). Selanjutnya, cakupan imunisasi Campak mencapai 86,0%, tertinggi di Kabupaten Ngada dan Rote Ndao (97,5%), terendah di Kabupaten Alor (54,1%).

Tabel 3.3.1.2
Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Balita Menurut Umur,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Umur (Bulan)	Jenis Imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT	HB 3	Campak
12 – 23	83,9	64,8	60,9	54,3	81,6
24 – 35	87,3	71,0	63,3	56,9	88,5
36 – 47	87,9	71,8	63,1	57,0	88,4
48 – 59	85,0	70,2	64,6	55,8	85,6
Total	86,1	69,6	63,0	56,0	86,1

Tabel 3.3.1.2 menggambarkan cakupan 5 imunisasi dasar lengkap menurut kelompok umur balita. Bila dilihat menurut kelompok umur balita, maka tampak tidak ada perbedaan yang nyata antara cakupan imunisasi BCG, Polio3, DPT, HB3 dan Campak bagi keempat jenis kelompok umur balita, yakni 12-23 bulan, 24-35 bulan, 36-47 bulan, dan 48-59 bulan. Pola ini bisa dipahami, karena kelulusan imunisasi lengkap balita adalah pada umur 9 bulan.

Tabel 3.11
Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan
Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Tipe Daerah					
Perkotaan	95,1	79,4	70,3	64,3	92,3
Perdesaan	84,4	67,8	61,7	54,6	84,9
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	86,6	70,4	63,7	57,1	86,9
Perempuan	85,5	68,6	62,3	54,9	85,3
Pendidikan KK					
Tidak Sekolah	79,0	59,1	53,1	43,9	75,5
SD Tidak Tamat	80,8	64,9	56,6	51,7	81,0
SD Tamat	83,9	67,5	63,7	53,4	84,0
SMP Tamat	89,2	76,6	70,8	67,5	90,6
SLTA Tamat	90,2	76,2	66,9	64,2	91,3
SLTA+	92,6	75,0	69,0	55,7	92,6
Pekerjaan KK					
Tidak Bekerja	70,3	50,8	36,7	30,5	79,3
Ibu Rumah Tangga	86,5	65,8	63,9	69,4	80,6
PNS/Polri/TNI	91,7	75,1	66,6	59,3	90,3
Wiraswasta/Swasta	90,9	75,9	63,7	62,0	89,3
Petani/Buruh/Nelayan	83,4	67,7	62,7	54,4	83,9
Lainnya	84,6	68,7	62,6	55,2	84,9
Pengeluaran per Kapita per Bulan					
Kuintil-1	86,0	71,7	63,8	57,2	85,1
Kuintil-2	83,6	69,7	61,2	57,8	84,3
Kuintil-3	86,4	67,7	62,2	53,1	85,4
Kuintil-4	86,8	65,4	60,3	52,9	87,4
Kuintil-5	88,0	74,1	69,1	59,8	88,5

Tabel 3.3.1.3 menggambarkan cakupan Imunisasi Dasar anak umur 12-59 bulan menurut karakteristik latar belakang. Tampak bahwa untuk semua jenis imunisasi Persentase kelengkapan imunisasi dari balita yang tinggal di perkotaan lebih tinggi dibanding balita yang tinggal di pedesaan. Tidak ada perbedaan yang berarti antar jenis kelamin. Semakin tinggi tingkat pendidikan KK ada kecenderungan semakin tinggi Persentase kelengkapan imunisasi BCG, Polio3, DPT3 dan campak. namun tidak dengan HB3. Namun demikian. tidak nampak perbedaan yang nyata antar tingkat pengeluaran per kapita per bulan.

Tabel 3.3.1.4
Persentase Cakupan Imunisasi Lengkap Anak Umur 12-59 Bulan
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Imunisasi Lengkap		
	Lengkap	Tdk Lengkap	Tidak Sama Sekali
Sumba Barat	41,3	56,9	1,8
Sumba Timur	19,9	68,9	11,2
Kupang	23,7	65,1	11,2
Timor Tengah Selatan	37,0	57,6	5,4
Timor Tengah Utara	50,5	47,5	2,0
Belu	47,9	49,7	2,3
Alor	11,9	58,0	30,1
Lembata	66,3	31,5	2,2
Flores Timur	55,9	41,8	2,4
Sikka	73,8	25,9	,4
Ende	54,6	42,6	2,7
Ngada	70,7	28,5	0,8
Manggarai	24,8	56,5	18,7
Rote Ndao	7,2	73,0	19,8
Manggarai Barat	58,5	39,7	1,7
Kota Kupang	43,5	52,2	4,3
NTT	40,7	51,4	7,9

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 Nusa Tenggara Timur untuk lengkap 41,6%, tidak lengkap 48,5% dan tidak sama sekali 9,9%.

Tabel 3.3.1.4 menggambarkan Persentase cakupan imunisasi lengkap anak umur 12-59 bulan menurut kabupaten/kota. Terlihat bahwa secara umum imunisasi lengkap di Provinsi NTT adalah sebesar 40,7%. Kabupaten dengan Persentase tertinggi adalah Kabupaten Sikka (73,8%), terendah adalah Kabupaten Rote Ndao (7,2%).

Tabel 3.12.1.5
Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Balita Umur 12-59 Bulan
Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Status Imunisasi		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Sama Sekali
Tipe Daerah			
Perkotaan	49,3	48,1	2,6
Perdesaan	39,4	51,7	8,9
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	42,0	50,7	7,3
Perempuan	39,6	51,7	8,6
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	26,9	59,4	13,7
SD Tidak Tamat	36,6	52,0	11,4
SD Tamat	38,2	51,4	10,4
SMP Tamat	49,5	46,2	4,3
SLTA Tamat	48,7	46,7	4,6
SLTA+	40,4	57,4	2,1
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	20,9	67,2	11,9
Ibu Rumah Tangga	50,0	39,5	10,5
PNS/Polri/TNI	43,9	52,8	3,3
Wiraswasta/Swasta	48,9	44,7	6,4
Petani/Buruh/Nelayan	38,4	51,6	9,9
Lainnya	39,6	51,4	9,0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita Per Bulan			
Kuintil-1	40,5	52,4	7,1
Kuintil-2	42,0	47,8	10,2
Kuintil-3	40,0	52,2	7,8
Kuintil-4	35,2	58,4	6,4
Kuintil-5	47,5	44,0	8,4

Tabel 3.3.1.5 memberikan gambaran persentase cakupan imunisasi dasar anak balita umur 12-59 bulan menurut karakteristik latar belakang. Balita yang tinggal di perkotaan Persentase imunisasi lengkapnya lebih tinggi dari pada yang tinggal di pedesaan. Tidak ada perbedaan yang nyata antar jenis kelamin. Semakin tinggi tingkat pendidikan KK ada kecenderungan semakin tinggi Persentase imunisasi lengkapnya. Tidak tampak perbedaan yang nyata antara kelengkapan imunisasi balita dengan jenis pekerjaan KK, kecuali pada kelompok tidak bekerja. Juga tidak terdapat pola yang jelas dalam kelengkapan imunisasi balita antar kuintil pengeluaran per kapita per bulan.

3.3.2 Pemantauan Pertumbuhan Balita

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

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

Tabel 3.3.2.1
Persentase Penimbangan Enam Bulan Terakhir Anak 6-59 Bulan
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
	Tdk Pernah	1-3 Kali	≥ 4 Kali
Sumba Barat	8,7	12,6	78,6
Sumba Timur	24,9	28,0	47,1
Kupang	19,4	10,6	70,0
Timor Tengah Selatan	6,8	11,3	81,8
Timor Tengah Utara	7,8	8,2	84,0
Belu	7,5	18,0	74,5
Alor	29,3	29,3	41,4
Lembata	3,0	3,0	93,9
Flores Timur	7,3	6,8	85,9
Sikka	9,0	5,0	86,0
Ende	14,8	19,1	66,0
Ngada	15,7	20,9	63,5
Manggarai	39,6	14,5	45,8
Rote Ndao	5,2	16,3	78,5
Manggarai Barat	12,6	23,1	64,3
Kota Kupang	11,7	20,4	67,9
NTT	15,6	15,0	69,4

Tabel 3.3.2.1 memberikan gambaran persentase penimbangan enam bulan terakhir anak usia 6-59 bulan menurut Kabupaten/Kota. Secara umum Persentase penimbangan ≥ 4 kali dalam enam bulan terakhir adalah 69.4%. Kabupaten dengan Persentase penimbangan ≥ 4 kali dalam enam bulan terakhir tertinggi adalah Kabupaten Lembata (93.9%). terendah adalah Kabupaten Alor (41.4%).

Tabel 3.3.2.2
Persentase Penimbangan Enam Bulan Terakhir Anak 6-59 Bulan,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
	Tdk Pernah	1-3 Kali	≥ 4 Kali
Tipe Daerah			
Perkotaan	21,2	20,5	58,2
Perdesaan	14,4	14,0	71,5
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	13,9	14,5	71,6
Perempuan	17,2	15,6	67,1
Umur			
6 – 11 Bulan	17,8	60,4	21,8
12 – 23 Bulan	5,9	15,2	78,9
24 – 35 Bulan	10,9	11,7	77,4
36 – 47 Bulan	16,6	13,2	70,2
48 – 59 Bulan	15,6	13,9	70,5
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	27,5	11,5	61,0
SD Tidak Tamat	18,1	15,2	66,7
SD Tamat	17,0	14,2	68,8
SMP Tamat	10,1	17,1	72,8
SLTA Tamat	14,1	15,0	70,9
SLTA+	14,1	14,1	71,9
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	15,9	17,5	66,7
Ibu Rumah Tangga	26,8	12,2	61,0
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	17,1	13,4	69,5
Wiraswasta/Pegawai Swasta	16,6	16,6	66,8
Petani/Buruh/Nelayan	16,2	14,4	69,4
Lainnya	16,5	14,5	69,0
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	14,6	12,4	73,0
Kuintil-2	14,5	13,3	72,3
Kuintil-3	15,9	13,9	70,2
Kuintil-4	16,9	19,4	63,7
Kuintil-5	16,9	17,5	65,6

Tabel 3.3.2.2 menggambarkan Persentase penimbangan enam bulan terakhir anak 6-59 bulan menurut latar belakang. Tampak bahwa balita yang tinggal di pedesaan Persentase ditimbang ≥ 4 kali dalam enam bulan terakhir lebih tinggi dibanding dengan balita perkotaan. Tidak tampak perbedaan yang nyata antar jenis kelamin. Tampak ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan KK maka semakin tinggi Persentasenya untuk ditimbang ≥ 4 kali dalam enam bulan terakhir. Tidak tampak pola yang nyata antar jenis pekerjaan KK. Juga tampak tidak terdapat perbedaan yang nyata antar kuintil pengeluaran per kapita per bulan.

Tabel 3.3.2.3
Persentase Tempat Penimbangan Anak Paling Sering dalam 6 Bulan
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Penimbangan Anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Sumba Barat	1,0	4,8	6,7	86,7	1,0
Sumba Timur	1,4	7,8	2,8	84,4	3,5
Kupang	0,7	1,1	3,5	94,7	0,0
Timor Tengah Selatan	0,0	2,6	0,9	96,0	0,4
Timor Tengah Utara	0,8	0,4	0,0	98,3	0,4
Belu	2,1	1,3	2,4	92,6	1,6
Alor	3,0	12,1	3,0	81,8	0,0
Lembata	1,0	0,0	0,0	97,0	2,0
Flores Timur	1,7	1,7	3,4	89,2	4,0
Sikka	0,5	7,6	4,7	84,8	2,4
Ende	0,6	12,2	2,8	83,9	0,6
Ngada	2,0	8,2	7,1	80,6	2,0
Manggarai	2,7	8,7	0,7	86,0	2,0
Rote Ndao	0,8	1,6	0,0	96,9	0,8
Manggarai Barat	1,3	13,7	4,0	80,5	0,4
Kota Kupang	4,5	7,3	0,0	84,3	3,9
NTT	1,4	5,1	2,3	89,9	1,4

Tabel 3.3.2.3 memberikan gambaran tentang persentase tempat penimbangan anak paling sering dalam 6 bulan menurut Kabupaten/Kota. Secara umum terlihat bahwa posyandu adalah tempat utama untuk penimbangan balita (89.9%), disusul oleh puskesmas (5.1%) dan polindes (2.3%).

Tabel 3.3.2.4
Persentase Tempat Penimbangan Anak Paling Sering dalam 6 Bulan,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Penimbangan Anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Tipe Daerah					
Perkotaan	3,8	5,3	1,3	86,8	2,8
Perdesaan	1,0	5,1	2,5	90,3	1,2
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	1,1	4,7	2,2	90,4	1,6
Perempuan	1,7	5,6	2,4	89,1	1,2
Umur					
0 – 5 Bulan	3,0	7,3	1,8	83,0	4,8
6 – 11 Bulan	0,9	1,8	1,8	93,7	1,8
12 – 23 Bulan	1,3	4,8	2,6	90,1	1,2
24 – 35 Bulan	1,7	6,0	2,0	89,5	0,8
36 – 47 Bulan	1,5	5,7	3,1	88,5	1,2
48 – 59 Bulan	0,9	4,6	1,6	91,4	1,5
Pendidikan KK					
Tidak Sekolah	1,3	7,5	3,8	86,3	1,3
SD Tidak Tamat	1,4	6,1	3,5	87,7	1,4
SD Tamat	0,6	4,3	2,0	91,9	1,1
SMP Tamat	1,3	6,6	2,4	89,1	0,5
SLTA Tamat	2,2	5,4	1,2	90,5	0,7
SLTA+	4,3	6,9	0,0	81,9	6,9
Pekerjaan KK					
Tidak Bekerja	5,5	10,9	0,0	76,4	7,3
Ibu Rumah tangga	0,0	0,0	3,2	93,5	3,2
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	3,9	5,7	0,7	86,8	2,8
Wiraswasta/ Pegawai Swasta	1,6	5,4	0,5	90,3	2,2
Petani/ Buruh/ Nelayan	0,8	5,4	2,8	90,3	0,7
Lainnya					
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan					
Kuintil-1	1,0	4,6	1,5	91,2	1,7
Kuintil-2	0,5	4,5	2,7	90,3	1,9
Kuintil-3	1,4	6,3	2,8	88,9	0,6
Kuintil-4	1,2	5,3	2,1	90,4	0,9
Kuintil-5	2,5	5,1	2,3	87,8	2,3

Tabel 3.3.2.4 memberikan gambaran tentang persentase tempat penimbangan anak paling sering dalam 6 bulan menurut latar belakang. Terlihat tidak terdapat perbedaan tempat penimbangan anak menurut karakteristik, sebagian besar penimbangan dilaksanakan di posyandu. Tidak ada perbedaan yang nyata Persentase tempat penimbangan antara pedesaan dan perkotaan. antar kelompok umur, antar tingkat pendidikan KK, antar jenis pekerjaan KK, dan antar kuintil pengeluaran per kapita per bulan.

Tabel 3.3.2.5 memberikan gambaran tentang persentase anak 6-59 bulan yang mempunyai KMS menurut Kabupaten/Kota. Secara umum kepemilikan KMS balita di Provinsi NTT adalah sebesar 74,1% dimana 19,0% punya KMS dan dapat menunjukkan dan 55,1% punya KMS tetapi tidak dapat menunjukkan.

Tabel 3.3.2.5
Persentase Anak 6-59 Bulan Yang Mempunyai KMS Menurut
Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Sumba Barat	20,8	53,8	25,4
Sumba Timur	5,4	74,1	20,5
Kupang	14,4	59,6	26,1
Timor Tengah Selatan	14,5	61,3	24,2
Timor Tengah Utara	28,9	53,2	17,9
Belu	11,7	53,9	34,4
Alor	18,3	43,3	38,3
Lembata	34,0	56,6	9,4
Flores Timur	23,6	67,7	8,7
Sikka	28,5	49,8	21,7
Ende	23,5	56,6	19,9
Ngada	24,1	67,9	8,0
Manggarai	11,5	52,8	35,7
Rote Ndao	7,3	29,9	62,8
Manggarai Barat	41,5	38,1	20,4
Kota Kupang	25,9	62,5	11,6
NTT	19,0	55,1	25,9

* Catatan :

1 = Punya KMS dan dapat menunjukkan

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

3 = Tidak punya KMS

Tabel 3.3.2.6
Persentase Anak 6-59 Bulan yang Mempunyai KMS Menurut Karakteristik,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Tipe Daerah			
Perkotaan	24,9	60,7	14,4
Perdesaan	18,1	54,4	27,4
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	18,6	56,2	25,2
Perempuan	19,7	54,5	25,8
Umur			
6 – 11 Bulan	26,8	31,9	41,3
12 – 23 Bulan	27,5	49,6	23,0
24 – 35 Bulan	21,3	50,9	27,8
36 – 47 Bulan	20,6	55,9	23,4
48 – 59 Bulan	18,0	60,0	22,0
Pendidikan KK	13,2	60,6	26,2
Tidak Sekolah			
SD Tidak Tamat	15,2	53,3	31,5
SD Tamat	16,3	54,2	29,5
SMP Tamat	20,8	53,6	25,5
SLTA Tamat	27,7	54,2	18,1
SLTA+	20,8	61,7	17,5
Pekerjaan KK	19,9	62,8	17,3
Tidak Bekerja			
Ibu Rumah Tangga	28,6	41,4	30,0
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	17,1	68,3	14,6
Wiraswasta/Pegawai Swasta	19,0	63,5	17,4
Petani/ Buruh/ Nelayan	24,9	54,9	20,2
Lainnya	19,7	54,3	26,0
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	18,8	58,4	22,8
Kuintil-2	17,4	52,6	30,0
Kuintil-3	19,2	54,8	26,1
Kuintil-4	18,8	56,5	24,8
Kuintil-5	22,5	55,5	22,0

* Catatan :

1 = Punya KMS dan dapat menunjukkan

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

3 = Tidak punya KMS

Tabel 3.3.2.6 memberikan gambaran tentang persentase anak 6-59 bulan yang mempunyai KMS menurut karakteristik. Terlihat bahwa Persentase kepemilikan KMS balita perkotaan lebih tinggi dari pada balita pedesaan. Tidak terdapat perbedaan yang nyata antar jenis kelamin dan antar kelompok umur. Untuk pendidikan SD s/d SLTA tampak bahwa Persentase kepemilikan KMSnya lebih tinggi dibanding kelompok pendidikan lainnya. Bila dilihat menurut jenis pekerjaan tidak terdapat pola yang jelas antar jenis pekerjaan. Demikian juga bila dilihat menurut kuintil tingkat pengeluaran per kapita per bulan.

Tabel 3.3.2.7
Persentase Anak 6-59 Bulan yang Mempunyai Buku KIA
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Sumba Barat	3.9	22.7	73.4
Sumba Timur	0.0	23.9	76.1
Kupang	5.6	23.9	70.5
Timor Tengah Selatan	1.7	9.5	88.8
Timor Tengah Utara	9.5	10.6	79.9
Belu	0.6	15.8	83.5
Alor	4.5	25.1	70.4
Lembata	25.7	42.9	31.4
Flores Timur	15.8	32.6	51.6
Sikka	14.0	25.5	60.4
Ende	3.5	19.5	77.0
Ngada	5.1	27.2	67.6
Manggarai	3.0	17.4	79.6
Rote Ndao	8.0	7.2	84.8
Manggarai Barat	3.0	3.4	93.6
Kota Kupang	5.2	18.1	76.7
NTT	5.2	18.2	76.6

* Catatan :

1 = Punya KMS dan dapat menunjukkan

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

3 = Tidak punya KMS

Tabel 3.3.2.7 memberikan gambaran tentang persentase anak 6-59 bulan yang mempunyai buku KIA menurut Kabupaten/Kota. Secara umum kepemilikan buku KIA di Prov NTT adalah sebesar 23.4% dimana 5.2% mempunyai buku KIA dan dapat menunjukkan dan 18.2% mempunyai buku KIA dan tidak dapat menunjukkan.

Tabel 3.3.2.8
Persentase Anak 6-59 Bulan yang Mempunyai Buku KIA Menurut
Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Tipe Daerah			
Perkotaan	5.1	23.2	71.8
Perdesaan	5.3	17.3	77.4
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	5.6	18.3	76.1
Perempuan	5.0	18.0	77.0
Umur			
0 – 5 Bulan	9.4	16.0	74.5
6 – 11 Bulan	10.2	15.0	74.8
12 – 23 Bulan	7.3	18.1	74.6
24 – 35 Bulan	4.8	17.8	77.3
36 – 47 Bulan	3.5	19.4	77.1
48 – 59 Bulan	3.4	18.7	77.8
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	2.0	14.5	83.5
SD Tidak Tamat	7.2	18.1	74.6
SD Tamat	4.6	17.6	77.8
SMP Tamat	7.3	19.3	73.4
SLTA Tamat	7.3	22.3	70.4
SLTA+	5.8	17.9	76.3
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	14.3	17.1	68.6
Ibu Rumah Tangga	14.3	21.4	64.3
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	6.7	23.6	69.7
Wiraswasta/Pegawai Swasta	9.4	20.9	69.7
Petani/Buruh/Nelayan	5.1	17.6	77.4
Lainnya			
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan	5.4	17.7	76.9
Kuintil-1	5.9	16.3	77.8
Kuintil-2	4.4	19.1	76.4
Kuintil-3	4.3	16.7	79.0
Kuintil-4	6.2	21.9	71.9
Kuintil-5	5.3	18.1	76.6

* Catatan :

1 = Punya Buku KIA dan dapat menunjukkan

2 = Punya Buku KIA, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain

3 = Tidak punya Buku KIA

Tabel 3.3.2.8 memberikan gambaran tentang persentase anak 6-59 bulan yang mempunyai buku KIA menurut karakteristik. Tidak terdapat perbedaan yang nyata dalam kepemilikan buku KIA antar balita yang tinggal di perkotaan dan pedesaan dan juga antar jenis kelamin. Namun bila dilihat menurut kelompok umur, semakin muda usia balita Persentase

kepemilikan buku KIAnya semakin naik. KK dengan tingkat pendidikan SD sd SLTA kepemilikan buku KIAnya relatif lebih tinggi dibanding kelompok pendidikan lainnya. KK sebagai ibu RT dan tidak bekerja kepemilikan buku KIA-nya relatif lebih tinggi dibanding dengan kelompok pekerjaan lainnya. Namun bila dilihat menurut kuintil terlihat tidak terdapat pola yang jelas antar kuintil terkait kepemilikan buku KIA.

3.3.3 Distribusi Kapsul Vitamin A

Tabel 3.3.3.1
Persentase Cakupan Kapsul Vitamin A Pada Anak 6-59 Bulan
Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Menerima Kapsul Vitamin A	Tidak Menerima Kapsul Vitamin A
Sumba Barat	73,4	26,6
Sumba Timur	66,0	34,0
Kupang	67,7	32,3
Timor Tengah Selatan	87,6	12,4
Timor Tengah Utara	84,1	15,9
Belu	86,8	13,2
Alor	50,9	49,1
Lembata	85,7	14,3
Flores Timur	79,6	20,4
Sikka	90,0	10,0
Ende	69,8	30,2
Ngada	69,7	30,3
Manggarai	59,1	40,9
Rote Ndao	79,4	20,6
Manggarai Barat	74,6	25,4
Kota Kupang	66,7	33,3
NTT	74,2	25,7

Tabel 3.3.3.1 memberikan gambaran tentang persentase cakupan kapsul vitamin A pada anak 6-59 bulan menurut Kabupaten/Kota. Secara umum cakupan kapsul vitamin A di Provinsi NTT adalah 74.2%. Kabupaten dengan cakupan kapsul vitamin A tertinggi adalah Kabupaten Sikka (90.0%), dan terendah adalah Kabupaten Alor (50.9%).

Tabel 3.3.3.2 memberikan gambaran tentang persentase cakupan kapsul vitamin A pada anak 6-59 bulan menurut karakteristik. Terlihat bahwa balita yang tinggal di pedesaan Persentase mendapat kapsul Vitamin A lebih tinggi dibanding dengan balita perkotaan. Tidak terdapat perbedaan yang nyata antar jenis kelamin, pendidikan KK, tingkat pengeluaran per kapita per bulan, dan jenis pekerjaan.

Tabel 3.3.3.2
Persentase Cakupan Kapsul Vitamin A pada Anak 6-59 Bulan
Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Menerima Kapsul Vitamin A	Tidak Menerima Kapsul Vitamin A
Tipe Daerah		
Perkotaan	69,7	30,3
Perdesaan	75,1	24,9
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	76,2	23,8
Perempuan	72,3	27,7
Umur		
6 – 11 Bulan	67,4	32,6
12 – 23 Bulan	77,6	22,4
24 – 35 Bulan	74,7	25,3
36 – 47 Bulan	75,9	24,1
48 – 59 Bulan	70,8	29,2
Pendidikan KK		
Tidak Sekolah	67,5	32,5
SD Tidak Tamat	70,2	29,8
SD Tamat	72,2	27,8
SMP Tamat	76,4	23,6
SLTA Tamat	75,9	24,1
SLTA+	71,6	28,4
Pekerjaan KK		
Tidak Bekerja	75,0	25,0
Ibu Rumah Tangga	65,9	34,1
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	72,1	27,9
Wiraswasta/Pegawai Swasta	70,5	29,5
Petani/ Buruh/ Nelayan	73,0	27,0
Lainnya		
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	75,6	24,4
Kuintil-2	73,4	26,6
Kuintil-3	74,8	25,2
Kuintil-4	74,2	25,8
Kuintil-5	73,3	26,7

3.3.4 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Bayi

Tabel 3.3.4.1 menggambarkan persentase berat bayi lahir menurut persepsi ibu menurut Kabupaten/Kota. Secara umum prevalensi BB Lahir Normal menurut persepsi ibu adalah sebesar 59.4% kecil sebesar 21.0% dan besar 19.6%. Prevalensi BB lahir kecil tertinggi ada di Kabupaten Kupang (38.5%) terendah di Kota Kupang Sumba Timur, Lembata, dan Flores Timur (0%).

Tabel 3.3.4.1
Persentase Berat Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	BB Lahir Menurut Persepsi Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Sumba Barat	10,0	70,0	20,0
Sumba Timur	0,0	100,0	0,0
Kupang	38,5	50,0	11,5
Timor Tengah Selatan	27,5	52,2	20,3
Timor Tengah Utara	26,5	49,0	24,5
Belu	15,0	50,0	35,0
Alor	18,8	75,0	6,3
Lembata	0,0	83,3	16,7
Flores Timur	0,0	84,6	15,4
Sikka	10,0	90,0	0,0
Ende	25,0	59,4	15,6
Ngada	33,3	50,0	16,7
Manggarai	18,2	63,6	18,2
Rote Ndao	22,7	59,1	18,2
Manggarai Barat	23,7	65,8	10,5
Kota Kupang	0,0	61,1	38,9
NTT	21,0	59,4	19,6

Catatan :

Kecil : Sangat Kecil + Kecil

Normal : Normal

Besar : Besar + Sangat Besar

Tabel 3.3.4.2
Persentase Berat Bayi Lahir Menurut Persepsi Ibu Menurut Karakteristik
di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	BB Lahir Menurut Persepsi Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Klasifikasi Desa			
Perkotaan	16.7	61.7	21.7
Perdesaan	21.8	59.2	19.0
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	15.0	63.0	22.0
Perempuan	26.9	56.6	16.5
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	23.3	73.3	3.3
SD Tidak Tamat	26.8	60.7	12.5
SD Tamat	14.4	63.3	22.3
SMP Tamat	22.6	56.6	20.8
SLTA Tamat	26.1	56.5	17.4
SLTA+	25.0	33.3	41.7
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	50.0	50.0	0.0
Ibu Rumah Tangga	33.3	33.3	33.3
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	20.7	51.7	27.6
Wiraswasta/Pegawai Swasta	18.2	59.1	22.7
Petani/Buruh/Nelayan	20.1	62.1	17.8
Lainnya			
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	27.7	55.4	16.9
Kuintil-2	12.9	71.8	15.3
Kuintil-3	23.7	55.7	20.6
Kuintil-4	28.9	49.4	21.7
Kuintil-5	11.1	68.1	20.8

Catatan :

Kecil : Sangat Kecil + Kecil

Normal : Normal

Besar : Besar + Sangat Besar

Tabel 3.3.4.2 menggambarkan persentase berat bayi lahir menurut persepsi ibu menurut karakteristik. Bayi dengan BB lahir kecil prevalensinya lebih tinggi di pedesaan dibanding dengan di perkotaan. Bayi perempuan prevalensi BB lahir kecil prevalensinya lebih tinggi dibanding bayi laki-laki. Bila dilihat menurut tingkat pendidikan, terlihat tidak ada pola yang jelas mengenai prevalensi bayi BB lahir kecil antar tingkat pendidikan. Namun bila dilihat menurut jenis pekerjaan KK, mereka yang tidak bekerja prevalensi BB lahir kecil relatif tinggi dibanding kelompok lainnya. Selanjutnya bila dilihat menurut kuintil pendapatan, terlihat bahwa kelompok kuintil 5 prevalensi BB kecil relatif rendah, dibanding empat kelompok kuintil lainnya.

Tabel 3.3.4.3 memberikan gambaran tentang persentase cakupan pemeriksaan kehamilan menurut Kabupaten/Kota. Secara umum Persentase periksa hamil (ANC) di Provinsi NTT adalah sebesar 87.5%. Kabupaten dengan prevalensi ANC tertinggi ada di Kabupaten Sumba Timur, Kupang, Lembata, Flores Timur, Sikka, dan Ngada (100%). Kabupaten dengan prevalensi ANC terendah ada di Kabupaten Timor Tengah Selatan (69%).

Tabel 3.3.4.3
Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Periksa Hamil	Tidak Periksa Hamil
Sumba Barat	90.0	10.0
Sumba Timur	100.0	0.0
Kupang	100.0	0.0
Timor Tengah Selatan	69.0	31.0
Timor Tengah Utara	85.7	14.3
Belu	92.5	7.5
Alor	76.5	23.5
Lembata	100.0	0.0
Flores Timur	100.0	0.0
Sikka	100.0	0.0
Ende	87.5	12.5
Ngada	100.0	0.0
Manggarai	95.5	4.5
Rote Ndao	90.0	10.0
Manggarai Barat	92.1	7.9
Kota Kupang	88.2	11.8
NTT	87.5	12.5

Tabel 3.3.4.4 memberikan gambaran persentase cakupan pemeriksaan kehamilan menurut karakteristik. Bila dilihat dari aspek tempat tinggal, mereka yang tinggal di perkotaan relatif lebih tinggi Persentasenya periksa hamil dibanding dengan mereka yang tinggal di pedesaan. Semakin tinggi tingkat pendidikannya ada kecenderungan semakin tinggi Persentasenya untuk periksa hamil. Namun demikian tidak terdapat pola yang jelas Persentase periksa hamil antar jenis pekerjaan KK dan antar kuintil tingkat pengeluaran per kapita.

Tabel 3.3.4.4
Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Menurut Karakteristik,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Periksa Hamil	Tidak Periksa Hamil
Klasifikasi Desa		
Perkotaan	94.9	5.1
Perdesaan	86.8	13.2
Pendidikan KK		
Tidak Sekolah	70.0	30.0
SD Tidak Tamat	86.2	13.8
SD Tamat	86.4	13.6
SMP Tamat	84.9	15.1
SLTA Tamat	100.0	0.0
SLTA+	100.0	0.0
Pekerjaan KK		
Tidak Bekerja	100.0	0.0
Ibu Rumah Tangga	100.0	0.0
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	90.0	10.0
Wiraswasta/Pegawai Swasta	95.5	4.5
Petani/Buruh/Nelayan	85.0	15.0
Lainnya		
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	83.6	16.4
Kuintil-2	86.7	13.3
Kuintil-3	84.8	15.2
Kuintil-4	91.7	8.3
Kuintil-5	94.4	5.6

Tabel 3.3.4.5
Persentase Jenis Pelayanan pada Pemeriksaan Kehamilan
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Sumba Barat*	70,0	90,0	100,0	100,0	80,0	100,0	44,4	33,3
Sumba Timur*	100,0	100,0	,0	,0	,0	100,0	,0	,0
Kupang	61,5	92,3	76,0	100,0	80,8	92,3	50,0	50,0
Timor Tengah Selatan	51,0	67,3	30,6	79,6	59,2	95,9	18,4	12,2
Timor Tengah Utara	92,5	97,4	87,5	97,4	76,9	100,0	51,3	20,5
Belu*	62,2	86,5	83,8	100,0	100,0	100,0	60,0	25,7
Alor*	46,2	92,3	100,0	100,0	83,3	92,3	36,4	33,3
Lembata*	75,0	92,3	100,0	100,0	91,7	100,0	50,0	27,3
Flores Timur*	69,2	100,0	84,6	91,7	100,0	76,9	46,2	53,8
Sikka*	60,0	77,8	100,0	100,0	90,0	90,0	60,0	20,0
Ende	85,7	96,4	88,5	100,0	81,5	100,0	48,1	22,2
Ngada*	83,3	100,0	91,7	91,7	90,9	100,0	50,0	72,7
Manggarai	70,7	90,2	94,9	92,3	77,8	95,1	24,3	20,5
Rote Ndao*	72,2	88,9	83,3	89,5	63,2	88,9	21,1	15,8
Manggarai Barat	48,6	97,1	85,7	94,1	69,4	80,0	12,5	11,8
Kota Kupang*	60,0	100,0	93,3	93,3	78,6	93,3	28,6	31,3
NTT	67,2	89,9	80,4	94,0	78,3	94,1	37,1	25,1

***Sampel kecil**

Jenis pelayanan kesehatan :

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| a = pengukuran tinggi badan | e = pemberian imunisasi TT |
| b = pemeriksaan tekanan darah | f = penimbangan berat badan |
| c = pemeriksaan tinggi fundus (perut) | g = pemeriksaan hemoglobin |
| d = pemberian tablet Fe | h = pemeriksaan urine |

Tabel 3.3.4.5 memberikan persentase jenis pelayanan pada pemeriksaan kehamilan menurut Kabupaten/Kota. Secara umum prevalensi jenis-jenis pelayanan ANC yang diterima oleh bumil adalah. pengukuran tinggi badan 67,2%, pemeriksaan tekanan darah 89,9%, pemeriksaan tinggi fundus (perut) 80,4%, pemberian tablet Fe 94,0%, pemberian imunisasi TT 78,3%, penimbangan berat badan 94,1%, pemeriksaan hemoglobin 37,1%, dan pemeriksaan urin 25,1%.

Tabel 3.3.4.6
Persentase Jenis Pelayanan pada Pemeriksaan Kehamilan
Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Klasifikasi Desa								
Perkotaan	62,1	98,2	94,5	94,6	83,6	92,9	49,1	26,8
Perdesaan	72,1	88,7	77,7	93,9	77,3	94,4	34,8	24,8
Pendidikan KK								
Tidak Sekolah	38,1	52,4	71,4	85,7	76,2	85,7	23,8	19
SD Tidak Tamat	77,1	89,6	73,9	95,7	70,2	91,7	28,9	22,7
SD Tamat	69,5	91,6	80	91,3	74,1	93,2	30,4	20,7
SMP Tamat	73,3	93,3	73,3	95,6	80	97,8	35,6	22,2
SLTA Tamat	58,7	100	89,1	97,8	82,6	95,7	50	37
SLTA+	81,8	81,8	72,7	81,8	60	100	27,3	36,4
Pekerjaan KK								
Tidak Bekerja	100	100	100	100	100	100	33,3	66,7
Ibu Rumah tangga	66,7	100	100	100	100	100	33,3	0
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	74,1	92,6	85,2	88,5	76,9	96,2	40,7	34,6
Wiraswasta/Pegawai Swasta	61,9	90,5	81,8	90,5	76,2	95,2	38,1	38,1
Petani/Buruh/Nelayan	68	88,7	75,2	93,2	75,5	92,8	31	22
Lainnya	68,5	89,5	77,3	92,6	76,2	93,5	32,6	24,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita Per Bulan								
Kuintil-1	75	94,6	80,4	94,6	85,2	96,5	40,4	22,6
Kuintil-2	57,7	87,5	77,5	94,2	81,7	90,3	38,6	22,9
Kuintil-3	63,3	91,2	76,9	96,2	75,6	93,7	33,8	24,4
Kuintil-4	76	86,7	83,1	90,4	68,1	94,7	34,7	23
Kuintil-5	70,1	92,5	83,6	94	83,6	97,1	41,2	34,3

Jenis pelayanan kesehatan :

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| a = pengukuran tinggi badan | e = pemberian imunisasi TT |
| b = pemeriksaan tekanan darah | f = penimbangan berat badan |
| c = pemeriksaan tinggi fundus (perut) | g = pemeriksaan hemoglobin |
| d = pemberian tablet Fe | h = pemeriksaan urine |

Tabel 3.3.4.6 memberikan gambaran persentase jenis pelayanan pada pemeriksaan kehamilan menurut karakteristik. Tidak terdapat pola yang jelas antara jenis tempat tinggal dengan Persentase jenis pelayanan ANC. Tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pendidikan dengan Persentase jenis pelayanan ANC. Selanjutnya juga terlihat tidak ada pola yang jelas hubungan antara jenis pekerjaan dan tingkat pengeluaran per kapita dengan jenis pelayanan ANC yang diterima.

Tabel 3.3.4.713
Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Neonatus (KN)	
	KN-1 (0-7 Hari)	KN-2 (8-28 Hari)
Sumba Barat	60.0	70.0
Sumba Timur	0.0	0.0
Kupang	48.1	29.6
Timor Tengah Selatan	35.2	11.6
Timor Tengah Utara	43.8	36.7
Belu	53.8	35.0
Alor	35.3	23.5
Lembata	41.7	46.2
Flores Timur	23.1	38.5
Sikka	50.0	60.0
Ende	29.0	22.6
Ngada	91.7	72.7
Manggarai	34.9	38.1
Rote Ndao	55.0	30.0
Manggarai Barat	28.9	39.5
Kota Kupang	63.2	68.4
NTT	42.2	34.1

Tabel 3.3.4.7 memberikan gambaran tentang persentase cakupan pelayanan neonatal menurut kabupaten/kota. Secara umum prevalensi KN1 di Provinsi NTT adalah 42.2%. Prevalensi tertinggi ada di Kabupaten Ngada (91.7%), terendah di Kabupaten Sumba Timur (0%). Prevalensi KN2 di Provinsi NTT adalah sebesar 34.1%. Prevalensi tertinggi ada di Kabupaten Ngada, terendah di Kabupaten Sumba Timur (0%).

Tabel 3.3.4.8
Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal Menurut Karakteristik
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan Neonatus (KN)	
	KN-1 (0-7 Hari)	KN-1 (0-7 Hari)
Tipe Daerah		
Perkotaan	50.8	50.8
Perdesaan	40.9	31.0
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	48.8	38.3
Perempuan	36.2	30.0
Pendidikan KK		
Tidak Sekolah	13.3	23.3
SD Tidak Tamat	51.8	37.5
SD Tamat	36.4	34.0
SMP Tamat	50.0	32.0
SLTA Tamat	48.9	34.8
SLTA+	63.6	63.6
Pekerjaan KK		
Tidak Bekerja	66.7	66.7
Ibu Rumah Tangga	66.7	33.3
PNS/Polri/TNI/ BUMN/BUMD	42.9	41.4
Wiraswasta/ Pegawai Swasta	54.5	60.9
Petani/ Buruh/ Nelayan	38.0	30.9
Lainnya		
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	37.3	28.8
Kuintil-2	47.6	32.5
Kuintil-3	41.2	33.0
Kuintil-4	38.6	30.1
Kuintil-5	47.1	46.4

Tabel 3.3.4.8 memberikan gambaran tentang persentase cakupan pelayanan neonatal menurut karakteristik. Pemeriksaan KN1 maupun KN2 di perkotaan lebih tinggi dibanding dengan pedesaan. Bila dilihat dari tingkat pendidikan, terlihat bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya maka prevalensi KN1 dan KN2 semakin tinggi. Bila dilihat dari jenis pekerjaan KK, maka tampak bahwa tidak terdapat pola yang jelas antara hubungan jenis pekerjaan dengan prevalensi KN1 dan KN2. Tidak terdapat perbedaan yang nyata antara tingkat pengeluaran per kapita dengan prevalensi KN1 dan KN2.

Tabel 3.3.4.9
Sebaran Penolong Persalinan Menurut Kabupaten/Kota,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Penolong Persalinan*					
	a	b	c	d	e	f
Sumba Barat	10.1	41.4	4.0	44.4	0.0	0.0
Sumba Timur	5.4	18.2	0.8	63.2	11.6	0.8
Kupang	3.8	26.4	1.4	51.6	16.0	0.8
Timor Tengah Selatan	2.0	18.3	0.0	64.3	14.9	0.4
Timor Tengah Utara	3.8	54.2	1.5	31.1	8.3	1.1
Belu	4.8	51.7	2.4	29.1	11.3	0.7
Alor	0.7	22.1	0.0	72.1	5.0	0.0
Lembata	7.7	50.0	0.0	33.7	7.7	1.0
Flores Timur	4.3	62.0	8.0	23.0	1.6	1.1
Sikka	8.0	70.0	0.0	20.9	1.1	0.0
Ende	1.4	50.9	2.4	37.7	7.5	0.0
Ngada	3.8	71.4	0.0	16.5	8.3	0.0
Manggarai	1.0	16.2	0.6	67.6	14.2	0.3
Rote Ndao	1.7	14.9	0.0	61.2	20.7	1.7
Manggarai Barat	0.4	12.9	0.4	62.9	23.4	0.0
Kota Kupang	16.9	60.4	0.0	10.2	12.0	0.4
NTT	4.1	36.5	1.2	46.2	11.5	0.5

Jenis penolong persalinan:

a = dokter

b = bidan

c = nakes lain

d = dukun bersalin

e = famili

f = lainnya

Tabel 3.3.4.9 memberikan gambaran sebaran penolong persalinan menurut kabupaten/kota. Secara umum prevalensi penolong persalinan tertinggi adalah dukun bersalin (46.2%), kemudian disusul bidan (36.5%), famili (11.5%), akhirnya dokter (4.1%). Untuk pertolongan dukun, prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Alor (72.1%), terendah di Kota Kupang (10.2%).

Tabel 3.3.4.10
Sebaran Penolong Persalinan Menurut Karakteristik,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Penolong Persalinan*					
	a	b	c	d	e	f
Klasifikasi Desa						
Perkotaan	12.7	60.3	0.2	22.5	4.4	0.0
Perdesaan	2.6	32.3	1.4	50.4	12.8	0.6
Jenis Kelamin						
Laki-laki	4.6	36.4	1.1	46.5	11.0	0.4
Perempuan	3.6	36.7	1.3	45.8	12.1	0.6
Pendidikan KK						
Tidak Sekolah	0.9	26.6	1.6	48.1	22.2	0.6
SD Tidak Tamat	2.3	31.7	1.1	53.1	11.3	0.5
SD Tamat	2.3	29.5	1.3	52.3	13.6	0.9
SMP Tamat	3.4	42.7	1.8	42.3	9.7	0.2
SLTA Tamat	10.2	54.7	0.2	27.8	7.1	0.0
SLTA+	18.9	57.8	0.0	19.4	3.9	0.0
Pekerjaan KK						
Tidak Bekerja	2.9	21.7	2.9	63.8	8.7	0.0
Ibu Rumah Tangga	5.1	54.2	0.0	20.3	20.3	0.0
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	14.7	58.9	0.2	17.4	8.7	0.0
Wiraswasta/Pegawai Swasta	9.4	65.1	2.0	20.5	3.0	0.0
Petani/Buruh/Nelayan	2.1	29.5	1.1	53.3	13.3	0.7
Lainnya	8.0	52.0	1.0	28.0	11.0	0.0
Tingkat Pengeluaran Per Kapita Per Bulan						
Kuintil-1	2.8	28.9	1.4	52.0	14.1	0.8
Kuintil-2	1.1	33.8	0.7	50.7	12.9	0.9
Kuintil-3	3.7	34.3	1.6	46.9	13.0	0.5
Kuintil-4	5.5	42.3	1.9	42.5	7.6	0.1
Kuintil-5	10.1	47.6	0.5	35.1	6.7	0.0

Jenis penolong persalinan:

a = dokter

b = bidan

c = nakes lain

d = dukun bersalin

e = famili

f = lainnya

Tabel 3.3.4.10 memberikan gambaran sebaran penolong persalinan menurut karakteristik. Untuk mereka yang tinggal di perkotaan penolong persalinan tertinggi adalah bidan dan dokter, sementara yang tinggal di pedesaan penolong persalinan tertinggi adalah dukun bayi dan bidan. Semakin tinggi tingkat pendidikan KK, jenis pertolongan dokter semakin tinggi. Sementara semakin rendah tingkat pendidikan KK, pertolongan oleh dukun semakin tinggi. Dilihat dari jenis pekerjaan, mereka yang punya pekerjaan tetap Persentase pertolongan persalinan oleh dokter dan bidan cukup tinggi. Sebaliknya yang tidak punya pekerjaan tetap pertolongan oleh dukun cukup tinggi.

Tabel 3.3.4.11
Sebaran Kecukupan ANC Trisemester 123 Menurut Kabupaten/Kota,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	ANC Trimester-123		
	Tidak Pernah	< 4 Kali	≥ 4 Kali
Sumba Barat	5.3	52.1	42.6
Sumba Timur	25.4	42.9	31.7
Kupang	16.3	39.6	44.0
Timor Tengah Selatan	7.8	33.0	59.2
Timor Tengah Utara	4.0	32.7	63.3
Belu	4.3	58.9	36.8
Alor	48.5	25.7	25.7
Lembata	3.0	15.8	81.2
Flores Timur	0.0	46.8	53.2
Sikka	0.4	9.2	90.4
Ende	5.5	52.8	41.7
Ngada	2.3	32.3	65.4
Manggarai	19.9	38.6	41.6
Rote Ndao	24.4	45.4	30.3
Manggarai Barat	6.1	41.7	52.2
Kota Kupang	4.1	30.7	65.1
NTT	10.9	38.3	50.8

Tabel 3.3.4.11 memberikan gambaran tentang sebaran kecukupan ANC Trisemester-123 menurut kabupaten/kota. Secara umum prevalensi ANC Trisemester 123 ≥ 4 kali adalah sebesar 50.8%, kurang dari 4 kali 38.3% dan tidak pernah 10.9%. Prevalensi ANC ≥ 4 kali tertinggi ada di Kabupaten Sikka (90.4%), terendah di Kabupaten Alor (25.7%).

Tabel 3.3.4.12
Sebaran Kecukupan ANC Trisemester 123 Menurut Karakteristik,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	ANC Trimester-123		
	Tidak Pernah	< 4 Kali	≥ 4 Kali
Tipe Daerah			
Perkotaan	4.6	32.2	63.2
Perdesaan	12.1	39.4	48.5
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	18.2	42.5	39.3
SD Tidak Tamat	15.6	39.7	44.7
SD Tamat	11.8	40.6	47.6
SMP Tamat	7.1	35.4	57.5
SLTA Tamat	4.4	32.5	63.1
SLTA+	1.2	35.0	63.8
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	15.8	54.4	29.8
Ibu Rumah Tangga	12.7	32.7	54.5
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	2.3	33.9	63.8
Wiraswasta/Pegawai Swasta	7.2	27.8	65.0
Petani/Buruh/Nelayan	12.6	40.0	47.3
Lainnya	9.5	34.7	55.8
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan			
Kuintil-1	14.6	38.6	46.9
Kuintil-2	13.6	36.5	49.9
Kuintil-3	10.1	44.1	45.8
Kuintil-4	8.4	38.4	53.2
Kuintil-5	6.9	30.7	62.4

Tabel 3.3.4.12 memberikan gambaran tentang sebaran kecukupan ANC Trisemester 123 menurut karakteristik. Terlihat bahwa bumil yang di perkotaan prevalensi ANCnya lebih tinggi dibanding dengan bumil di pedesaan. Bila dilihat dari tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan KK maka semakin tinggi prevalensinya untuk ANC ≥ 4 kali. Tidak terdapat pola yang jelas hubungan antara jenis pekerjaan dan kecukupan ANC. Bila dilihat dari kuintil pengeluaran per kapita, maka semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita ada kecenderungan semakin tinggi prevalensi ANCnya ≥ 4 kali.

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. berkeriangat. sakit kepala atau tanpa gejala malaria tetapi sudah minum obat antimalaria. Untuk responden yang menyatakan "pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan" ditanyakan apakah mendapat pengobatan dengan obat program dalam 24 jam pertama menderita panas.

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

Kabupaten/Kota	Filariasis		DBD		Malaria		
	DG	D	DG	D	DG	D	O
Sumba Barat	0,10	0,00	0,69	0,00	44,48	22,31	46,76
Sumba Timur	0,05	0,00	0,09	0,05	19,42	6,81	32,60
Kupang	0,14	0,14	0,84	0,23	10,47	7,09	42,63
Timor Tengah Selatan	0,15	0,05	1,56	0,92	5,77	3,95	57,40
Timor Tengah Utara	0,05	0,00	1,05	0,30	3,80	2,15	72,00
Belu	0,13	0,08	0,65	0,23	13,76	7,69	64,95
Alor	0,06	0,06	0,47	0,24	10,66	6,04	67,04
Lembata	0,31	0,00	2,68	0,31	23,40	16,48	59,01
Flores Timur	0,00	0,00	0,09	0,05	10,08	4,67	35,21
Sikka	0,46	0,30	0,23	0,04	10,53	6,58	49,08
Ende	0,09	0,09	1,51	0,13	15,35	6,96	47,83
Ngada	0,08	0,00	0,88	0,00	12,58	6,45	54,14
Manggarai	1,15	0,48	13,90	0,50	11,80	2,16	33,33
Rote Ndao	0,19	0,00	1,13	0,09	9,31	3,20	65,00
Manggarai Barat	0,16	0,05	0,84	0,00	18,41	5,30	36,57
Kota Kupang	0,04	0,04	0,11	0,07	2,48	1,44	61,19
NTT	0,26	0,12	2,45	0,26	12,03	5,73	47,75

Dalam 12 bulan terakhir, di Provinsi Nusa Tenggara Timur filariasis klinis terdeteksi dengan prevalensi yang sangat rendah. Namun ada 3 Kabupaten yang prevalensi filariasis klinis lebih tinggi dari prevalensi filariasis di Provinsi Nusa Tenggara Timur secara keseluruhan.

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, DBD klinis dapat dideteksi di semua kabupaten/ kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur (rentang prevalensi 0,09%– 13,9%, yang tertinggi yaitu Kabupaten Manggarai. Hal ini tidak mengherankan karena penyebaran DBD kini tidak terbatas di kota besar saja. melainkan sudah meluas ke wilayah rural. Program promosi kesehatan juga secara intensif memberikan penerangan kepada masyarakat tentang pencegahan penyakit ini (3M) sehingga kewaspadaan dan deteksi dini penyakit ini menjadi lebih baik. Kejadian DBD sangat dipengaruhi oleh musim, umumnya meningkat di awal musim penghujan. dan dapat bersifat fatal bila tidak segera ditangani dengan baik.

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi Nusa Tenggara Timur dijumpai sebesar 12,03% dengan rentang 2,48 – 44,48%. Penyakit ini dapat bersifat akut dan kronis (kambuhan) dan kemungkinan bisa menjadikan kasus-kasus malaria import untuk wilayah Jawa-Bali yang disebabkan karena perkembangan penduduk (mobilitas penduduk). Terdapat 4 kabupaten yang prevalensinya antara 19,0 – 45,1% lebih tinggi dari prevalensi malaria di Provinsi Nusa Tenggara Timur secara keseluruhan yaitu kabupaten Sumba Barat, Lembata, Sumba Timur, dan Manggarai Barat.

Dalam Riskesdas ini. juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria klinis dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Tampak bahwa di empat Kabupaten dengan prevalensi malaria relatif tinggi dari angka prevalensi provinsi, persentase orang yang minum obat program masih di bawah 60%. Berbeda dengan 5 kabupaten dengan prevalensi lebih rendah dari prevalensi malaria di Propinsi Nusa Tenggara Timur, persentase orang yang minum obat program di atas 60% (61,2 – 70,1%).

Tabel 3.4.1.2
Prevalensi Filariasis. Demam Berdarah Dengue. Malaria dan Pemakaian
ObatProgram Malaria Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Filariasis		DBD		Malaria		
	DG	D	DG	D	DG	D	O
Kelompok Umur (Tahun)							
<1	0,00	0,00	0,21	0,00	4,52	1,72	55,00
1-4	0,10	0,00	1,97	0,32	12,19	6,89	57,46
5-14	0,15	0,05	1,69	0,25	12,08	6,17	49,79
15-24	0,26	0,07	2,70	0,36	11,58	5,05	45,57
25-34	0,39	0,06	3,59	0,18	11,84	5,23	46,43
35-44	0,24	0,25	2,91	0,20	11,80	5,78	46,79
45-54	0,39	0,10	2,65	0,26	12,01	5,34	43,64
55-64	0,26	0,23	2,38	0,30	12,82	5,66	45,05
65-74	0,40	0,09	3,44	0,40	14,55	5,79	39,72
>75	1,08	0,27	1,69	0,31	14,15	5,69	43,96
Jenis Kelamin							
Laki - laki	0,21	0,10	2,30	0,27	12,11	5,61	47,81
Perempuan	0,31	0,14	2,60	0,26	11,97	5,84	47,76
Klasifikasi Desa							
Perkotaan	0,09	0,01	1,98	0,22	7,91	5,01	54,34
Perdesaan	0,29	0,14	2,56	0,27	12,95	5,89	46,90
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0,46	0,19	4,02	0,72	14,97	5,80	40,97
Tidak Tamat SD	0,32	0,09	3,15	0,23	13,70	5,75	43,00
Tamat SD	0,40	0,22	3,04	0,17	11,82	5,05	44,56
Tamat SLTP	0,13	0,13	2,01	0,35	10,90	5,47	53,06
Tamat SLTA	0,06	0,06	1,26	0,18	8,10	4,98	52,75
Tamat SLTA +	0,10	0,10	1,07	0,19	8,43	6,20	65,52
Pekerjaan							
Tidak Kerja	0,64	0,32	2,95	0,48	11,61	5,34	45,70
Sekolah	0,11	0,09	1,77	0,28	10,77	5,36	50,57
Ibu RT	0,30	0,11	3,18	0,32	10,15	5,03	50,93
Pegawai	0,23	0,23	1,85	0,23	9,47	6,41	54,60
Wiraswasta	0,00	0,00	1,05	0,00	7,37	4,62	52,81
Petani/Nelayan/Buruh	0,39	0,17	3,37	0,20	14,60	5,42	40,13
Lainnya	0,00	0,00	2,05	0,32	11,36	7,73	61,11
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan							
Kuintil -1	0,34	0,14	2,52	0,2	12,36	5,58	45,86
Kuintil -2	0,30	0,12	2,20	0,20	11,71	5,50	51,05
Kuintil -3	0,23	0,14	2,52	0,15	11,73	5,43	47,50
Kuintil -4	0,24	0,10	2,21	0,31	12,48	5,80	46,10
Kuintil -5	0,20	0,12	2,97	0,41	11,29	5,93	49,58

Karakteristik responden yang menderita penyakit tular vektor di atas berbeda-beda. Dalam Riskesdas 2007 ini, DBD tersebar di semua kelompok umur, terutama di kelompok usia produktif demikian juga malaria. Sedangkan filaria juga tersebar di semua kelompok umur terutama di kelompok usia lebih besar dari 75 tahun. kecuali bayi. Tidak ada perbedaan mencolok pada jenis kelamin penderita filariasis, DBD, dan malaria. Malaria, filaria, dan DBD lebih banyak dijumpai pada responden yang tinggal di wilayah perdesaan daripada di perkotaan.

Tingkat pendidikan tampaknya ada pengaruhnya terhadap prevalensi malaria, DBD, dan filaria. kemungkinan karena kesadaran serta pengetahuan masyarakat yang kurang. Penyakit Malaria, DBD, dan filariasis banyak dijumpai pada masyarakat petani. Hal ini kemungkinan disebabkan karena masyarakat sering ke kebun dan kadang-kadang menginap sampai beberapa hari. Berdasarkan tingkat pengeluaran Rumah Tangga. tidak ada perbedaan dari ketiga penyakit ini.

3.4.2 Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak

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

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

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

Tabel 3.4.2.1
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	ISPA		Pneumonia		TBC		Campak	
	DG	D	DG	D	DG	D	DG	D
Sumba Barat	47,83	6,80	5,92	1,1	1,88	0,69	1,48	0,39
Sumba Timur	39,51	6,40	5,35	1,08	0,24	0,09	0,90	0,47
Kupang	35,14	15,25	3,15	0,80	0,76	0,23	2,08	0,70
Timor Tengah Selatan	25,20	4,81	2,96	0,68	1,17	0,48	0,89	0,23
Timor Tengah Utara	22,52	4,70	3,00	0,76	1,80	0,45	0,30	0,10
Belu	25,67	7,49	5,13	0,35	2,49	1,03	2,06	0,73
Alor	43,66	26,60	4,98	1,46	0,47	0,30	0,41	0,36
Lembata	62,02	32,99	3,60	2,01	2,99	0,41	4,43	1,96
Flores Timur	40,60	1,99	2,41	0,72	0,46	0,28	0,23	0,19
Sikka	55,81	13,11	1,86	0,32	0,49	0,15	0,15	0,00
Ende	45,17	12,32	4,04	0,57	1,51	0,40	0,80	0,31
Ngada	58,55	12,82	6,13	1,06	2,31	0,56	2,94	0,80
Manggarai	61,09	19,99	9,10	1,43	7,54	0,44	5,32	0,50
Rote Ndao	49,01	3,48	4,99	0,59	2,82	0,47	2,35	0,47
Manggarai Barat	63,74	26,02	5,09	0,47	1,42	0,21	1,21	0,47
Kota Kupang	21,96	6,11	1,37	0,47	0,22	0,04	0,19	0,07
NTT	41,36	12,04	4,41	0,85	2,05	0,40	1,72	0,43

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) tersebar di seluruh Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (22,0 – 64,7%). Angka prevalensi ISPA dalam sebulan terakhir di Provinsi Nusa Tenggara Timur adalah 41,4%; prevalensi di atas 41,4% ditemukan di 9 Kabupaten yaitu : Kabupaten Sumba Barat, Alor, Lembata, Sikka, Ende, Ngada, Manggarai, Rote Ndao, dan Manggarai Barat. Terdapat 2 kabupaten kota yang mempunyai prevalensi di bawah 25% yaitu kabupaten Timor Tengah Utara dan Kota Kupang.

Kasus ISPA yang berlarut-larut akan menjadi Pneumonia. Secara umum, di Provinsi Nusa Tenggara Timur rasio prevalensi Pneumonia sebulan terakhir adalah 10,2 dari prevalensi ISPA, yaitu 4,4 (rentang 1,4 – 9,1%). Prevalensi Pneumonia yang relatif tinggi dijumpai di Kabupaten Manggarai, Ngada, dan Sumba Barat. Tidak semua daerah dengan prevalensi ISPA tinggi juga mempunyai prevalensi Pneumonia tinggi, seperti di Kabupaten Sikka. Hal ini sangat tergantung dari tingkat kesadaran ibu untuk mengenali kasus ISPA pada anaknya dan membawanya segera ke fasilitas pengobatan dan tergantung pada kemampuan fasilitas kesehatan tersebut, sehingga kejadian Pneumonia dapat dicegah.

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit. Di provinsi ini TB terdeteksi dengan prevalensi 20 per 1000, tersebar di hampir seluruh Kabupaten/Kota (rentang : 2 perseribu di Kabupaten Sumba Timur dan Kota Kupang - 75/1000 di Kabupaten Manggarai).

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. dan termasuk dalam program imunisasi nasional. Di Provinsi Nusa Tenggara Timur, dalam 12 bulan terakhir penyakit ini masih terdeteksi dengan prevalensi 1,7% (rentang 0,1 – 5,2%). Di beberapa kabupaten/kota prevalensinya masih 1,7 atau lebih tinggi, yaitu di Kabupaten Kupang, Belu, Lembata, Ngada, Manggarai, dan Rote Ndao.

Tabel 3.4.2.2
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak
menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	ISPA		Pneumonia		TBC		Campak	
	DG	D	DG	D	DG	D	DG	D
Kelompok Umur (Tahun)								
<1	51,40	21,08	3,23	0,65	0,00	0,00	2,80	1,50
1-4	55,24	19,89	6,06	1,41	1,02	0,15	2,80	1,07
5-14	42,87	13,04	3,52	0,66	0,98	0,18	1,69	0,49
15-24	30,40	7,83	3,38	0,56	1,49	0,26	1,47	0,28
25-34	37,44	9,91	3,82	0,70	2,03	0,27	1,56	0,23
35-44	38,78	11,00	4,01	0,82	2,59	0,58	1,82	0,44
45-54	38,79	10,22	4,31	1,04	2,98	0,52	1,06	0,13
55-64	41,80	9,84	5,09	0,65	3,41	0,65	1,21	0,17
65-74	49,70	13,27	9,16	1,48	6,60	1,68	2,22	0,47
>75	52,62	13,38	11,08	1,38	5,85	2,00	0,92	0,15
Jenis Kelamin								
Laki - laki	40,17	11,86	4,58	0,92	2,07	0,43	1,68	0,50
Perempuan	42,48	12,21	4,25	0,76	2,03	0,38	1,74	0,37
Klasifikasi Desa								
Perkotaan	30,89	9,52	2,72	1,00	0,87	0,26	1,54	0,54
Perdesaan	43,68	12,60	4,78	0,80	2,31	0,43	1,75	0,41
Pendidikan								
Tidak sekolah	41,65	8,11	7,96	1,37	5,84	1,33	2,65	0,38
Tidak tamat SD	42,79	11,43	5,13	0,71	2,81	0,52	1,39	0,24
Tamat SD	39,55	10,61	4,28	0,76	2,36	0,41	1,64	0,28
Tamat SLTP	31,87	10,11	2,55	0,50	1,16	0,19	1,16	0,22
Tamat SLTA	30,00	8,91	2,25	0,81	0,96	0,33	0,66	0,30
Tamat SLTA+	27,13	9,89	1,07	0,39	1,26	0,68	0,78	0,19
Pekerjaan								
Tidak Kerja	34,65	9,32	5,66	0,76	2,79	0,48	1,87	0,32
Sekolah	34,93	10,66	2,67	0,47	1,02	0,30	1,18	0,14
Ibu RT	36,69	9,77	3,62	0,78	2,44	0,45	1,70	0,23
Pegawai	29,39	11,03	1,97	0,40	1,15	0,35	0,75	0,17
Wiraswasta	30,28	8,35	2,44	1,05	0,73	0,08	0,65	0,16
Petani/Nelayan/Buruh	44,15	10,88	5,92	0,93	3,66	0,72	1,60	0,37
Lainnya	34,38	7,89	2,68	0,79	1,74	0,63	1,26	0,32
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan								
Kuintil 1	42,27	12,47	4,57	0,66	2,27	0,31	1,71	0,27
Kuintil 2	42,26	12,04	5,25	0,87	1,78	0,39	1,87	0,49
Kuintil 3	42,78	11,00	4,44	0,73	2,27	0,49	1,85	0,47
Kuintil 4	41,08	12,67	4,19	1,02	2,04	0,38	1,74	0,48
Kuintil 5	38,44	12,59	3,61	0,92	1,97	0,38	1,49	0,50

Memperhatikan karakteristik umur responden. tampak bahwa ISPA merupakan penyakit diderita oleh semua kelompok umur. Pola sebaran Pnemonia menurut kelompok umur serupa dengan pola sebaran ISPA. Prevalensi Pnemonia yang relatif tinggi pada kelompok umur tua (75 tahun ke atas) dapat disebabkan fungsi paru yang menurun. Untuk TB, tampak adanya kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia, tetapi prevalensi turun pada usia 75 tahun ke atas. Sedangkan untuk campak, prevalensi relatif tinggi pada bayi dan balita serta usia 65 tahun ke atas. Jenis kelamin tidak banyak

mempengaruhi prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak. Berdasarkan wilayah tempat tinggal, daerah perdesaan secara konsisten menunjukkan prevalensi penyakit ISPA dan Campak relatif lebih tinggi dari daerah perkotaan. Sedangkan untuk TBC dan Pneumonia menunjukkan sebaliknya. Pada umumnya, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi prevalensi penyakit. Namun perlu diperhatikan, bahwa kelompok anak (yang berisiko ISPA dan Pneumonia) juga termasuk dalam kelompok 'tidak sekolah', tidak tamat SD' dan 'tamat SD'. Sehingga prevalensi ISPA dan Pneumonia yang tinggi pada kelompok berpendidikan rendah ini konsisten dengan tingginya prevalensi pada kelompok anak-anak. Tidak bekerja, ibu rumah tangga dan petani cenderung mempunyai prevalensi penyakit ISPA, Pneumonia, TB dan Campak yang lebih tinggi. Rumah tangga dengan tingkat pengeluaran perkapita tinggi mempunyai pengaruh terhadap kejadian keempat penyakit ini.

3.4.3 Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare

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

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

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

Tabel 3.4.3.1
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	DG	D	DG	D	DG	D	O
Sumba Barat	3,07	0,69	2,86	0,79	18,56	4,74	63,30
Sumba Timur	1,42	0,47	0,05	0,05	9,52	2,94	47,00
Kupang	2,79	1,27	0,28	0,08	7,15	4,25	62,20
Timor Tengah Selatan	1,53	0,79	0,90	0,46	12,43	5,79	60,97
Timor Tengah Utara	0,70	0,40	1,35	0,30	8,15	3,75	68,52
Belu	2,74	1,03	0,93	0,28	9,84	5,63	68,78
Alor	3,26	0,89	0,18	0,06	9,12	4,50	56,49
Lembata	2,07	0,41	1,13	0,31	12,00	6,60	59,32
Flores Timur	1,39	0,37	0,19	0,05	9,48	7,59	60,89
Sikka	0,76	0,61	0,34	0,15	4,90	3,42	58,59
Ende	1,24	0,27	0,93	0,13	9,00	5,14	45,77
Ngada	1,51	0,24	1,43	0,32	8,12	3,98	58,25
Manggarai	5,86	0,86	10,15	0,67	19,85	9,27	43,20
Rote Ndao	1,79	0,38	1,22	0,19	10,08	3,77	45,79
Manggarai Barat	3,09	0,21	0,52	0,10	30,20	16,58	42,76
Kota Kupang	0,33	0,15	0,48	0,30	4,04	2,74	65,14
NTT	2,32	0,65	1,91	0,28	11,41	5,84	53,86

Dalam 12 bulan terakhir tifoid klinis dapat dideteksi di Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan prevalensi 2,32%. dan tersebar di seluruh kabupaten/kota dengan rentang 0,3 – 5,86%. Prevalensi tifoid tertinggi dilaporkan dari Kabupaten Manggarai, Alor, Manggarai Barat, Sumba Barat, Kupang, dan Belu. yaitu lebih dari 2,32%. Sedangkan untuk hepatitis, penyakit ini tidak teridentifikasi di Kabupaten Sumba Timur. Prevalensi hepatitis tertinggi ditemukan di Kabupaten Manggarai (10,1%) dan Sumba Barat (2,9%) dibandingkan dengan prevalensi Provinsi Nusa Tenggara Timur yang hanya 1,91%.

Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi Nusa Tenggara Timur merata di seluruh kabupaten/kota. Prevalensi di provinsi ini sebesar 11,4%. tertinggi ditemukan di Kabupaten Manggarai Barat (30,2%). Kabupaten Manggarai, Sumba Barat, Timor Tengah Selatan, Lembata, dan Rote Ndao mempunyai prevalensi diare di atas 10%. Cukup menarik untuk melihat data di Kota Kupang, Kabupaten Kupang, Timor Tengah Utara, dan Belu, meskipun prevalensi diare di bawah prevalensi provinsi tetapi penggunaan oralitnya cukup tinggi yaitu lebih besar dari 60%.

Tabel 3.4.3.2
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare
Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	DG	D	DG	D	DG	D	O
Kelompok Umur (Tahun)							
<1	0,65	0,00	0,43	0,00	21,94	13,98	60,40
1-4	2,58	0,75	1,34	0,07	23,20	13,60	67,86
5-14	2,36	0,61	1,25	0,20	12,39	6,11	54,52
15-24	1,93	0,62	1,81	0,40	7,08	3,44	43,55
25-34	2,50	0,66	2,56	0,49	8,33	4,06	47,32
35-44	2,75	0,80	2,39	0,24	8,53	4,48	48,58
45-54	1,77	0,49	2,44	0,36	8,96	3,92	44,86
55-64	1,81	0,56	2,46	0,13	10,50	4,67	45,99
65-74	3,23	0,81	2,56	0,40	12,13	5,93	50,57
>75	3,08	1,08	2,30	0,31	10,00	5,23	49,23
Jenis Kelamin							
Laki - laki	2,27	0,66	1,94	0,28	11,47	5,84	53,91
Perempuan	2,38	0,65	1,88	0,28	11,35	5,86	53,89
Tipe Daerah							
Perkotaan	1,42	0,52	1,64	0,28	6,60	4,50	57,80
Perdesaan	2,53	0,68	1,97	0,28	12,47	6,14	53,44
Pendidikan							
Tidak Sekolah	3,30	0,91	3,15	0,42	11,80	5,65	46,60
Tidak Tamat SD	2,52	0,47	2,29	0,15	10,59	4,93	50,54
Tamat SD	2,47	0,74	2,36	0,35	9,24	4,38	46,15
Tamat SLTP	1,92	0,82	1,51	0,47	6,88	3,46	43,46
Tamat SLTA	1,35	0,48	1,38	0,36	5,48	2,82	51,63
Tamat SLTA+	1,65	0,68	1,36	0,19	4,85	3,10	50,00
Pekerjaan							
Tidak Kerja	2,75	0,64	2,31	0,36	8,45	4,38	54,25
Sekolah	2,18	0,65	1,18	0,21	8,92	4,23	50,50
Ibu RT	2,10	0,80	2,01	0,30	8,88	5,45	49,25
Pegawai	1,50	0,35	1,79	0,52	5,48	3,23	48,96
Wiraswasta	0,65	0,24	0,97	0,08	5,52	2,19	37,68
Petani/Nelayan/Buruh	2,72	0,69	3,00	0,37	10,37	4,31	45,17
Lainnya	2,05	0,63	1,26	0,32	5,05	3,00	57,58
Tingkat Pengeluaran per Kapita							
Kuintil -1	2,53	0,49	1,67	0,18	12,54	5,55	53,15
Kuintil -2	2,69	0,62	1,90	0,34	12,11	6,42	57,01
Kuintil -3	2,22	0,64	1,99	0,24	11,50	5,95	50,59
Kuintil -4	2,37	0,71	1,84	0,23	10,58	5,72	56,16
Kuintil -5	1,86	0,84	2,36	0,39	10,19	5,60	49,93

Tifoid, hepatitis, dan diare ditemukan pada semua kelompok umur. Tifoid dan hepatitis jarang ditemukan di kelompok bayi, sedangkan diare banyak ditemukan pada kelompok bayi dan balita.

Jenis kelamin tidak mempengaruhi prevalensi ke tiga penyakit ini, berbeda dengan pendidikan.

Dari sudut tempat tinggal, tidak ada perbedaan antara perdesaan dan perkotaan dari ketiga penyakit tersebut.

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 tidak kerja (2,8), petani, sekolah dan ibu rumah tangga. Prevalensi diare tertinggi diidentifikasi pada kelompok buruh/nelayan/petani (10,4).

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita tifoid, hepatitis dan diare tersebar di semua strata status ekonomi masyarakat.

3.5 Penyakit Tidak Menular

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

Data penyakit tidak menular (PTM) yang disajikan meliputi penyakit sendi. asma. stroke. jantung. DM. hipertensi. tumor/kanker. gangguan jiwa berat. buta warna. glaukoma. bibir sumbing. dermatitis. rinitis. talasemia. dan hemofilia dianalisis berdasarkan jawaban responden “pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan” (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 (spigmomanometer 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 keatas. maka prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tensi dihitung hanya pada penduduk umur 18 tahun ke atas. Mengingat pengukuran tekanan darah dilakukan pada penduduk 15 tahun ke atas maka temuan kasus hipertensi pada usia 15-17 tahun sesuai kriteria JNC VII 2003 akan dilaporkan secara garis besar sebagai tambahan informasi. Selain pengukuran tekanan darah. responden juga diwawancarai tentang riwayat didiagnosis oleh 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*) dalam 1 Tahun Terakhir Menurut Kabupaten/Kota,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Sumba Barat	12,3	48,8	2,5	2,6	22,8	3,6	21,4
Sumba Timur	12,0	38,8	1,7	1,8	24,0	4,6	6,1
Kupang	13,7	31,6	6,7	6,7	31,5	4,9	7,1
Timor Tengah Selatan	10,4	19,2	5,7	5,9	25,1	0,8	2,5
Timor Tengah Utara	5,9	46,0	2,9	3,0	22,9	1,7	5,9
Belu	16,0	32,5	5,2	5,3	18,8	6,1	10,5
Alor	14,9	33,7	3,9	4,2	27,3	6,6	6,6
Lembata	23,4	57,5	7,1	7,2	26,4	3,4	5,1
Flores Timur	13,9	39,9	5,0	5,0	28,2	3,5	6,3
Sikka	16,0	40,5	7,6	7,9	32,3	1,1,9	13,6
Ende	24,3	50,5	7,3	7,4	36,3	4,8	6,2
Ngada	16,4	49,7	4,8	5,1	29,0	2,6	5,2
Manggarai	17,6	54,7	5,1	5,3	34,5	3,7	6,0
Rote Ndao	7,8	38,3	4,5	4,8	18,6	4,6	6,1
Manggarai Barat	14,3	49,5	7,8	8,1	31,6	2,8	3,8
Kota Kupang	6,2	15,3	4,8	4,9	27,7	4,2	6,8
NTT	14,0	38,0	5,4	5,5	22,8	4,5	7,1

Catatan :

D = Diagnosa oleh Tenaga kesehatan O = Minum obat
G = Dengan gejala U = Hasil pengukuran
D/G = didiagnosis oleh tenaga kesehatan atau dengan gejala

*)

Tabel 3.5.1.1 menunjukkan 38,0% penduduk Provinsi NTT mengalami gangguan persendian dan angka ini lebih tinggi dari prevalensi Nasional yaitu 30,3%. Sementara prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 14,0% sama dengan angka Nasional yaitu 14,0%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi penyakit persendian di NTT berkisar antara 15,3% – 57,5% dan prevalensi di Kabupaten Lembata, Pulau Flores ditemukan lebih tinggi dibandingkan kabupaten/kota lainnya. Sebaliknya Kota Kupang mempunyai prevalensi paling rendah. Sementara prevalensi penyakit persendian yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan berkisar antara 5,9% – 24,3% dan prevalensi tertinggi juga ditemukan di Kabupaten Ende, sebaliknya prevalensi terendah di Kabupaten Timor Tengah Utara.

Pada tabel di atas juga dapat dilihat bahwa prevalensi hipertensi di NTT berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 22,8% dan hanya berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 5,4%, sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 5,5%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah berkisar antara 18,6% - 36,3% dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Ende, Pulau Flores sedangkan terendah di Kabupaten Rote Ndao. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 1,8% - 8,1%. Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di NTT pada

umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Kabupaten Manggarai. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di Kabupaten Manggarai maupun di wilayah lainnya di NTT belum ditanggulangi dengan baik.

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di NTT adalah 7,1 per 1000 penduduk. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi stroke berkisar antara 2,5‰ – 21,4‰ dan Kabupaten Sumba Barat mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya berdasarkan diagnosis dan gejala (Tabel 3.5.1.1).

Menurut karakteristik individu, 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 lebih tinggi pada pria, sebaliknya berdasarkan diagnosis maupun riwayat minum obat ditemukan lebih tinggi pada wanita. Sedangkan pola prevalensi stroke menurut jenis kelamin pria lebih tinggi daripada wanita.

Tabel 3.5.1.2
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi dan Stroke
Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penyakit Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Kelompok Umur (Tahun)							
15-24	2,7	9,8	1,1	1,1	11,1	0,0	0,0
25-34	9,0	27,5	2,7	2,9	16,6	0,2	0,8
35-44	14,3	39,6	4,4	4,5	26,5	1,8	3,9
45-54	19,7	52,8	7,2	7,4	34,6	1,8	2,8
55-64	24,4	63,0	10,2	10,4	44,6	4,7	9,1
65-74	30,2	69,1	11,1	11,3	53,7	9,1	13,4
75+	28,0	73,9	13,1	13,8	56,0	17,6	22,3
Jenis Kelamin							
Laki – laki	13,6	36,5	5,1	5,2	28,3	5,8	9,1
Perempuan	14,3	39,3	5,6	5,8	27,8	3,4	5,5
Pendidikan							
Tidak Sekolah	19,1	55,9	5,9	6,3	37,2	6,7	12,6
Tidak Tamat SD	17,5	48,8	5,6	5,8	31,4	3,9	6,7
Tamat SD	13,7	39,4	4,9	5,1	26,8	4,2	6,9
Tamat SMP	10,0	24,6	4,6	4,8	21,7	4,5	6,2
Tamat SMA	9,0	21,6	4,9	4,9	23,0	5,4	6,9
Tamat PT	14,3	24,4	9,4	9,5	31,5	2,9	3,9
Pekerjaan							
Tidak Bekerja	12,0	28,2	5,8	6,1	29,4	10,5	16,2
Sekolah	1,6	5,7	1,2	1,2	9,8	1,7	1,7
Ibu Rumah Tangga	14,5	39,3	6,1	6,2	27,3	2,3	4,6
Pegawai	14,2	26,9	9,1	9,1	33,4	4,6	6,4
Wiraswasta/Pegawai Swasta	11,9	26,6	7,8	8,1	27,7	11,6	18,2
Petani/Buruh/Nelayan	16,2	48,4	4,2	4,3	28,4	3,7	6,3
Lainnya	17,2	32,5	7,8	7,8	32,7	11,5	11,5
Tipe Daerah							
Perkotaan	10,6	22,1	7,3	7,4	29,1	6,3	8,7
Perdesaan	14,8	41,9	4,9	5,0	27,8	4,1	6,8
Tingkat Pengeluaran per Kapita							
Kuintil 1	13,5	39,6	3,5	3,6	24,0	2,9	7,0
Kuintil 2	13,8	38,9	4,1	4,2	25,7	4,8	6,9
Kuintil 3	14,4	39,3	4,7	4,9	27,6	4,9	6,5
Kuintil 4	14,4	38,2	5,9	6,1	29,5	4,3	7,7
Kuintil 5	14,3	35,2	7,8	8,0	31,6	5,8	7,7

Pada Tabel 3.5.1.2 juga dapat dilihat bahwa pola prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah. Namun untuk hipertensi dan penyakit sendi nampak sedikit meningkat kembali pada tingkat pendidikan Tamat PT. Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi pada petani/buruh/nelayan ditemukan lebih tinggi dari jenis pekerjaan lainnya. Sedangkan untuk hipertensi, prevalensi ditemukan lebih tinggi pada pegawai, dan stroke pada wiraswasta. Berdasarkan status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita, prevalensi penyakit sendi di

Propinsi NTT nampak cenderung lebih tinggi pada status ekonomi rendah (kuintil 1). Sedangkan untuk hipertensi maupun stroke, prevalensi cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan status ekonomi (Tabel 3.5.1.2).

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

Kabupaten/Kota	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Sumba Barat	3,2	11,5	0,6	12,3	0,6	1,6	10,9
Sumba Timur	0,8	2,0	0,3	7,4	0,2	0,2	1,9
Kupang	1,0	1,9	0,5	5,0	0,2	0,6	1,4
Timor Tengah Selatan	1,5	2,8	1,3	7,4	1,6	2,7	2,8
Timor Tengah Utara	1,0	3,9	0,2	8,0	0,5	1,3	7,0
Belu	2,2	3,9	1,4	8,1	1,4	2,4	3,8
Alor	1,3	4,1	0,5	17,5	0,5	0,8	2,4
Lembata	2,5	6,1	0,7	18,9	0,6	1,3	6,2
Flores Timur	1,2	3,6	0,8	5,1	0,9	1,5	1,9
Sikka	1,6	3,7	0,4	8,2	0,4	0,6	3,4
Ende	4,3	8,7	0,5	7,4	0,6	1,1	7,5
Ngada	1,0	6,2	0,3	10,1	0,2	0,9	4,8
Manggarai	0,9	9,2	0,8	11,3	0,4	0,5	2,7
Rote Ndao	1,8	4,5	0,3	10,3	0,3	1,4	1,9
Manggarai Barat	1,0	6,8	0,6	16,8	0,3	0,5	1,6
Kota Kupang	1,0	1,4	0,6	1,7	0,8	0,9	1,9
NTT	1,5	4,7	0,7	8,8	0,7	1,2	3,4

Catatan :

D = Diagnosa oleh tenaga kesehatan O = Minum obat
G = Dengan gejala U = Hasil pengukuran
D/G = didiagnosis oleh tenaga kesehatan atau dengan gejala

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

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

Prevalensi penyakit asma di provinsi NTT sebesar 4,7% (kisaran 1,4–11,5%) tertinggi di Kabupaten Sumba Barat diikuti Manggarai, Ende, Manggarai Barat serta terdapat di semua kabupaten/kota. Prevalensi penyakit jantung 8,8% (kisaran 1,7–18,9%) tertinggi di Kabupaten Lembata diikuti Alor dan terdapat di semua kabupaten/kota.

Prevalensi penyakit diabetes sebesar 1,2% (kisaran 0,2 – 2,7%) tertinggi di Kabupaten TTS dan terdapat di semua kabupaten/kota. Prevalensi penyakit tumor/kanker sebesar 3,4‰ (kisaran 1,4‰-10,9‰) tertinggi di Kabupaten Sumba Barat dan terdapat hampir di semua kabupaten/kota.

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

Tabel 3.5.1.4
Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes*, dan Tumor**
Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

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

Catatan :

D = Diagnosa oleh tenaga kesehatan O = Minum obat
G = Dengan gejala U = Hasil pengukuran
D/G = didiagnosis oleh tenaga kesehatan atau dengan gejala

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

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

Penyakit asma dan jantung terdapat di semua kelompok umur, semakin meningkat usia prevalensi semakin meningkat. Prevalensi Diabetes cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya usia. Prevalensi tumor juga cenderung meningkat sesuai usia, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 45 - 54 tahun dan di atas 75 tahun.

Prevalensi penyakit asma, jantung, dan tumor cenderung pada perempuan lebih tinggi dari laki-laki. Prevalensi penyakit asma tinggi pada yang tidak sekolah. Prevalensi penyakit jantung cenderung tinggi pada yang tidak sekolah sampai dengan tamat SD. Prevalensi Diabetes dan tumor/kanker cenderung tinggi pada kelompok tingkat pendidikan tamat PT. Tingginya penyakit asma dan jantung pada yang tidak sekolah, kiranya perlu dilakukan penyuluhan pada kelompok yang tidak sekolah untuk mencegah terjadinya penyakit.

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

Prevalensi asma cenderung lebih tinggi di pedesaan. Prevalensi diabetes dan tumor cenderung lebih tinggi di perkotaan dari pedesaan. Sebaliknya penyakit jantung lebih tinggi di pedesaan dari pada perkotaan.

Penyakit asma prevalensinya cenderung tinggi pada kuintil rendah. Penyakit jantung, diabetes dan tumor tidak menunjukkan pola yang jelas antar kuintil pengeluaran per kapita.

Tabel 3.5.1.5
Prevalensi (‰) Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemia, Hemofilia) Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskedas 2008

Kabupaten/Kota	Jiwa	Buta Warna	Glaukoma	Sumbing	Dermatitis	Rhinitis	Thalasemia	Hemofilia
Sumba Barat	3,0	18,9	4,0	2,0	267,5	127,7	0,0	0,0
Sumba Timur	1,0	4,8	0,5	1,0	29,5	10,5	0,0	0,5
Kupang	1,4	6,2	0,6	0,6	51,8	5,9	0,6	0,6
Timor Tengah Selatan	1,6	23,0	1,0	1,0	2,6	10,5	0,0	0,0
Timor Tengah Utara	4,5	9,0	1,0	1,5	68,6	1,0	0,0	0,0
Belu	4,5	2,0	1,5	3,5	26,8	18,9	0,0	0,0
Alor	1,2	13,6	0,6	0,6	113,2	11,3	0,6	0,6
Lembata	3,1	7,3	2,1	1,0	252,1	33,2	0,0	0,0
Flores Timur	3,8	17,9	0,0	0,0	85,4	33,9	0,0	0,0
Sikka	1,5	1,9	0,0	1,1	68,2	23,0	0,0	0,0
Ende	4,0	4,0	3,6	1,8	254,1	49,6	2,2	2,2
Ngada	3,2	4,8	0,8	0,8	222,0	27,2	0,0	0,0
Manggarai	2,5	27,2	6,9	0,4	155,1	12,1	0,0	0,6
Rote Ndao	5,7	12,4	1,9	1,0	131,0	10,5	0,0	3,8
Manggarai Barat	1,6	11,6	7,9	1,1	230,2	83,6	0,5	1,1
Kota Kupang	0,7	2,2	2,6	0,7	18,2	6,3	1,5	2,2
NTT	2,5	11,2	2,3	1,2	99,9	22,8	0,3	0,6

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

Prevalensi gangguan jiwa berat di provinsi NTT 2,5‰ (kisaran 0,7‰—5,7‰), tertinggi di Kabupaten Rote Ndao. Prevalensi buta warna 11,2‰ (kisaran 2,0‰—27,2‰), tertinggi di Kabupaten Manggarai, TTS, dan Sumba Barat. Gangguan jiwa dan buta warna terdapat di seluruh Kabupaten/Kota di NTT.

Prevalensi glaukoma 2,3‰, bibir sumbing 1,2‰, talasemi 0,3‰. Prevalensi glaukoma cenderung lebih tinggi di Manggarai Barat dan Manggarai. Prevalensi bibir sumbing tertinggi di Belu 3,5‰. Prevalensi talasemi relatif lebih tinggi di Ende.

Prevalensi dermatitis 99,9‰ (kisaran 2,6‰—276,5‰) yang tertinggi di Sumba Barat, Ende, dan Lembata. Sedangkan prevalensi rhinitis 22,8‰ (kisaran 1,0‰—127,7‰), tertinggi di Sumba Barat, diikuti Manggarai Barat, dan Ende. Hemofili mempunyai prevalensi 0,6‰ (kisaran 0,0‰—3,8‰) tertinggi di Rote Ndao, Ende, dan Kota Kupang.

Tabel 3.5.1.6
Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (Kurang Konsumsi Sayur Buah dan Kurang Aktifitas Fisik) pada Penduduk 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang Konsumsi Sayur Buah	Kurang Aktifitas Fisik
Sumba Barat	92.7	9.7
Sumba Timur	85.9	18.8
Kupang	96.7	9.6
Timor Tengah Selatan	94.7	9.2
Timor Tengah Utara	94.2	13.9
Belu	95.8	20.2
Alor	95.4	16.9
Lembata	79.5	11.5
Flores Timur	90.6	10.3
Sikka	99.2	15.5
Ende	97.8	16.7
Ngada	95.7	12.5
Manggarai	86.4	16.7
Rote Ndao	91.0	11.7
Manggarai Barat	76.4	4.2
Kota Kupang	96.1	28.6
NTT	92.8	14.9

* Penduduk umur 10 tahun ke atas yang makan sayur dan/atau buah <5 porsi/hari

** Penduduk umur 10 tahun ke atas yang melakukan kegiatan kumulatif <150 menit/minggu

Di Provinsi NTT, prevalensi penyakit faktor risiko PTM Utama yaitu kurang konsumsi sayur buah rata-rata sebesar 92.8% sedangkan kurang aktifitas fisik rata-rata sebesar 14.9% pada penduduk ≥10 tahun. Kekurangan konsumsi sayur buah sangat tinggi. Menurut kabupaten/kota kekurangan konsumsi sayur buah tertinggi di Sikka (99.2%) dan yang dibawah 80% hanya 2 kabupaten yaitu Lembata (79.5%) dan Manggarai Barat (76.4%). Untuk kekurangan aktivitas fisik, prevalensi yang tertinggi di Belu (20.2%) dan yang terendah Manggarai Barat (4.2%).

Tabel 3.5.1.7
Prevalensi Faktor Risiko PTM Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik) pada Penduduk ≥10 Tahun Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang Konsumsi Sayur Buah	Kurang Aktifitas Fisik
Kel Umur		
<1 Tahun		
1-4 Tahun		
5-14 Tahun		
15-24 Tahun	93.3	16.8
25-34 Tahun	92.4	10.0
35-44 Tahun	92.5	9.0
45-54 Tahun	93.0	11.1
55-64 Tahun	92.8	16.4
65-74 Tahun	93.7	33.4
75+ Tahun	92.9	60.2
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	92.3	14.1
Perempuan	93.2	15.6
Pendidikan		
Tidak Sekolah	93.8	22.5
Tidak Tamat SD	93.7	11.6
Tamat SD	93.2	10.5
Tamat SLTP	92.5	15.3
Tamat SLTA	92.2	20.3
Tamat SLTA+	88.5	28.9
Pekerjaan		
Tidak Kerja	94.3	30.9
Sekolah	95.0	22.5
Ibu RT	95.1	13.4
Pegawai	89.1	25.0
Wiraswasta	91.9	20.9
Petani/Nelayan/Buruh	91.5	8.3
Lainnya	95.3	22.8
Klasifikasi Kota-Desa		
Perkotaan	93.3	27.3
Perdesaan	92.7	11.8
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan		
Kuintil 1	93.8	11.3
Kuintil 2	95.2	11.8
Kuintil 3	92.5	13.8
Kuintil 4	93.0	16.1
Kuintil 5	90.6	19.8

* Penduduk umur 10 tahun ke atas yang makan sayur dan/atau buah <5 porsi/hari

** Penduduk umur 10 tahun ke atas yang melakukan kegiatan kumulatif <150 menit/minggu

Menurut karakteristiknya, kekurangan konsumsi sayur dan buah relatif merata untuk kelompok umur di atas 10 tahun sedangkan untuk kekurangan aktivitas fisik cenderung meningkat dengan meningkatnya umur. Sedangkan menurut jenis kelamin, kekurangan konsumsi sayur dan buah serta kekurangan aktivitas fisik sedikit lebih banyak pada perempuan daripada laki-laki. Menurut pendidikannya, penyebaran kekurangan konsumsi sayur dan buah relatif merata untuk semua tingkat pendidikan. Sedangkan kekurangan aktivitas fisik paling tinggi pada yang berpendidikan PT tampaknya tingginya tingkat pendidikan berpengaruh aktivitas fisik dan diikuti orang yang tidak sekolah yang kemungkinan sulit mencari pekerjaan sebagaimana tingginya kekurangan aktivitas fisik pada orang yang tidak bekerja. Menurut pekerjaannya, kekurangan konsumsi sayur dan buah relatif merata pada semua jenis pekerjaan. Tampaknya pekerjaan sebagai petani memerlukan cukup banyak aktivitas fisik bila dibandingkan dengan pekerjaan lainnya. Kekurangan konsumsi sayur dan buah serta kekurangan aktivitas fisik lebih banyak terjadi di perkotaan daripada di perdesaan kemungkinan pola konsumsi makanan di perkotaan yang lebih bervariasi dan banyaknya fasilitas transportasi yang tersedia di daerah perkotaan. Kurang konsumsi sayur dan buah tampaknya tidak berbeda pada tingkat pengeluaran per kapita per bulan, sedangkan kekurangan aktivitas fisik meningkat dengan meningkatnya pengeluaran per kapita per bulan.

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 NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional (%)
Sumba Barat	22.6
Sumba Timur	7.5
Kupang	4.4
Timor Tengah Selatan	14.8
Timor Tengah Utara	10.2
Belu	12.1
Alor	16.2
Lembata	19.7
Flores Timur	16.3
Sikka	6.2
Ende	14.0
Ngada	27.9
Manggarai	32.4
Rote Ndao	20.4
Manggarai Barat	16.0
Kota Kupang	5.3
NTT	14.5

Dari tabel ini diperlihatkan bahwa secara umum prevalensi gangguan mental emosional 14,5%. Prevalensi tertinggi di Manggarai (32,4%). Ngada (27,9%) dan Lembata (19,7%). Prevalensi terendah di Kabupaten Kupang (4,4%). Kota Kupang (5,3%) dan Sikka (6,2%).

Tabel 3.5.2.2
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire* -20) Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Gangguan Mental Emosional (%)
Umur (tahun)	
15-24	9.7
25-34	11.8
35-44	11.9
45-54	15.0
55-64	19.0
65-74	29.3
75+	40.5
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	12.2
Perempuan	16.5
Pendidikan	
Tidak Sekolah	26.8
Tidak Tamat SD	16.6
Tamat SD	15.0
Tamat SLTP	10.3
Tamat SLTA	7.1
Tamat SLTA+	7.3
Pekerjaan	
Tidak Kerja	19.4
Sekolah	8.1
Ibu RT	14.3
Pegawai	6.6
Wiraswasta	7.5
Petani/Nelayan/Buruh	17.2
Lainnya	9.7
Tipe Daerah	
Perkotaan	8.7
Perdesaan	16.0
Tingkat Pengeluaran perkapita	
Kuintil 1	15.8
Kuintil 2	13.7
Kuintil 3	14.9
Kuintil 4	15.0
Kuintil 5	13.0

Pada tabel ini, tampak prevalensi tertinggi ditemukan pada kelompok usia > 75 tahun. Hal ini dimungkinkan oleh karena pada kelompok lanjut usia banyak mengalami masalah gangguan kesehatan fisik yang dapat mempengaruhi kesehatan mental emosional. Kelompok wanita lebih banyak yang mengalami gangguan mental emosional dibandingkan laki-laki. Berdasarkan pendidikan, tampak bahwa kerentanan terhadap gangguan mental emosional dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin rendah tingkat pendidikan,

semakin mudah seseorang mengalami gangguan mental emosional. Berdasarkan jenis pekerjaan, tampak bahwa tidak bekerja merupakan kelompok yang tertinggi mengalami gangguan mental emosional. Dan semakin rendah tingkat ekonominya atau pada kuintil rendah semakin tinggi prevalensi gangguan mental emosional.

3.5.3 Penyakit Mata

Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran tahun 1993-1996¹ memperlihatkan angka kebutaan di Indonesia mencapai 1,47, jauh lebih tinggi dibandingkan angka kebutaan di Thailand (0,3), India (0,7), Bangladesh (1,0), bahkan lebih tinggi dibandingkan Afrika Sub-Sahara (1,40)². Angka kebutaan ini menurun menjadi 1.21 sesuai dengan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 yang mewakili tingkat kawasan Sumatera, Jawa-Bali, dan Kawasan Timur Indonesia.³ Saw dkk.⁴ dengan metodologi yang berbeda dari SKRT 2001, melaporkan angka kebutaan dua mata pada populasi rural di Sumatera sebesar 2.2 (golongan usia >20 tahun), sedangkan angka *low vision* bilateral mencapai 5.8.

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

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

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

Tabel 3.5.3.1
Persentase Penduduk Usia > 5 Tahun dengan *Low Vision* dan Kebutaan dengan Koreksi Kacamata Maksimal atau Tidak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	<i>Low Vision</i> (%)*	Kebutaan (%)**
Sumba Barat	8,9	1,4
Sumba Timur	2,4	0,3
Kupang	4,2	0,6
Timor Tengah Selatan	4,2	0,5
Timor Tengah Utara	3,9	1,2
Belu	11,1	4,3
Alor	4,6	0,5
Lembata	5,5	1,3
Flores Timur	7,0	2,8
Sikka	10,5	1,3
Ende	5,7	1,1
Ngada	4,8	1,4
Manggarai	3,8	1,4
Rote Ndao	7,0	1,9
Manggarai Barat	2,6	2,1
Kota Kupang	0,6	0,2
NTT	5,4	1,4

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

**) Kisaran visus $< 3/60$

Persentase *low vision* di Provinsi NTT berkisar antara 0.6% (Kota Kupang) sampai 11.1% (Belu). sedangkan Persentase kebutaan berkisar 0.2% (Kota Kupang) sampai 4.3% (Belu). Rendahnya Persentase *low vision* dan kebutaan di Kota kupang kemungkinan di ibukota provinsi lebih mudah mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan mata. Dibandingkan dengan Persentase *low vision* di tingkat provinsi. 9 dari 16 kabupaten yang ada masih memiliki Persentase lebih tinggi (Persentase nasional *low vision*: 4.29%. Persentase kebutaan tingkat provinsi sebesar 1.4%. lebih tinggi dari Persentase tingkat nasional (0.9%) dan terdapat 11 kabupaten yang menunjukkan Persentase lebih tinggi dibanding Persentase tingkat provinsi. Diperlukan kajian lebih lanjut untuk mengidentifikasi penyebab *low vision* dan kebutaan sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan kebijakan di tingkat kabupaten. Mempertimbangkan bahwa keadaan *low vision* dan kebutaan akan mengakibatkan seseorang kehilangan kemandirian untuk menjalankan aktivitas sehari-hari. maka penanganan khusus untuk memberikan koreksi penglihatan maksimal bagi penderita *low vision* dan kebutaan dengan penyebab yang dapat diperbaiki. tampaknya cukup esensial guna mengembalikan kemampuan penderita dalam upaya memenuhi kebutuhan hidup pribadi dan keluarganya.

Tabel 3.5.3.2
Persentase Penduduk Usia > 5 Tahun dengan *Low Vision* dan Kebutaan dengan Koreksi Kacamata Maksimal atau Tidak Menurut Karakteristik di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	<i>Low Vision</i> *	Kebutaan**
Kelompok Umur (Tahun)		
5 – 14	1.1	0.1
15 – 24	0.6	0.0
25 – 34	1.1	0.2
35 – 44	3.2	0.2
45 – 54	8.9	1.2
55 – 64	17.9	3.9
65 – 74	33.6	10.1
75+	39.8	26.1
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	4.8	1.2
Perempuan	5.9	1.7
Lama Pendidikan		
≤ 6 Tahun	35.6	10.9
7-12 Tahun	2.7	0.3
>12 Tahun	3.1	0.6
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	7.9	4.9
Sekolah	0.3	0.0
Mengurus RT	7.0	1.3
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	1.8	0.1
Wiraswasta	2.7	0.8
Petani/Nelayan/Buruh	9.5	2.3
Lainnya	9.5	2.3
Tipe Daerah		
Perkotaan	2.0	0.3
Perdesaan	6.2	1.7
Tingkat Pengeluaran per Kapita		
Kuintil-1	4.6	1.2
Kuintil-2	5.7	1.4
Kuintil-3	5.7	1.6
Kuintil-4	5.7	1.6
Kuintil-5	5.1	1.4

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

**) Kisaran visus $< 3/60$

Tabel 3.5.3.2 menunjukkan bahwa Persentase *low vision* makin meningkat sesuai pertambahan usia dan meningkat tajam pada kisaran usia 45 tahun keatas. sedangkan Persentase kebutaan meningkat tajam pada golongan usia 55 tahun keatas. Beberapa penelitian tentang *low vision* dan kebutaan di negara tetangga melaporkan bahwa katarak senilis (proses degeneratif) merupakan penyebab tersering yang ditemukan pada penduduk golongan umur 50 tahun keatas. Katarak adalah salah satu penyebab gangguan visus yang dapat dikoreksi dengan operasi. sehingga besar harapan bagi penderita *low vision* dan kebutaan akibat katarak untuk dapat melihat kembali pasca operasi dan koreksi. Perlu

disusun kebijakan oleh pihak berwenang dalam upaya rehabilitasi *low vision* dan kebutaan akibat katarak. sehingga kebergantungan penderita dapat dihilangkan.

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

Persentase *low vision* dan kebutaan pada penduduk paling tinggi pada tingkat pendidikan rendah sedangkan pada tingkat pendidikan sedang relatif lebih sedikit dibandingkan dengan pada tingkat pendidikan tinggi. Sementara menurut pekerjaannya sebaran yang paling banyak pada kelompok petani/nelayan/buruh lainnya diikuti yang tidak bekerja. Kenyataan bahwa Persentase penduduk yang kehilangan kemandirian akibat *low vision* dan kebutaan pada umumnya juga mempunyai keterbatasan pendidikan dan pekerjaan/penghasilan. menyebabkan kekhawatiran akan timbulnya kebergantungan mereka kepada orang lain. baik secara fisik maupun finansial. yang makin memperberat beban keluarga. sehingga membutuhkan perhatian dan penanganan khusus dari pihak pemerintah dan sektor terkait lainnya.

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

Tabel 3.5.3.3
Persentase Penduduk Usia \geq 30 Tahun yang Pernah Didiagnosis Katarak
Oleh Tenaga Kesehatan Atau Dengan Gejala/ Masalah Penglihatan
dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota,
di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Diagnosis(%)	Diagnosis Atau Gejala(%)
Sumba Barat	2.2	29.7
Sumba Timur	0.9	24.2
Kupang	2.1	28.6
Timor Tengah Selatan	3.8	30.1
Timor Tengah Utara	0.2	36.9
Belu	2.5	27.4
Alor	0.8	33.7
Lembata	0.7	29.4
Flores Timur	1.4	21.3
Sikka	0.8	34.4
Ende	1.5	28.6
Ngada	1.7	27.0
Manggarai	0.6	28.9
Rote Ndao	0.4	34.8
Manggarai Barat	0.6	18.8
Kota Kupang	1.5	17.3
NTT	1.5	28.1

Secara keseluruhan, tabel ini memperlihatkan bahwa Persentase penduduk usia 30 tahun keatas yang pernah didiagnosis katarak dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) dalam 12 bulan terakhir hanya sekitar 1:27 di tingkat provinsi, atau lebih tinggi dengan rasio tingkat nasional. Fakta ini menggambarkan sangat rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh nakes di hampir semua kabupaten di wilayah NTT. Persentase diagnosis oleh nakes terendah ditemukan di TTU (0.2%) dan yang tertinggi adalah di TTS (3.8%). Meskipun demikian, Persentase katarak yang didiagnosis di Provinsi Kalsel sedikit lebih rendah dibandingkan Persentase tingkat nasional (1.8%).

Khusus di wilayah kepulauan Flores dan kepulauan Alor yaitu Lembata, Sikka, Manggarai, Manggarai Barat dan Alor, tampak bahwa Persentase katarak yang didiagnosis nakes terbesar ditemukan di Manggara, diikuti secara berurutan oleh Sikka, Alor, Lembata dan Manggarai Barat. Adapun rasio Persentase katarak berdasarkan diagnosis atau gejala dari yang terendah berturut-turut adalah sebagai berikut: Manggarai (1:48); Sikka (1:43); Alor (1:42); Lembata (1:42); dan Manggarai Barat (1:32). Keadaan ini dapat berarti bahwa oleh karena satu dan lain hal, cakupan diagnosis katarak hanya sekitar 2% di Manggarai, sehingga pemerintah daerah (Pemda) selayaknya memikirkan strategi khusus untuk dapat menjangkau penderita katarak secara aktif, terutama yang sudah mengalami gangguan penglihatan *low vision* dan kebutaan untuk menjalani rehabilitasi berupa operasi katarak yang prosedur penatalaksanaan dan pembiayaannya mungkin juga memerlukan dukungan penuh dari Pemda dan sektor terkait lainnya.

Tabel 3.5.3.4
Persentase Penduduk Usia \geq 30 Tahun yang Pernah Didiagnosis Katarak
Oleh Tenaga Kesehatan Atau Dengan Gejala/Masalah Penglihatan
Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik,
di Propinsi NTT, di Riskesdas 2007

Karakteristik	Diagnosis (%)	DG (%)
Kelompok Umur (Tahun)		
30 – 34	0.4	6.3
35 – 44	0.7	14.9
45 – 54	1.8	30.6
55 – 64	2.1	44.3
65 – 74	3.4	60.0
75+	4.6	69.8
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	1.7	27.3
Perempuan	1.4	28.8
Lama Pendidikan		
\leq 6 Tahun	1.5	32.4
7-12 Tahun	1.6	15.9
>12 Tahun	1.6	16.8
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	2.6	49.0
Sekolah	2.3	23.3
Mengurus RT	1.1	23.5
Pegawai (Negeri. Swasta. Polri)	2.0	16.2
Wiraswasta	1.9	17.1
Petani/ Nelayan/ Buruh	1.4	31.5
Lainnya	2.8	26.5
Klasifikasi Desa		
Perkotaan	2.0	17.5
Perdesaan	1.4	30.3
Kuintil		
Kuintil-1	1.3	27.6
Kuintil-2	1.3	28.1
Kuintil-3	1.4	29.9
Kuintil-4	2.0	29.1
Kuintil-5	1.5	26.5

Tabel 3.5.3.4 menunjukkan bahwa Persentase diagnosis katarak oleh nakes meningkat sesuai pertambahan usia. cenderung lebih besar pada laki-laki (1.7%) dan sedikit lebih besar di daerah perkotaan (2.0%). Seperti halnya *low vision* dan kebutaan. Persentase diagnosis katarak oleh nakes lebih besar pada penduduk dengan latar pendidikan 6 tahun atau kurang dan pada kelompok penduduk yang tidak bekerja. Hal tersebut mungkin berkaitan dengan meningkatnya berbagai program penjangkaran kasus katarak secara gratis dan massal yang dikelola oleh organisasi profesi (dokter ahli mata) bekerja sama dengan berbagai sarana pemerintah (pemanfaatan ASKESKIN). maupun swasta (rumah sakit. organisasi/yayasan sosial). Persentase diagnosis katarak oleh nakes yang masih sangat rendah mungkin juga berhubungan dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kesehatan matanya. meskipun mereka telah mengalami gejala gangguan penglihatan.

Besarnya Persentase diagnosis katarak pada penduduk yang bekerja di sektor formal ataupun wiraswasta dapat terjadi karena lebih banyak menggunakan indera mata dibandingkan dengan yang bekerja di sektor informal seperti petani, nelayan, buruh atau ibu rumah tangga. Persentase diagnosis katarak oleh nakes juga tersebar merata pada 5 kuintil yang dikelompokkan berdasarkan pengeluaran per kapita per bulan dalam rumah tangga, tetapi tampak bahwa prevalensi katarak terendah ditemukan pada kuintil tertinggi (26.5%). Mengingat bahwa patogenesis katarak berkaitan dengan multifaktor, maka rendahnya prevalensi pada kuintil 5 perlu diinvestigasi lebih lanjut, sehingga dapat diidentifikasi faktor yang menekan terjadinya katarak pada kuintil ini, untuk selanjutnya jika memungkinkan dapat diterapkan pada kelompok kuintil lainnya.

Besarnya Persentase penduduk yang mempunyai gejala utama katarak, tetapi belum didiagnosis oleh nakes menggambarkan perlunya tindakan aktif sektor penyedia pelayanan kesehatan dalam mengidentifikasi kasus katarak dalam masyarakat, dengan istilah lain "menjemput bola" di lapangan. Program pelayanan kesehatan pra-usia lanjut dan usia lanjut yang diperoleh pada kabupaten/kota di Provinsi NTT mempunyai cakupan rata-rata sebesar pada tahun 2006, cakupan tersebut perlu ditingkatkan dan pemeriksaan rutin katarak dapat diintegrasikan pada program ini.

Tabel 3.5.3.5 *
Persentase Penduduk Usia \geq 30 Tahun Dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak Atau Mamakai Kacamata Setelah Operasi Katarak Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Operasi Katarak	Pakai Kacamata Pasca Operasi
Sumba Barat	37.5	50.0
Sumba Timur	14.3	3.5
Kupang	25.0	75.0
Timor Tengah Selatan		
Timor Tengah Utara	50.0	100.0
Belu		
Alor		
Lembata	33.3	3.6
Flores Timur	25.0	66.7
Sikka	40.0	50.0
Ende	31.3	40.0
Ngada	20.0	50.0
Manggarai	40.0	50.0
Rote Ndao	33.3	100.0
Manggarai Barat	25.0	3.7
Kota Kupang	13.3	50.0
NTT	15.1	56.3

Catatan: *) Responden yang pernah didiagnosis Katarak oleh nakes

Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 15.1 dengan kisaran terendah di Kota Kupang (13.3%) dan tertinggi kabupaten TTU

(50.0%). tidak ada operasi katarak di TTS, Belu dan Alor (diagnosis katarak oleh nakes masing-masing 3.8%, 2.5%, 0.8%). Cakupan operasi ini masih sangat rendah, sehingga dapat mengakibatkan penumpukan kasus katarak pada tahun terkait (2007) adalah sebesar 84.9% di tingkat provinsi. Perlu kajian lebih lanjut untuk mengidentifikasi faktor-faktor penyebab rendahnya cakupan operasi katarak di tingkat kabupaten dan provinsi sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan kebijakan di bidang kesehatan, khususnya untuk mengatasi masalah *low vision* dan kebutaan akibat katarak.

Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di tingkat provinsi adalah sebesar 56.3% dengan kisaran terendah adalah di Kota Baru, HSU, Barito Kuala, dan Balangan (0%) dan tertinggi adalah TTU dan Rote Ndao (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. Kemungkinan lain adalah hasil operasi katarak di Ende (31.3%) cukup baik, sehingga visus pasca operasi mendekati normal dan penderita yang memerlukan kacamata pasca operasi hanya 40%. Persentase operasi katarak tertinggi di TTU diikuti dengan pemberian kacamata pada 100.0% penderita pasca operasi, dengan kata lain seluruh penderita katarak pasca operasi memerlukan kacamata untuk kegiatan harian.

Tabel 3.5.3.6 *
**Persentase Penduduk Usia \geq 30 Tahun Dengan Katarak yang Pernah
 Menjalani Operasi Katarak Atau Memakai Kacamata Setelah Operasi Katarak
 dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas
 2007**

Karakteristik	Operasi Katarak	Pakai Kacamata Pasca Operasi
Kelompok Umur (Tahun)		
30 – 34		
35 – 44	12.1	3.8
45 – 54	10.1	100.0
55 – 64	17.4	50.0
65 – 74	12.2	16.7
75+	33.3	72.7
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	16.4	61.9
Perempuan	12.3	38.5
Lama Pendidikan		
\leq 6 Tahun	17.1	53.6
7-12 Tahun	7.7	40.0
>12 Tahun	15.4	100.0
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	18.2	75.0
Sekolah		50.0
Mengurus RT	4.4	100.0
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	14.3	33.3
Wiraswasta	20.0	42.1
Petani/Nelayan/Buruh	17.9	100.0
Lainnya	9.1	75.0
Klasifikasi Desa		
Perkotaan	17.0	66.7
Perdesaan	14.1	50.0
Tingkat Pengeluaran per Kapita		
Kuintil-1	11.8	3.9
Kuintil-2	17.1	33.3
Kuintil-3	9.5	50.0
Kuintil-4	13.8	50.0
Kuintil-5	20.0	83.3

Catatan: *) Responden yang pernah didiagnosis katarak oleh nakes

Persentase operasi katarak pada laki-laki menurut tabel di atas. sesuai dengan Persentase diagnosis katarak oleh nakes. Fakta ini memperkuat asumsi bahwa kesempatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lebih besar pada laki-laki dibanding perempuan.

Persentase operasi katarak lebih besar pada kelompok penduduk dengan latar pendidikan ≤ 6 tahun. lebih besar pada kelompok wiraswasta. 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 pedesaan. Tingkat pendidikan yang rata-rata lebih tinggi dan jenis pekerjaan pegawai (jenis pekerjaan formal) umumnya lebih banyak ditemukan di daerah perkotaan. sehingga kebutuhan penduduk akan tajam penglihatan maksimal untuk bekerja di perkotaan lebih besar dibanding di pedesaan.

3.5.4 Kesehatan Gigi

Berbagai program pelayanan kesehatan gigi dan mulut telah dilaksanakan, baik promotif, preventif, protektif, kuratif maupun rehabilitatif. Untuk mencapai target pencapaian tahun 2010 pelayanan kesehatan gigi yang terdiri dari "5 levels of care" tersebut harus berjalan secara serentak bersama-sama.

Berbagai indikator dan target pencapaian gigi sehat tahun 2010 ditentukan WHO, antara lain anak umur 5 tahun 90% bebas karies; anak umur 12 tahun mempunyai tingkat keparahan kerusakan gigi (index DMF-T) sebesar satu gigi; penduduk umur 18 tahun tidak satupun gigi yang dicabut (komponen M = 0); penduduk umur 35-44 tahun memiliki minimal 20 gigi berfungsi sebesar 90%, dan penduduk tanpa gigi (edentulous) $\leq 2\%$; penduduk umur 65 tahun ke atas masih mempunyai gigi berfungsi sebesar 75% dan penduduk tanpa gigi $\leq 5\%$ ¹

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

Sehat/Promotif	Rawan(Protektif)	Laten/Deteksi Dini dan Terapi	Sakit/Kuratif	Cacat/Rehabilitatif
% bebas karies umur 5 th	<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	

- Sumber WHO 2005
- *Performed Treatment Index(PTI)* merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang ditumpat terhadap angka DMF-T. PTI menggambarkan motivasi dari seseorang untuk menempatkan 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.

Index DMF-T merupakan penjumlahan dari nilai komponen D, M, dan F yang menunjukkan banyaknya kerusakan gigi yang pernah dialami seseorang baik berupa Decay (gigi karies atau gigi berlubang), Missing (gigi dicabut), atau Filling (gigi ditumpat). Kerusakan gigi bersifat *irreversible* artinya kerusakan tersebut tidak dapat sembuh seperti halnya luka jaringan lainnya, melainkan cacat selamanya. Prevalensi orang dengan pengalaman karies atau orang dengan

index DMF-T>0 menggambarkan jumlah penduduk yang mempunyai pengalaman karies dalam hidupnya.

Tabel 3.5.4.1 menggambarkan prevalensi penduduk bermasalah gigi-mulut dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi dalam 12 bulan terakhir menurut provinsi.

Tabel 3.5.4.1
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Bermasalah Gigi-mulut	Menerima Perawatan Dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
Sumba Barat	28.3	11.7	4.2
Sumba Timur	26.0	15.1	2.1
Kupang	20.7	19.3	1.3
Timor Tengah Selatan	15.9	20.7	1.1
Timor Tengah Utara	23.2	27.2	1.0
Belu	14.4	31.3	0.8
Alor	19.2	24.0	1.5
Lembata	24.5	34.2	1.1
Flores Timur	23.3	23.5	1.0
Sikka	24.8	23.2	1.4
Ende	27.7	33.7	0.6
Ngada	35.5	18.2	1.5
Manggarai	37.8	20.2	0.2
Rote Ndao	21.2	20.4	1.0
Manggarai Barat	51.0	12.9	0.4
Kota Kupang	18.4	49.9	0.3
NTT	25.1	23.1	1.0

Termasuk Tenaga Medis Gigi: Perawat Gigi. Dokter Gigi. Atau Dokter Spesialis Kesehatan Gigi Dan Mulut

Di Provinsi NTT 25% penduduk bermasalah gigi-mulut. Kabupaten/Kota yang memiliki masalah gigi mulut tertinggi adalah Manggarai Barat (51.0%), diikuti Ngada (35.5%) dan Sumba Barat (28.3%), sedangkan kabupaten yang paling rendah masalah gigi-mulut adalah Belu (14.4%). Diantara yang bermasalah gigi mulut, yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi adalah 23.1%. Kabupaten/Kota yang terbanyak menerima perawatan gigi oleh tenaga medis gigi yaitu Kota Kupang (49.9%), Lembata (34.2%), dan Ende (33.7%). Kabupaten/Kota yang paling sedikit menerima perawatan medis gigi yaitu Sumba Barat (11.7%), Manggarai Barat (12.9%) dan Sumba Timur (15.1%).

Prevalensi edentulous 1,0%. Daerah dengan prevalensi edentulous terbanyak yaitu Sumba Barat (4,2%), Sumba Timur (2,1%) serta Alor dan Ngada masing-masing 1,5%.

Tabel 3.5.4.2
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik,
di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Bermasalah Gimul	Menerima Perawatan Dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
Umur			
< 1	0.2	0.0	0.00
1 - 4	5.1	21.2	0.02
5 - 9	19.3	24.0	0.04
10 - 14	21.0	24.7	0.02
15 - 24	23.5	24.9	0.00
25 - 34	31.4	23.1	0.02
35 - 44	33.6	25.5	0.99
45 - 54	35.7	22.6	0.31
55 - 64	34.7	20.7	2.89
65+	31.1	13.9	14.07
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	25.2	22.6	0.8
Perempuan	25.0	23.6	1.3
Klasifikasi Desa/Kota			
Perkotaan	23.0	38.2	0.4
Perdesaan	25.5	20.0	1.2
Tingkat Pengeluaran per Kapita			
Kuintil-1	22.9	17.0	1.1
Kuintil-2	24.0	21.1	1.0
Kuintil-3	24.4	23.0	0.9
Kuintil-4	26.6	23.7	1.3
Kuintil-5	27.6	29.3	0.8

Prevalensi penduduk NTT yang memiliki masalah gigi semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Prevalensi yang menerima perawatan dari tenaga medis banyak pada usia anak 5 tahun ke atas dan terus meningkat sampai usia 35-44 tahun. Selanjutnya ada usia 45 tahun ke atas Persentase yang menerima perawatan dari tenaga medis menurun. Sedangkan prevalensi hilang seluruh gigi asli meningkat tajam pada usia 35-44 tahun sebesar 0.99% dan paling banyak pada usia 65 tahun ke atas sebanyak 14.07%. Prevalensi pria yang memiliki masalah gigi-mulut sedikit lebih tinggi daripada wanita tetapi prevalensi yang mendapatkan perawatan tenaga medis dan yang hilang seluruh gigi lebih banyak pada wanita.

Prevalensi penduduk yang memiliki masalah gigi-mulut dan yang kehilangan seluruh gigi lebih banyak di daerah perdesaan. Persentase yang menerima perawatan tenaga medis lebih banyak di daerah perkotaan. Prevalensi penduduk yang memiliki masalah gigi-mulut dan yang mendapatkan perawatan dari tenaga medis gigi meningkat pada kuintil yang lebih tinggi.

Tabel 3.5.4.3
Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut
Jenis Perawatan dan Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah	Pemasangan Protosa/ Bridge	Konseling Perawatan/ Kebersihan	Lainnya
Sumba Barat	87.5	31.2	9.1	34.4	6.2
Sumba Timur	89.2	36.1	6.0	39.0	7.3
Kupang	88.7	26.8	2.1	19.0	1.4
Timor Tengah Selatan	94.5	18.8	1.6	30.5	
Timor Tengah Utara	92.9	24.4		3.1	
Belu	96.6	14.7	1.7	6.8	1.1
Alor	92.3	23.1	1.3	16.7	5.2
Lembata	93.9	11.1	1.2	4.9	1.2
Flores Timur	88.5	30.0	1.8	20.7	1.9
Sikka	86.1	30.5	3.3	19.2	
Ende	96.2	19.5	1.0	3.8	1.0
Ngada	93.2	12.2		9.3	4.0
Manggarai	95.6	6.3		6.6	0.5
Rote Ndao	95.7	19.6	2.2	23.9	10.9
Manggarai Barat	87.3	34.9	7.1	30.7	0.8
Kota Kupang	87.0	52.2	2.4	11.7	1.6
NTT	92.0	23.9	2.0	14.3	1.7

Di Provinsi NTT sebesar 92.0% penduduk mendapatkan pengobatan gigi dengan prevalensi tertinggi di Belu (96.6%), Ende (96.2%), dan Rote Ndao (95.7%). Penduduk yang terendah mendapatkan pengobatan gigi yaitu di Kab Sikka (86.1%). Sedangkan penduduk yang menerima penambalan, pencabutan/bedah gigi tertinggi di Kota Kupang (52.2%) diikuti Sumba Timur (36.1%) dan Manggarai Barat (34.9%); sedangkan prevalensi yang terendah di Manggarai (6.3%), Lembata (11.1%) dan Ngada (12.2%).

Tabel 3.5.4.4
Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi
menurut Jenis Perawatan dan Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah Gigi	Pemasangan Gigi Palsu Lepas atau Gigi Palsu Cekat	Konseling Perawatan/ Kebersihan Gigi	Lainnya
Umur					
< 1					
1 – 4	93.3	11.7	0.4	9.0	1.2
5 – 9	95.2	13.5	0.9	10.9	0.4
10 – 14	91.0	19.5	0.7	12.5	1.0
15 – 24	93.2	30.1	0.5	17.6	1.6
25 – 34	91.1	31.1	2.8	16.2	1.6
35 – 44	92.2	28.6	3.2	14.6	2.6
45 – 54	88.6	26.1	3.6	16.3	3.0
55 – 64	86.8	28.9	6.6	15.4	3.3
65+	90.9	2.3		18.2	
Jenis Kelamin					
Laki-laki	91.8	22.4	2.1	13.9	1.5
Perempuan	92.1	25.3	1.7	14.7	1.7
Tipe Daerah					
Perkotaan	87.4	44.0	4.2	18.9	2.3
Perdesaan	93.7	16.2	1.0	12.5	1.3
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan					
Kuintil 1	93.0	13.0	1.1	6.4	0.4
Kuintil 2	94.9	19.8	1.1	11.9	0.8
Kuintil 3	92.6	19.1	1.0	12.2	1.0
Kuintil 4	93.5	25.7	1.9	17.0	1.3
Kuintil 5	87.9	34.4	3.7	19.7	3.0

Di provinsi NTT persentase yang melakukan pengobatan gigi relatif merata tinggi pada berbagai kelompok umur mulai umur 10-14 tahun (9 diantara 10 penduduk). Prevalensi penduduk yang melakukan penambalan/pencabutan/bedah mulut meningkat dan mencapai puncak (31%) pada kelompok usia 25-34 tahun kemudian menurun tajam dan hanya 2% pada umur 65 tahun ke atas. Penduduk perempuan dan penduduk di perkotaan menerima penambalan/pencabutan/bedah mulut lebih banyak dibanding laki-laki dan penduduk perdesaan.

Prevalensi penduduk yang memakai gigi palsu lepasan atau gigi palsu cekat sangat rendah hanya mencapai ..% pada umur 65 tahun ke atas. Penduduk perkotaan lebih banyak memakai gigi palsu lepasan atau gigi palsu cekat dibanding penduduk perdesaan.

Kelompok umur 15-24 tahun paling banyak menerima konseling perawatan/kebersihan gigi yaitu 18%.

Prevalensi penduduk yang menerima perawatan gigi meningkat dengan semakin tingginya kuintil/pengeluaran rumah tangga.

Tabel 3.14
Persentase Penduduk 10 Th > yang Menggosok Gigi Setiap Hari
dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi
NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perilaku Menggosok Gigi			
	Menggosok Gigi Setiap Hari		Berperilaku Benar Menyikat Gigi	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Sumba Barat	40.7	59.3	2.7	97.3
Sumba Timur	53.6	46.4	6.7	93.3
Kupang	88.0	12.0	2.5	97.5
Timor Tengah Selatan	66.4	33.6	3.5	96.5
Timor Tengah Utara	94.9	5.1	0.7	99.3
Belu	79.2	20.8	9.1	90.9
Alor	66.1	33.9	4.9	95.1
Lembata	75.8	24.2	9.6	90.4
Flores Timur	78.5	21.5	6.5	93.5
Sikka	67.6	32.4	4.0	96.0
Ende	75.3	24.7	2.3	97.7
Ngada	38.6	61.4	1.5	98.5
Manggarai	70.6	29.4	5.4	94.6
Rote Ndao	89.8	10.2	9.5	90.5
Manggarai Barat	75.9	24.1	4.6	95.4
Kota Kupang	98.9	1.1	6.4	93.6
NTT	74.7	25.3	5.0	95.0

Catatan :

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

Di Provinsi NTT, 75% penduduk menggosok gigi setiap hari, namun hanya 5% penduduk yang menggosok gigi dengan benar yaitu sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Kabupaten/Kota dengan persentase tertinggi penduduk menggosok gigi setiap hari adalah di Kota Kupang (99%). Timor Tengah Utara (95%). dan Rote Ndao (90%). Sedangkan Kab dengan prevalensi menggosok gigi setiap hari terendah yaitu Ngada (39%) diikuti dengan Sumba Barat (41%) dan Sumba Timur (54%).

Persentase tertinggi penduduk yang menggosok gigi dengan benar adalah di kab. Lembata (10%), Rote Ndao (10%) dan Belu (9%), sedangkan kab dengan prevalensi menggosok gigi dengan benar yang terendah yaitu TTU (0.7%). Ngada (2%) dan Kupang (3%).

Tabel 3.5.4.6
Persentase Penduduk 10 Th > yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perilaku Menggosok Gigi			
	Menggosok Gigi Setiap Hari		Berperilaku Benar Menggosok Gigi	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Umur				
10 – 14	84.7	15.3	4.3	95.7
15 – 24	88.7	11.3	6.6	93.4
25 – 34	82.7	17.3	5.2	94.8
35 – 44	76.3	23.7	5.8	94.2
45 – 54	68.3	31.7	4.7	95.3
55 – 64	51.0	49.0	3.0	97.0
65+	35.2	64.8	2.2	97.8
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	74.6	25.4	4.7	95.3
Perempuan	74.8	25.2	5.2	94.8
Daerah				
Perkotaan	93.8	6.2	12.6	87.4
Perdesaan	70.1	29.9	3.1	96.9
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan				
Kuintil-1	71.4	28.6	2.4	97.6
Kuintil-2	71.3	28.7	2.7	97.3
Kuintil-3	72.5	27.5	3.7	96.3
Kuintil-4	75.4	24.6	5.3	94.7
Kuintil-5	83.3	16.7	9.7	90.3

Di Provinsi NTT persentase menggosok gigi dengan cara yang benar mencapai 7% pada umur 15-24 tahun, kemudian menurun pada umur yang lebih tua.

Di perkotaan persentase penduduk yang menggosok gigi dengan cara benar lebih tinggi (13%) dibanding di perdesaan (3%).

Semakin tinggi kuintil atau tingkat pengeluaran keluarga, semakin tinggi persentase penduduk yang menggosok gigi dengan benar.

Tabel 3.5.4.7
Persentase Waktu Menyikat Gigi pada Penduduk 10 Th > yang Menggosok Gigi
Setiap Hari Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Mengosok Gigi Setiap Hari				
	Saat Mandi Pagi Dan Atau Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lainnya
Sumba Barat	66.1	15.5	27.6	15.5	9.1
Sumba Timur	81.2	23.2	56.2	24.0	2.8
Kupang	39.3	8.2	70.4	10.6	0.9
Timor Tengah Selatan	30.7	8.2	86.3	17.0	2.9
Timor Tengah Utara	23.8	1.9	79.9	5.0	0.7
Belu	77.8	16.4	57.6	15.4	2.0
Alor	79.4	15.7	25.5	14.4	5.9
Lembata	72.9	33.7	37.0	22.7	2.4
Flores Timur	75.9	24.7	31.3	18.2	2.2
Sikka	73.7	14.7	24.4	13.3	1.1
Ende	84.7	9.1	22.1	9.5	3.2
Ngada	82.7	20.1	17.0	10.8	2.5
Manggarai	94.3	31.7	25.9	12.1	12.4
Rote Ndao	63.0	14.9	67.1	20.9	2.5
Manggarai Barat	89.1	25.2	11.0	21.1	3.6
Kota Kupang	86.8	12.8	50.2	26.2	1.3
NTT	68.5	16.2	47.8	15.6	3.3

Di Provinsi NTT sebagian besar penduduk (69%) menggosok gigi setiap hari saat mandi pagi dan atau sore; persentase terendah adalah di Timor Tengah Utara (24%), Timor Tengah Selatan (31%), dan Kupang (39%).

Persentase penduduk yang menggosok gigi setiap hari sesudah makan pagi juga cukup besar yaitu 48%; persentase tertinggi di Timor Tengah Selatan (86%), Timor Tengah Utara (80%), dan Kupang (70%).

Persentase penduduk yang menggosok gigi setiap hari sebelum tidur malam hanya mencapai 16%. Hal ini perlu diwaspadai, mengingat kejadian karies berkaitan erat dengan waktu menggosok gigi sebelum tidur malam dan juga sesudah makan pagi.

Tabel 3.5.4.8
Persentase Waktu Menyikat Gigi Pada Penduduk 10 Th > yang Menggosok Gigi
Setiap Hari Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Menggosok Gigi Setiap Hari				
	Saat Mandi Pagi dan Atau Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lainnya
Umur					
10 – 14	68.4	17.3	44.2	10.9	1.9
15 – 24	75.6	17.0	46.9	17.9	3.7
25 – 34	70.7	14.8	46.5	16.5	3.7
35 – 44	69.3	16.4	47.4	17.7	4.0
45 – 54	63.2	16.5	52.1	15.6	3.1
55 – 64	57.7	14.9	53.6	13.1	3.8
65+	47.2	14.0	56.4	14.7	3.2
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	69.0	16.2	47.5	14.6	3.4
Perempuan	68.1	16.2	48.1	16.5	3.3
Daerah					
Perkotaan	88.4	20.7	45.8	31.1	1.6
Perdesaan	62.2	14.8	48.4	10.7	3.9
Status Ekonomi					
Kuintil-1	61.3	13.1	51.5	8.9	3.2
Kuintil-2	63.4	13.8	48.8	9.6	3.6
Kuintil-3	66.1	14.6	49.3	12.3	3.9
Kuintil-4	71.9	16.5	46.0	15.9	2.9
Kuintil-5	76.7	21.0	44.8	26.6	3.2

Di Provinsi NTT, persentase penduduk yang menggosok gigi pada saat mandi pagi dan atau sore mengikuti curva U terbalik, meningkat menurut umur kemudian menurun pada umur tua. Perilaku tersebut lebih tinggi pada kuintil yang lebih tinggi, dan diperkotaan lebih tinggi dibanding di perdesaan.

Trend yang sama menurut karakteristik terjadi pada penduduk yang menggosok gigi sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Tabel 3.5.4.9
Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Karakteristik
di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	Index DMF-T
Umur				
12-14	0.42	0.20	0.00	0.64
15-17	0.62	0.20	0.01	0.82
18-34	0.86	0.37	0.00	1.23
35 – 64	1.25	1.84	0.03	3.13
65 +	0.92	15.69	0.05	16.60
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	1.02	3.12	0.03	4.17
Perempuan	1.06	3.19	0.02	4.28
Daerah				
Perkotaan	1.09	2.32	0.05	3.47
Perdesaan	1.03	3.36	0.02	4.41
Status Ekonomi				
Kuintil-1	1.11	2.93	0.01	4.07
Kuintil-2	1.02	2.97	0.02	4.00
Kuintil-3	1.02	3.13	0.02	4.17
Kuintil-4	1.03	3.35	0.02	4.41
Kuintil-5	1.00	3.30	0.05	4.33

Catatan :

D-T : Rata2 jumlah gigi 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)

Di Provinsi NTT rata-rata jumlah gigi berlubang per orang meningkat sesuai umur, tertinggi pada kelompok umur 35-44 tahun. Demikian pula dengan rata-rata jumlah yang hilang baik karena dicabut atau indikasi pencabutan yang meningkat tajam mencapai 16 gigi pada usia 65 tahun ke atas. Sedangkan rata-rata jumlah gigi yang ditumpat relatif kecil meskipun meningkat dengan meningkatnya usia. Dan rata-rata jumlah kerusakan gigi per orang semakin meningkat dengan meningkatnya umur dan mencapai 16.6 pada usia 65 tahun ke atas.

Tabel 3.5.4.10
Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota,
di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	Index DMF-T (X)
Sumba Barat	0.86	4.12	0.01	5.00
Sumba Timur	0.97	2.88	0.01	3.86
Kupang	1.65	3.31	0.01	4.99
Timor Tengah Selatan	0.75	3.21	0.01	3.95
Timor Tengah Utara	0.75	3.89	0.02	4.65
Belu	0.46	2.02	0.01	2.54
Alor	0.71	3.16	0.04	3.90
Lembata	0.60	3.87	0.04	4.52
Flores Timur	1.58	4.60	0.09	6.20
Sikka	0.83	4.42	0.02	5.25
Ende	1.42	3.03	0.01	4.49
Ngada	1.13	3.12	0.01	4.26
Manggarai	1.19	2.68	0.04	3.93
Rote Ndao	0.85	3.00	0.01	3.79
Manggarai Barat	1.38	3.23	0.01	4.64
Kota Kupang	1.14	2.10	0.05	3.28
NTT	1.04	3.16	0.02	4.22

Di Provinsi NTT, rata-rata jumlah gigi berlubang per orang adalah 1.04. Kabupaten/Kota dengan rata-rata jumlah gigi per orang yang berlubang tertinggi yaitu di Kab Kupang (1.65) diikuti dengan Flores Timur (1.58), dan Ende (1.42). Sedangkan rata-rata jumlah gigi per orang yang dicabut atau ada indikasi pencabutan di NTT sebesar 3.16. Kab yang memiliki rata-rata jumlah gigi per orang yang dicabut atau ada indikasi pencabutan yaitu Flores Timur (4.60), Sikka (4.42) dan Sumba Barat (4.12). Dan rata-rata jumlah gigi per orang yang ditumpat sebesar 0.02 di Provinsi NTT dengan Kab yang paling banyak yaitu Flores Timur (0.9) dan masing-masing dengan rata-rata 0.4 yaitu Alor, Lembata dan Manggarai. Rata-rata jumlah kerusakan gigi per orang baik gigi lubang, dicabut maupun ditumpat di Provinsi NTT sebesar 4.22 dengan kabupaten yang tertinggi yaitu Flores Timur (6.2), Sikka (5.25) dan Sumba Barat (5.0).

Tabel 3.5.4.11
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif, dan Pengalaman Karies
Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Karies Aktif	Pengalaman Karies
Umur		
12-14	19.2	22.7
15-17	28.2	33.1
18-34	37.3	43.3
35 – 64	48.9	71.7
65 +	27.9	94.2
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	40.4	64.1
Perempuan	41.0	64.7
Daerah		
Perkotaan	43.2	63.5
Perdesaan	40.1	64.6
Status Ekonomi		
Kuintil-1	41.8	62.5
Kuintil-2	39.2	62.1
Kuintil-3	40.0	63.9
Kuintil-4	40.7	65.6
Kuintil-5	40.8	66.3

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

Orang tanpa pengalaman karies= orang yang memiliki memiliki DMFT $= 0$

Prevalensi karies aktif cenderung meningkat dengan bertambahnya umur tetapi pada kelompok usia 65 tahun keatas prevalensi karies aktif menurun.

Prevalensi pengalaman karies semakin meningkat dengan bertambahnya umu dan meningkat pada kuintil yang lebih tinggi.

Tabel 3.5.4.12
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif, dan Pengalaman Karies
Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Karies Aktif	Pengalaman Karies
Sumba Barat	37.6	59.8
Sumba Timur	37.3	55.0
Kupang	47.2	67.1
Timor Tengah Selatan	33.2	60.4
Timor Tengah Utara	33.3	66.9
Belu	21.3	42.8
Alor	32.6	58.7
Lembata	26.9	65.9
Flores Timur	52.1	80.1
Sikka	39.4	72.0
Ende	53.6	72.7
Ngada	45.2	63.7
Manggarai	49.2	68.6
Rote Ndao	38.7	61.2
Manggarai Barat	54.5	76.6
Kota Kupang	45.1	65.3
NTT	40.7	64.4

Di Provinsi NTT, rata-rata prevalensi tanpa lubang sebesar 59.3 dimana yang terendah di kabupaten Manggarai Barat (45.5), diikuti dengan Ende (46.4) dan Flores Timur (47.9). Sedangkan rata-rata prevalensi karies aktif sebesar 40.7 dimana kabupaten yang dengan prevalensi yang terendah yaitu Belu (21.3), Lembata (26.9), dan TTS (33.2). Untuk prevalensi yang tanpa pengalaman karies, rata-rata sebesar 35.6 dimana yang terendah di kabupaten Flores Timur (19.9) diikuti dengan Manggarai Barat (23.4) dan Ende (27.3). Sedangkan rata-rata prevalensi tanpa pengalaman karies sebesar 64.4 dimana kabupaten yang dengan prevalensi yang terendah yaitu Belu (42.8) diikuti dengan Sumba Timur, (55.0) dan Alor (58.7).

Tabel 3.5.4.13
Required Treatment Index (RTI) dan Performed Treatment Index (PTI)
Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	RTI= (D/DMF-T)X100%	PTI= (F/DMF-T)X100%	(M/DMF-T)X100%
Umur			
12	65.3	30.9	0.5
15	75.0	24.0	0.8
18	69.5	29.8	0.3
35 – 44	39.9	58.7	0.8
65 +	5.5	94.5	0.3
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	24.5	74.9	0.6
Perempuan	24.7	74.6	0.5
Daerah			
Perkotaan	31.4	66.8	1.5
Perdesaan	23.3	76.3	0.4
Status Ekonomi			
Kuintil-1	27.2	72.0	0.3
Kuintil-2	25.5	74.2	0.4
Kuintil-3	24.6	75.0	0.4
Kuintil-4	23.3	76.0	0.4
Kuintil-5	23.0	76.2	1.2

Catatan:

1. 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.
2. Required Treatment Index (RTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang karies terhadap angka DMF-T. RTI menggambarkan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan.

Menurut kelompok umur, prevalensi gigi yang memerlukan perawatan cenderung lebih banyak kelompok usia muda sedangkan prevalensi yang mendapatkan penanganan gigi meningkat dengan bertambahnya usia. Untuk prevalensi gigi hilang/missing relative merata pada semua kelompok umur. Menurut jenis kelamin, prevalensi wanita 117 relative lebih banyak yang mendapatkan perawatan gigi tetapi prevalensi yang ditangani serta yang giginya hilang/missing 117 relative lebih banyak pada pria. Menurut status ekonominya, prevalensi perawatan gigi semakin banyak pada kelompok kuintil atau pengeluaran keluarga rendah. Sedangkan prevalensi yang ditangani cenderung meningkat dengan meningkatnya kuintil atau besarnya pengeluaran keluarga. Namun prevalensi adanya gigi hilang/missing juga cenderung meningkat dengan meningkatnya kuintil atau besarnya pengeluaran keluarga.

Tabel 3.5.4.14
Required Treatment Index (RTI) dan Performed Treatment Index (PTI)
Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RTI= (D/DMF-T)X100	PTI= (F/DMF-T)X100	(M/DMF-T)X100
Sumba Barat	17.3	0.3	82.4
Sumba Timur	25.0	0.3	74.5
Kupang	33.1	0.2	66.4
Timor Tengah Selatan	19.0	0.3	81.3
Timor Tengah Utara	16.1	0.4	83.6
Belu	18.2	0.4	79.6
Alor	18.2	1.0	81.0
Lembata	13.3	0.8	85.6
Flores Timur	25.5	1.4	74.1
Sikka	15.8	0.4	84.2
Ende	31.5	0.3	67.4
Ngada	26.5	0.3	73.3
Manggarai	30.4	0.9	68.2
Rote Ndao	22.5	0.2	79.1
Manggarai Barat	29.6	0.3	69.6
Kota Kupang	34.7	1.4	64.1
NTT	24.6	0.6	74.8

Persentase yang memerlukan perawatan di Provinsi NTT sebesar 24.6 dimana kabupaten dengan prevalensi tertinggi yaitu Kota Kupang (34.7). Kabupaten Kupang (33.1) dan Manggarai (30.4). Sedangkan prevalensi yang mendapatkan penanganan tumpat yang tertinggi di Kabupaten Lembata (85.6) diikuti dengan Sikka (84.2) dan TTU (83.6). Dan prevalensi yang mengalami gigi hilang/missing yang tertinggi di Kota Kupang (1.4). Flores Timur (1.40 dan Manggarai (0.9).

Tabel 3.5.4.15
Persentase Penduduk Dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk Edentulous Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Fungsi Normal Gigi (%)	Edentulous (%)	Orang Dg Protosa (%)
Umur			
12-14	99.9	0.1	
15-17	100.0		
18-34	100.0		
35 – 44	98.5	0.1	2.8
65 +	46.6	14.1	6.6
Jenis Kelamin			
Laki-laki	92.4	1.2	2.1
Perempuan	92.1	1.8	1.7
Daerah			
Perkotaan	95.8	0.5	4.2
Perdesaan	91.4	1.7	1.0
Status Ekonomi			
Kuintil-1	92.7	1.9	1.1
Kuintil-2	92.6	1.5	1.1
Kuintil-3	92.5	1.3	1.0
Kuintil-4	91.7	1.7	1.9
Kuintil-5	92.0	1.1	3.7
NTT	92.3	1.5	2.0

Catatan :

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

Prevalensi fungsi gigi normal menurun pada kelompok usia 65 tahun ke atas. demikian pula dengan prevalensi orang tanpa gigi atau memakai protesa. Menurut jenis kelaminnya. pria relatif lebih banyak yang memiliki fungsi gigi normal atau memakai protesa. Sedangkan wanita relatif lebih banyak tanpa gigi. Hal tersebut juga terjadi menurut daerahnya. di perkotaan relatif lebih banyak yang memiliki fungsi gigi normal atau memakai protesa. Sedangkan di perdesaan relatif lebih banyak tanpa gigi. Menurut status ekonominya. prevalensi dengan fungsi gigi normal dan tanpa gigi relatif merata pada kelompok kuintil tetapi yang memakai protesa relatif lebih banyak dengan meningkatnya kelompok kuintil atau semakin besar pengeluaran keluarga.

3.6. Cedera dan Disabilitas

3.6.1 Cedera

Kasus cedera Riskesdas 2007 diperoleh berdasarkan wawancara. Cedera yang ditanyakan adalah yang dialami responden selama 12 bulan terakhir dan kepada semua umur. Yang dimaksud cedera dalam Riskesdas 2007 adalah kecelakaan dan peristiwa yang sampai membuat kegiatan sehari-hari responden menjadi terganggu.

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

Tabel 3.6.1.1
Prevalensi Cedera dan Proporsio Penyebab Cedera menurut Kelompok Umur
di Propinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Cedera	Penyebab Cedera															
		Kecelakaan Transportasi di Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Tajam/Tumpul	Penyerangan	Ditembak Senjata Api	Dengan Dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan Medis	Lainnya
<1	4,3	4,8			85,7	19,0											
1-4	15,4	2,5			90,6	13,1	0,3		0,5		0,3		0,9				0,8
5-14	15,4	5,5	0,1	0,3	79,8	24,1	1,2	0,1	0,2		0,1	0,3	0,4		0,0		2,3
15-24	12,7	34,6	0,3	0,0	51,4	30,1	0,8		1,0		0,3	0,3	1,4				1,8
25-34	12,2	27,8	0,2	0,2	44,1	40,3	1,8		1,3		0,2	0,6	0,6				2,9
35-44	11,2	23,7	0,5	0,2	43,2	38,8	2,3	0,2	1,1			0,9	0,5				1,3
45-54	4,3	16,1	0,5		45,1	40,3	2,4		2,2			0,2	0,7		0,0		2,3
55-64	15,4	6,1			64,2	31,0	0,4		0,9				2,2		0,9		1,8
65-74	15,4	9,6			65,9	29,3	2,4				1,2		0,6				0,6
75+	12,7	0,0			77,6	20,9			1,5								3,1

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

Tabel 3.6.1.1 menggambarkan prevalensi cedera dan Persentase penyebab cedera menurut kelompok umur. Prevalensi tertinggi cedera terjadi pada kelompok umur 55 – 64 tahun dan 65 – 74 tahun, 1 – 4 tahun dan 5 – 14 tahun (15,4). Bila dilihat dari penyebab cedera terdapat perbedaan yang nyata penyebab cedera antar kelompok umur. Penyebab terbanyak dari semua kelompok umur adalah jatuh, kemudian disusul terluka benda tajam/tumpul, dan kecelakaan transportasi.

Tabel 3.6.1.2

Prevalensi Cedera dan Proposi Penyebab Cedera menurut Pendidikan, di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Pendidikan	Cedera	Penyebab Cedera															
		Kecelakaan Transportasi di Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Tajam/Tumpul	Benda Penyerangan	Ditembak Dengan Senjata Api	Kontak Dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Listrik, Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Medis	Tindakan Lainnya
Tidak Sekolah	11,0	8,0			63,4	33,9	3,1		0,3				0,3				0,7
Tidak Tamat SD	13,0	10,3	0,3	0,3	64,2	30,2	1,9	0,1	1,1		0,2	0,2	0,6	0,5			2,9
Tamat SD	12,2	15,5	0,3	0,1	55,6	38,5	1,6		0,8				0,1	1,0		0,2	2,0
Tamat SMP	11,6	34,6		0,3	44,1	37,3	1,4		1,6		0,5		0,0	2,2			3,0
Tamat SMA	11,3	45,2			36,5	28,2	1,6	0,0	1,1				1,1			0,0	1,6
Tamat PT	11,9	50,0	0,8		37,1	25,8	1,6		2,4				0,8	4,0			1,6

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

Tabel 3.6.1.2 menggambarkan prevalensi cedera dan penyebab cedera menurut tingkat pendidikan individu. Hampir tidak ada perbedaan prevalensi cedera antar tingkat pendidikan yang berbeda. Namun bila dilihat dari penyebab cedera, maka tampak bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya maka semakin tinggi Persentase cedera akibat kecelakaan transportasi, sebaliknya semakin tinggi tingkat pendidikannya semakin turun Persentase cedera karena jatuh. Sedangkan untuk cedera karena terluka benda tumpul/tajam hampir sama Persentasenya untuk ke semua tingkat pendidikan.

Tabel 3.6.1.3

Prevalensi Cedera dan Proposi Penyebab Cedera menurut Pekerjaan, di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Pekerjaan	Cedera	Penyebab cedera															
		Kecelakaan Transportasi di Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Tajam/Tumpul	Benda Penyerangan	Ditembak Dengan Senjata Api	Kontak Dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Medis	Tindakan Lainnya
Tidak Bekerja	12,3	23,1		0,3	61,0	28,7	4,2		1,3		1,3	0,3	0,7				2,4
Sekolah	13,9	15,7	0,1	0,4	67,8	28,0	1,0		0,4			0,1	0,4	1,4			2,4
Mengurus RT	9,5	14,3			45,3	45,7	2,8		0,6					0,8			2,7
Pegawai(Negeri,POLRI)	10,8	52,4	0,5		33,7	22,3	0,5	0,0	0,5			1,1	1,1			0,0	1,1
Wiraswasta	13,0	43,5	1,2		34,2	34,2	1,9		1,9			1,3				1,2	1,9
Petani/Nelayan/Buruh	12,5	16,0	0,3	0,2	55,3	35,3	1,4	0,1	1,4			0,1	0,2	0,6			2,2
Lainnya	10,6	27,9			43,3	37,3	3,0		1,5				2,9	3,0			

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

Tabel di atas menunjukkan prevalensi cedera dan penyebab cedera menurut jenis pekerjaan individu. Tidak terdapat perbedaan prevalensi yang nyata antar tingkat pendidikan yang berbeda. Bila dilihat dari penyebab cedera kecelakaan transportasi banyak didominasi oleh pegawai (TNI/POLRI/PNS) dan wiraswasta. Sementara untuk penyebab terluka benda tajam/tumpul banyak didominasi oleh mengurus RT, petani/nelayan/buruh dan bekerja lainnya.

Tabel 3.6.1.4
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Jenis Kelamin di Provinsi Nusa Tenggara Timur,
Risikesdas 2007

Jenis Kelamin	Cedera	Penyebab cedera															
		Kecelakaan Transportasi di Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Tajam/Tumpul	Benda	Penyerangan	Ditembak Dengan Senjata Api	Kontak Dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelum	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Medis
Laki-laki	15,3	18,4	0,3	0,1	63,3	27,9	1,3	0,1	1,0		0,1	0,1	0,4	0,6		0,1	2,2
Perempuan	10,5	9,8		0,1	66,4	30,5	1,4		0,4		0,1	0,1	0,2	1,0		0,0	1,5

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

Tabel 3.6.1.4 menggambarkan prevalensi cedera dan Persentase penyebab cedera menurut jenis kelamin. Persentase cedera pada laki-laki lebih tinggi dibanding wanita. Bila dilihat dari penyebab cedera, maka kecelakaan transportasi banyak terjadi pada laki-laki, sebaliknya terluka karena benda tajam/tumpul banyak terjadi pada perempuan. Pada penyebab jatuh Persentase laki-laki sama dengan Persentase perempuan.

Tabel 3.6.1.5

Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Tipe Daerah di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskedas 2007

Tipe daerah	Cedera	Penyebab cedera																
		Kecelakaan Transportasi di Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Tajam/Tumpul	Benda	Penyerangan	Ditembak Dengan Senjata Api	Kontak Dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Medis	Tindakan
Perkotaan	12,0	29,0	0,4		60,1	28,6	1,8	0,2	0,8			0,4	1,5	1,9			0,0	1,3
Pedesaan	13,0	11,9	0,1	0,2	65,5	29,1	1,2	0,0	0,7		0,1	0,0	0,1	0,5			0,0	2,0

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

Tabel 3.6.1.5 menunjukkan prevalensi cedera dan Persentase penyebab cedera menurut jenis tipe daerah. Bila dilihat dari penyebab cedera, kecelakaan transportasi banyak terjadi pada pria dibanding wanita. Penyebab cedera jatuh dan terluka karena benda tajam/tumpul, tidak terdapat perbedaan Persentase yang nyata antara pria dan wanita.

Tabel 3.6.1.6
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita
di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Tingkat pengeluaran per kapita	Cedera	Penyebab cedera																
		Kecelakaan Transportasi di Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Tajam/Tumpul	Benda	Penyerangan	Ditembak Dengan Senjata Api	Kontak Dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Medis	Tindakan Lainnya
Kuintil 1	12,5	8,6			70,9	28,1	2,2		0,4				0,5	0,4			0,2	1,9
Kuintil 2	12,2	11,3		0,2	68,1	27,4	1,2	0,1	1,1		0,4	0,1	0,1	0,6			0,0	1,7
Kuintil 3	12,8	13,4		0,1	65,0	27,2	1,2		1,0					0,4				1,5
Kuintil 4	13,4	16,5		0,2	63,5	29,5	,6	0,0	0,7		0,2	0,1	0,0	1,3				1,9
Kuintil 5	12,8	24,7	0,8	0,2	56,6	29,9	1,6	0,2	0,6			0,3	0,8	0,8			0,0	2,7

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

Tabel 3.6.1.6 menggambarkan prevalensi cedera dan Persentase penyebab cedera menurut tingkat pengeluaran per kapita. Prevalensi cedera menurut tingkat pengeluaran per kapita menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang nyata antar kuintil. Namun bila dilihat penyebab cedera, semakin kaya individu maka semakin tinggi Persentasenya mendapatkan cedera kecelakaan transportasi. Untuk penyebab jatuh dan terluka karena benda tajam/tumpul, tampak tidak ada perbedaan pola antar kuintil pengeluaran per kapita.

Tabel 3.6.1.7
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur,
Riskesmas 2007

Kabupaten/ kota	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan Transportasi di Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Tajam/Tumpul	Penyerangan	Ditembak Dengan Senjata Api	Kontak Dengan Bahan Beracun	Bencana Alam	Usaha Bunuh Diri	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi Tindakan Medis	Lainnya
Sumba Barat	12,9	19,1		0,0	73,3	12,2	2,3	0,0	3,8					1,5		0,8	1,5
Sumba Timur	7,8	32,1		0,6	65,5	15,2	2,4				0,6	0,6	1,2	2,4			1,2
Kupang	3,5	24,2	1,6		37,4	30,6								1,6		1,6	7,3
Timor Tengah Selatan	16,4	13,7			62,2	42,3	2,3	0,3	1,2	0,6			0,3				3,3
Timor Tengah Utara	8,6	23,4			42,1	29,2	1,8		0,6				0,6	1,2			3,5
Belu	11,4	19,8			32,7	50,9	3,8							1,1			2,4
Alor	6,6	16,2			73,9	8,1	0,9		0,9					0,9			2,7
Lembata	14,8	5,6			75,2	18,8	0,0		0,0					1,4			2,1
Flores Timur	19,3	13,0			56,9	32,1	2,7		0,7					1,0			1,3
Sikka	12,6	14,5			65,1	21,5	0,3		1,2				0,3	0,3			2,4
Ende	15,3	19,1		0,3	74,3	11,6	0,6	0,3					0,3	0,6			1,2
Ngada	21,3	7,9		0,4	82,8	44,2	1,1		0,7				0,4	1,5			1,1
Manggarai	19,7	5,6	0,2	0,2	84,4	21,1			0,2	0,2			0,3	0,5			0,9
Rote Ndao	18,6	18,3	0,5		51,5	41,6	0,5		1,5		0,5	0,5		1,5			1,0
Manggarai Barat	13,1	10,0	1,2	0,4	69,2	22,1	0,4		0,4		0,8	0,8		0,4			0,4
Kota Kupang	7,1	35,8	0,5	0,5	49,2	25,7	2,1		3,1		0,5	0,5	3,1	0,5			2,1
Nusa Tenggara Timur	12,8	15,0	0,2	0,1	64,7	28,5	1,3	0,1	0,8		0,1	0,1	0,3	0,7		0,0	2,0

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

Tabel 3.6.1.7 menggambarkan prevalensi cedera dan Persentase penyebab cedera menurut kabupaten/kota. Tampak bahwa kabupaten dengan prevalensi cedera tertinggi adalah Kabupaten Ngada (21,3%), terendah Kota Kupang (7,1%). Bila dilihat dari penyebab cedera, penyebab karena kecelakaan transportasi darat Persentase tertinggi terjadi di Kota Kupang (35,8%), terendah di Kabupaten Ngada (7,9%). Penyebab karena terluka karena benda tajam/tumpul Persentase tertinggi terjadi di Kabupaten Belu (50,9%), terendah di Kabupaten Alor (8,1%).

Tabel 3.6.1.8
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kelompok Umur di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Kelompok umur (thn)	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Lutut, Lengan Bawah Benda Tajam/Tumpul	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut dan Tungkai Bawah	Bagian Tumit dan Kaki
< 1	65,0		25,0	23,8		4,8	25,0		35,0	14,3
1-- 4	34,2	1,3	13,1	13,5	3,3	15,0	30,6	4,6	36,1	28,5
5 -- 14	16,8	0,7	5,0	6,7	4,6	21,6	33,8	4,6	43,4	30,6
15 – 24	10,9	0,6	3,7	9,4	8,4	20,3	39,0	7,1	34,6	31,2
25 – 34	8,8	0,8	5,9	9,4	8,5	17,9	41,9	8,0	28,1	30,5
35 – 44	7,7	1,6	3,0	10,0	8,9	14,1	42,6	9,4	27,1	26,9
45 – 54	5,8	1,0	2,2	9,5	5,9	11,5	42,8	11,4	22,9	23,4
55 – 64	6,6	0,4	2,6	14,5	6,6	14,0	40,2	11,0	26,8	26,8
65 – 74	15,5	4,2	4,8	16,2	8,4	11,4	36,1	19,2	28,1	20,4
75+	10,4	1,5	3,0	13,4	10,4	14,9	25,4	22,4	28,4	25,4
Nusa Tenggara	14,9	1,0	5,4	9,7	6,3	17,5	37,1	7,5	34,2	28,7

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

Tabel 3.6.1.8 menggambarkan Persentase cedera berdasarkan bagian tubuh yang terkena cedera menurut kelompok umur. Pada kelompok umur balita bagian tubuh yang banyak terkena cedera adalah kepala dan dada. Sementara semakin dewasa, bagian tubuh yang banyak mengalami cedera adalah anggota gerak (tangan dan kaki).

Tabel 3.6.1.9

Persentase -Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pendidikan, di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Pendidikan	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Siku, Lengan Bawah Benda Tajam/Tump ul	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut dan Tungkai Bawah	Bagian Tumit dan Kaki
Tidak sekolah	6,2	1,0	2,4	11,8	4,2	13,5	38,4	13,8	25,3	21,8
Tidak tamat SD	12,2	1,5	4,3	10,3	8,0	17,4	36,3	7,8	32,9	30,5
Tamat SD	8,4	1,1	3,1	9,4	7,0	14,9	40,0	8,5	29,1	26,6
Tamat SMP	9,7	0,8	4,9	9,2	9,7	19,7	44,6	8,9	35,3	31,4
Tamat SMA	9,6	0,8	3,2	8,8	8,0	20,3	38,1	7,7	32,8	33,6
Tamat PT	11,3	1,0	3,6	9,7	7,5	17,0	38,9	8,8	31,0	28,8

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

Tabel 3.6.1.9 menggambarkan Persentase cedera berdasarkan bagian tubuh yang terkena cedera berdasarkan tingkat pendidikan. Tidak terdapat pola yang jelas menyangkut hubungan antara tingkat pendidikan dengan bagian tubuh yang terkena cedera.

Tabel 3.6.1.10
Persentase -Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pekerjaan di Provinsi Nusa Tenggara Timur,
Risikesdas 2007

Pekerjaan	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Bawah Benda Tajam/Tump	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut dan Tungkai Bawah	Bagian Tumit dan Kaki
Tidak bekerja	12,0	2,3	2,3	13,3	11,3	18,5	35,1	9,7	31,8	30,8
Sekolah	11,1	0,3	0,3	6,9	5,7	21,8	33,5	4,2	42,4	31,1
Mengurus RT	8,1	1,2	1,2	12,5	5,6	9,3	49,0	9,3	20,2	21,4
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	9,6	0,0	0,0	5,9	8,0	19,3	38,8	10,6	29,9	37,4
Wiraswasta	10,6	1,2	1,2	4,3	11,2	23,0	40,4	8,1	28,0	35,0
Petani/Nelayan/Buruh	8,4	1,4	1,4	10,9	8,1	15,6	38,5	10,8	28,4	27,5
Lainnya	19,4	1,5	1,5	7,5	8,8	16,4	44,8	10,4	35,8	29,9

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

Tabel 3.6.1.10 menunjukkan Persentase cedera berdasarkan bagian tubuh yang terkena cedera menurut jenis pekerjaan. Dari tabel terlihat bahwa tidak ada pola yang jelas hubungan antara jenis pekerjaan dengan bagian tubuh yang terkena cedera.

Tabel 3.6.1.11

Persentase -Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Jenis Kelamin di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Jenis Kelamin	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Leher, Lengan Bawah Benda Tajam/Tump ..	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut dan Tungkai Bawah	Bagian Tumit dan Kaki
Laki-laki	15,3	0,9	6,2	8,8	7,2	20,1	35,5	6,8	37,0	30,8
Perempuan	14,3	1,2	4,4	11,0	5,1	13,9	39,2	8,5	30,4	25,8

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

Tabel 3.6.1.11 menggambarkan Persentase cedera berdasarkan bagian tubuh yang terkena cedera menurut jenis kelamin. Tidak terdapat perbedaan pola yang nyata antara laki-laki dan perempuan terkait bagian tubuh yang terkena cedera.

Tabel 3.6.1.12

Persentase -Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Tipe Daerah di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Tipe daerah	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Leher, Lengan Bawah Benda Tajam/Tump ..	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut dan Tungkai Bawah	Bagian Tumit dan Kaki	N Tertimbang
Perkotaan	15,2	0,5	6,6	8,7	8,0	24,8	39,6	7,3	33,9	33,0	
Perdesaan	14,8	1,2	5,2	9,9	6,0	16,0	36,6	7,6	34,3	27,8	

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

Tabel 3.6.1.12 menggambarkan Persentase cedera berdasarkan bagian tubuh yang terkena cedera menurut tipe daerah. Tampak bahwa tidak terdapat perbedaan pola yang nyata antara perkotaan dan perdesaan.

Tabel 3.6.1.13
Persentase -Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Tingkat pengeluaran per kapita	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Lutut, Lengan Bawah Benda Tajam/Tumpul	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut dan Tungkai Bawah	Bagian Tumit dan Kaki
Kuintil 1	16,9	0,5	7,0	8,7	6,8	18,4	36,8	6,4	34,8	29,1
Kuintil 2	16,5	2,0	5,5	8,9	5,9	16,0	35,5	6,7	35,9	30,0
Kuintil 3	13,9	1,2	5,2	9,0	4,7	16,2	36,2	6,6	31,1	29,1
Kuintil 4	14,5	0,7	5,7	10,6	7,8	18,5	40,0	7,7	35,8	27,3
Kuintil 5	13,7	0,6	3,8	11,1	6,2	17,6	35,8	9,2	32,6	28,8

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

Tabel 3.6.1.13 menggambarkan Persentase cedera berdasarkan bagian tubuh yang terkena cedera menurut status ekonomi individu (tingkat pengeluaran per kapita). Tidak terdapat perbedaan pola yang nyata antara tingkat status ekonomi dengan bagian tubuh yang terkena cedera.

Tabel 3.6.1.14
Persentase -Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Kepala	Leher	Dada	Perut, Punggung, Panggul	Bahu, Lengan Atas	Siku, Lengan Bawah Benda Tajam/Tump ul	Pergelangan Tangan dan Tangan	Pinggul, Tungkai Atas	Lutut dan Tungkai Bawah	Bagian dan Tumit dan Kaki
Sumba Barat	22,1	3,1	6,9	7,6	6,1	20,6	17,6	5,3	39,7	30,5
Sumba Timur	12,7	1,2	5,5	7,3	13,4	29,1	28,7	6,1	37,0	14,0
Kupang	20,3	1,6	2,4	2,4	4,0	12,9	27,6	6,5	26,8	24,4
Timor Tengah Selatan	6,4	1,2	2,5	5,3	3,1	12,5	42,9	4,7	37,9	20,2
Timor Tengah Utara	14,6	0,6	1,8	9,4	4,1	9,4	22,2	7,0	25,1	38,0
Belu	10,8	1,3	2,0	3,8	3,3	8,2	53,5	2,7	16,2	30,5
Alor	18,9		9,9	9,9	6,3	10,8	13,6	6,3	26,1	29,7
Lembata	11,8	1,4	2,8	9,0	3,5	7,6	22,9	9,0	37,2	20,8
Flores Timur	8,2	1,2	1,4	3,6	2,2	7,2	39,4	4,8	18,8	28,7
Sikka	11,4	1,2	1,2	6,0	12,3	31,6	40,4	7,5	53,8	45,5
Ende	10,1	1,4	3,5	8,4	13,3	28,9	33,7	8,1	41,2	33,3
Ngada	4,9		8,7	4,2	7,5	28,7	26,7	12,0	49,6	42,6
Manggarai	32,0	1,3	14,2	23,3	7,5	21,0	40,7	11,9	39,3	27,2
Rote Ndao	11,7	0,5	2,0	8,7	4,1	17,3	44,9	3,0	36,7	21,4
Manggarai Barat	12,9	0,4	3,6	15,6	4,0	11,6	17,2	14,9	24,5	12,8
Kota Kupang	11,0	0,5	5,2	4,2	7,9	18,3	51,8	3,7	24,1	42,4

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

Tabel 3.6.1.14 menggambarkan Persentase cedera berdasarkan bagian tubuh yang terkena cedera menurut kabupaten/kota. Untuk cedera kepala Persentase tertinggi terdapat di Kabupaten Manggarai, terendah di Kabupaten Ngada. Untuk cedera perut, punggung dan panggul, Persentase tertinggi terjadi di Kabupaten Manggarai, terendah di Kabupaten Kupang. Untuk cedera anggota gerak, semua kabupaten/kota menunjukkan pola yang hampir sama.

Tabel 3.6.1.15
Persentase Jenis Cedera menurut Kelompok Umur
di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
< 1	20,0	85,0	9,5						
1-- 4	45,5	66,1	15,3	1,1	8,5	0,8	0,2	0,6	0,3
5 -- 14	42,4	64,8	29,7	1,5	13,1	2,9	0,3	0,1	0,5
15 – 24	37,5	59,0	33,2	2,1	11,7	4,0	0,0	0,6	1,8
25 – 34	35,9	53,8	32,7	1,4	13,7	2,9	0,3	0,8	0,8
35 – 44	35,8	44,8	34,6	2,0	14,7	4,1	1,3	0,5	0,9
45 – 54	33,6	35,0	36,7	0,7	16,2	3,4	0,5	1,5	2,3
55 – 64	41,9	37,3	27,2	2,6	20,2	6,6	1,3		1,3
65 – 74	46,1	35,9	30,3	1,8	13,3	4,2			1,2
75+	38,8	37,3	13,4	0,0	20,9	14,9	0,4	1,5	0,0
	35,4	55,4	29,4	1,6	13,2	3,3		0,5	2,4

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

Tabel 3.6.1.15 menggambarkan Persentase jenis cedera menurut kelompok umur. Terdapat hubungan antara jenis cedera menurut umur. Pada umur produktif (15-54 tahun) jenis cedera benturan, luka terbuka, terkilir, mempunyai Persentase tinggi dibanding kelompok umur lainnya. Sedangkan untuk luka lecet, semakin tua umur seseorang maka semakin turun Persentasenya.

Tabel 3.6.1.16
Persentase Jenis Cedera menurut Pendidikan di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Pendidikan	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Tidak sekolah	36,2	35,2	29,0	0,3	16,6	8,0	0,7	0,3	1,4
Tidak tamat SD	39,9	50,2	33,1	1,8	14,1	3,8	0,6	0,4	1,0
Tamat SD	37,4	47,6	34,8	1,4	15,1	3,0	0,5	0,3	1,4
Tamat SMP	35,4	53,5	36,1	3,2	12,7	3,8	0,3	1,4	1,6
Tamat SMA	35,8	60,6	27,6	1,6	12,3	4,8	0,5	0,8	1,1
Tamat PT	43,5	61,0	25,8	4,1	16,9	3,3		1,6	

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

Tabel 3.6.1.16 menunjukkan Persentase jenis cedera menurut tingkat pendidikan individu. Semakin tinggi tingkat pendidikan individu, semakin tinggi Persentasenya menderita jenis

cedera benturan dan luka lecet. Untuk jenis cedera yang lain tidak terdapat pola yang nyata antar tingkat pendidikan.

Tabel 3.6.1.17
Persentase Jenis Cedera menurut Pekerjaan di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Pekerjaan	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Tidak bekerja	36,7	46,8	37,0	1,6	14,6	5,8		0,0	1,0
Sekolah	39,7	63,1	29,8	2,7	13,4	2,8	0,4	0,1	1,2
Mengurus RT	29,6	47,9	30,3	1,2	11,3	2,0	0,2	0,2	0,8
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	35,8	62,0	24,6	3,2	11,2	4,3	1,1	0,0	1,1
Wiraswasta	41,0	59,0	32,9	1,9	14,9	6,2	1,2	1,9	1,9
Petani/Nelayan/Buruh	40,4	40,4	35,8	1,1	16,2	4,8	0,5	1,0	1,3
Lainnya	29,9	55,2	38,8	3,0	19,4	1,5	1,5		1,5

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

Tabel 3.6.1.17 menggambarkan Persentase cedera menurut jenis pekerjaan. Dari tabel tersebut tampak bahwa tidak terdapat pola yang jelas antara Persentase jenis cedera dengan jenis pekerjaan.

Tabel 3.6.1.18
Persentase Jenis Cedera menurut Jenis Kelamin di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Jenis Kelamin	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Laki-laki	41,6	55,9	32,5	1,5	13,5	4,3	0,6	0,7	1,1
Perempuan	37,4	54,8	25,3	1,7	12,9	2,0	0,1	0,1	0,8

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

Tabel 3.6.1.18 menggambarkan Persentase jenis cedera menurut jenis kelamin. Tampak bahwa untuk jenis cedera benturan, luka terbuka dan patah tulang Persentase untuk laki-laki lebih banyak dibanding wanita. Sementara untuk jenis cedera yang lain tampak tidak terdapat perbedaan yang nyata antara laki-laki dan wanita.

Tabel 3.6.1.19
Persentase Jenis Cedera menurut Tipe Daerah di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Tipe daerah	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Perkotaan	39,6	68,9	28,0	3,7	11,3	3,3	0,4	0,4	1,2
Pedesaan	39,8	52,7	29,7	1,1	13,6	3,4	0,4	0,5	0,9

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

Tabel 3.6.1.19 menggambarkan tentang Persentase jenis cedera menurut klasifikasi tempat tinggal individu. Untuk jenis cedera luka lecet tampak bahwa Persentase untuk individu perkotaan lebih tinggi dibanding individu pedesaan, Sementara untuk jenis cedera yang lain tampak tidak ada perbedaan yang nyata antara individu yang tinggal di perkotaan dan pedesaan.

Tabel 3.6.1.20
Persentase Jenis Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Tingkat pengeluaran per kapita	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Kuintil 1	44,2	55,2	30,3	1,6	15,3	15,3	0,5	0,2	1,0
Kuintil 2	39,9	54,5	31,5	1,0	12,4	12,4	0,0	0,7	0,6
Kuintil 3	39,6	50,8	29,5	1,0	11,6	11,6	0,4	0,8	1,0
Kuintil 4	38,1	58,1	28,1	1,9	14,6	14,6	0,1	0,6	0,9
Kuintil 5	38,0	56,6	28,1	2,1	12,3	12,3	0,7	0,3	1,4

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

Tabel 3.6.1.20 menunjukkan Persentase jenis cedera menurut status ekonomi individu. Tidak terdapat perbedaan pola yang jelas antara jenis cedera menurut status ekonomi yang digambarkan dalam kategori kuintil.

Tabel 3.6.1.21
Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Benturan	Luka Lecet	Luka Terbuka	Luka Bakar	Terkilir, Teregang	Patah Tulang	Anggota Gerak Terputus	Keracunan	Lainnya
Sumba Barat	52,7	53,4	39,7	2,3	12,3	6,9	0,8	1,5	3,9
Sumba Timur	40,9	64,4	31,7	3,1	9,8	4,9			0,6
Kupang	12,9	21,8	55,3	6,5	8,1	14,5	1,6		1,6
Timor Tengah Selatan	26,6	61,7	27,5	1,2	12,0	4,3		1,4	
Timor Tengah Utara	28,1	40,4	38,6	2,3	17,0	8,2	3,5		1,2
Belu	20,7	55,0	32,4	1,8	4,7	4,4	0,7		0,4
Alor	35,1	43,2	22,5		17,1	5,4		0,9	1,8
Lembata	28,0	39,4	33,3	2,1	9,1	3,5			4,2
Flores Timur	20,9	40,7	39,3	1,2	8,5	1,5	0,5	0,2	1,1
Sikka	50,8	57,2	30,8	1,5	10,9	1,8		0,9	1,5
Ende	26,3	64,5	26,9	1,4	20,3	2,3	0,3	0,3	1,2
Ngada	65,0	70,8	18,0	1,9	9,4	1,1	0,4	0,4	1,1
Manggarai	64,5	59,9	24,1	1,1	20,5	1,6	0,5	0,4	
Rote Ndao	31,6	63,3	29,6	1,5	17,9	4,6		1,0	1,0
Manggarai Barat	49,8	32,4	22,1	0,4	14,4	0,4			2,4
Kota Kupang	44,0	74,3	27,7	2,6	6,8	4,2		0,5	1,1
Sumba Barat	52,7	53,4	39,7	2,3	12,3	6,9	0,8	1,5	3,9
Nusa Tenggara Timur	39,8	55,4	29,4	1,6	13,3	3,4	0,4	0,5	0,9

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

Tabel 3.6.1.21 menggambarkan jenis cedera menurut kabupaten/kota. Untuk jenis cedera benturan tampak bahwa Kabupaten Ngada menempati Persentase tertinggi (65,0%), terendah Kabupaten Belu (12,9%). Untuk jenis cedera luka lecet, Kota Kupang menempati Persentase tertinggi (74,3%), terendah Kabupaten Kupang (74,3%). Selanjutnya untuk luka terbuka, Persentase tertinggi terdapat di Kabupaten Kupang (55,3%), terendah di Kabupaten Ngada (18%).

3.6.2 Status Disabilitas/ Ketidakmampuan

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

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

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

Tabel 3.6.2.1
Persentase Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Fungsi Tubuh/Individu/Sosial	Bermasalah*(%)
Melihat jarak jauh (20 m)	16.2
Melihat jarak dekat (30 cm)	14.9
Mendengar suara normal dalam ruangan	8.3
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	8.0
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	12.2
Nafas pendek setelah latihan ringan	13.5
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	9.0
Mengalami gangguan tidur	12.4
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	10.1
Kesulitan berdiri selama 30 menit	11.9
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	13.9
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	10.5
Membersihkan seluruh tubuh	3.8
Mengenakan pakaian	3.3
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	7.7
Paham pembicaraan orang lain	6.9
Bergaul dengan orang asing	8.0
Memelihara persahabatan	6.5
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	9.1
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	9.4

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

Berdasarkan tabel di atas tentang status stabilitas penduduk NTT yang berumur 15 tahun ke atas tampak bahwa persentase bermasalah yang agak menonjol dalam hal masalah mengalami gangguan tidur, melihat jarak jauh (20 m), napas pendek, Kesulitan berjalan jauh (1 km) setelah latihan ringan, dan melihat jarak dekat (30 cm), napas pendek setelah latihan ringan, nyeri/rasa tidak nyaman, berperan di kegiatan kemasyarakatan. Sedangkan dalam hal membersihkan seluruh tubuh, dan memelihara persahabatan merupakan permasalahan yang kecil.

Dalam menilai status disabilitas kriteria “Bermasalah” dirinci menjadi “Bermasalah” dan “Sangat bermasalah”. Kriteria “Sangat bermasalah” apabila responden menjawab ya untuk salah satu dari tiga pertanyaan tambahan.

Tabel 3.6.2.2
Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas
Menurut Status dan Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sangat Masalah	Masalah
Sumba Barat	6.0	44.7
Sumba Timur	3.7	20.0
Kupang	2.3	24.7
Timor Tengah Selatan	3.0	45.8
Timor Tengah Utara	2.5	27.2
Belu	4.3	27.4
Alor	5.5	25.5
Lembata	3.7	41.9
Flores Timur	5.4	30.5
Sikka	3.0	39.0
Ende	4.0	20.2
Ngada	4.5	37.1
Manggarai	4.6	39.4
Rote Ndao	2.7	34.2
Manggarai Barat	2.1	40.1
Kota Kupang	0.6	11.4
NTT	3.5	31.1

Di Provinsi NTT persentase status disabilitas yang sangat bermasalah rata-rata sebesar 3.5% dengan yang paling rendah di Kota Kupang (0.6%) dan yang tertinggi di Sumba Barat (6.0%) kemudian diikuti Flores Timur (5.4%) dan Manggarai (4.6%). Sedangkan yang bermasalah atau memiliki masalah tetapi tidak memerlukan bantuan orang lain, presentase rata-rata sebesar 31.1% dengan daerah yang paling rendah juga di Kota Kupang (11.4%) sedangkan yang tertinggi di Sumba Barat (49.3%) diikuti di Lembata (41.9%) dan di Manggarai Barat (40.1%). Sedangkan presentase rata-rata yang tidak bermasalah 65.4% dengan presentasi terendah di Timor Tengah Selatan.

Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa prevalensi disabilitas menunjukkan variabilitas menurut karakteristik responden. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” pada perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi disabilitas pada laki-laki. Menurut

tingkat pendidikan penduduk prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” menonjol pada penduduk tidak sekolah dan tamat perguruan tinggi. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” ternyata bervariasi menurut pekerjaan responden. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat pada responden yang tidak bekerja, sedangkan yang terendah pada responden yang sekolah. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tidak tampak kecenderungan menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan (Tabel 3.6.2.3).

Tabel 3.6.2.3
Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas
Menurut Status dan Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sangat Masalah	Masalah
Umur (Tahun)		
15-24	1.2	14.0
25-34	1.1	20.0
35-44	1.7	26.8
45-54	2.9	39.6
55-64	5.5	56.3
65-74	13.1	66.6
>75	27.3	61.6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	3.3	29.4
Perempuan	3.7	32.6
Pendidikan		
Tidak sekolah	10.8	51.9
Tidak tamat SD	4.3	38.3
Tamat SD	2.2	30.7
Tamat SMP	2.0	21.7
Tamat SMA	1.5	17.6
Tamat SMA+	2.2	20.8
Pekerjaan KK		
Tidak bekerja	9.0	28.5
Sekolah	1.4	11.1
Mengurus RT	2.3	33.1
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	2.0	21.5
Wiraswasta	2.9	23.1
Petani/Nelayan/Buruh	3.5	37.3
Lainnya	3.9	23.3
Daerah		
Perkotaan	2.9	20.2
Perdesaan	3.6	33.8
Tingkat Pengeluaran per Kapita		
Kuintil 1	3.6	31.4
Kuintil 2	3.2	31.1
Kuintil 3	3.4	31.7
Kuintil 4	3.4	31.2
Kuintil 5	3.6	29.9

Menurut kelompok umurnya, presentase status disabilitas baik yang sangat bermasalah yaitu memiliki disabilitas dan membutuhkan bantuan orang lain maupun bermasalah yaitu memiliki masalah tetapi tidak membutuhkan bantuan orang lain meningkat dengan bertambahnya umur. Sedangkan yang tidak memiliki masalah cenderung semakin banyak pada kelompok usia yang lebih muda. Menurut jenis kelaminnya, presentase status disabilitas baik yang sangat bermasalah maupun yang bermasalah relatif lebih banyak pada wanita atau presentase pria yang tidak memiliki masalah relatif sedikit. Menurut pekerjaannya, presentase yang sangat bermasalah cenderung meningkat pada kelompok yang tidak bekerja, kemudian pada kelompok bekerja informal yaitu petani, nelayan/buruh, wiraswasta dan ibu RT kemudian pegawai. Kecenderungan persentase yang sama juga untuk yang memiliki masalah atau memiliki masalah tetapi tidak memerlukan bantuan. Untuk yang tidak memiliki masalah, persentase menurut pekerjaannya relatif merata.

Sedangkan menurut daerahnya status disabilitas baik yang sangat bermasalah maupun yang bermasalah, presentase di daerah perdesan relatif lebih tinggi daripada di perkotaan. Menurut status ekonominya, presentase status disabilitas yang sangat bermasalah relatif merata di semua kuintil, juga untuk yang tidak bermasalah. Sedangkan untuk yang memiliki masalah atau yang tidak membutuhkan bantuan orang, persentasenya relatif menurun. Kemungkinan pada kelompok dengan status ekonomi yang tinggi dapat melakukan lebih banyak pilihan kegiatan.

Tabel 3.6.2.4
Persentase Penduduk \geq 15 Tahun Dengan Ketidakmampuan dan Membutuhkan Bantuan Orang Lain Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT Riskesdas 2007

Karakteristik	Merawat Diri		Melakukan Aktivitas		Berkomunikasi	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Umur						
15-24 tahun	3.2	96.8	3.1	96.9	3.3	96.7
25-34 tahun	2.9	97.1	2.9	97.1	3.0	97.0
35-44 tahun	2.8	97.2	2.7	97.3	2.8	97.2
45-54 tahun	3.8	96.2	3.7	96.3	3.7	96.3
55-64 tahun	4.9	95.1	4.8	95.2	5.5	94.5
65-74 tahun	10.7	89.3	9.4	90.6	12.0	88.0
\geq 75 tahun	20.7	79.3	19.0	81.0	24.3	75.7
Jenis kelamin:						
Laki-laki	4.2	95.8	4.0	96.0	4.3	95.7
Perempuan	4.3	95.7	4.1	95.9	4.8	95.2
Pendidikan						
Tidak sekolah	8.7	91.3	8.0	92.0	10.9	89.1
Tidak tamat SD	4.6	95.4	4.2	95.8	4.5	95.5
Tamat SD	3.5	96.5	3.4	96.6	3.6	96.4
Tamat SMP	3.6	96.4	3.6	96.4	3.6	96.4
Tamat SMA	3.2	96.8	3.2	96.8	3.1	96.9
Tamat SMA+	3.8	96.2	3.6	96.4	4.1	95.9
Pekerjaan KK						
Tidak bekerja	9.2	90.8	8.4	91.6	9.2	90.8
Sekolah	3.7	96.3	3.8	96.2	3.9	96.1
Mengurus RT	3.5	96.5	3.4	96.6	3.7	96.3
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	3.7	96.3	3.4	96.6	3.5	96.5
Wiraswasta	4.2	95.8	4.2	95.8	4.2	95.8
Petani/Nelayan/Buruh	3.8	96.2	3.6	96.4	4.3	95.7
Lainnya	5.4	94.6	4.9	95.1	4.6	95.4
Klasifikasi Desa/Kota						
Perkotaan	4.4	95.6	4.3	95.7	4.5	95.5
Perdesaan	4.3	95.7	4.0	96.0	4.6	95.4
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan						
Kuintil 1	3.9	96.1	3.5	96.5	4.0	96.0
Kuintil 2	3.7	96.3	3.6	96.4	3.8	96.2
Kuintil 3	4.2	95.8	3.8	96.2	4.6	95.4
Kuintil 4	4.5	95.5	4.4	95.6	4.8	95.2
Kuintil 5	4.9	95.1	4.7	95.3	5.1	94.9

Di Propinsi NTT persentase disabilitas yang memerlukan bantuan orang lain untuk ketiga kegiatan yaitu merawat diri, melakukan aktivitas dan berkomunikasi cenderung meningkat dengan bertambahnya usia, rendahnya pendidikan. Menurut pekerjaannya, persentase yang memerlukan bantuan untuk kegiatan merawat diri dan melakukan aktivitas tertinggi pada kelompok tidak bekerja, kemudian diikuti kelompok wiraswasta, pekerja informal, pegawai dan ibu RT. Sedangkan persentase status disabilitas yang memerlukan bantuan orang lain untuk komunikasi juga paling banyak pada kelompok yang tidak bekerja, dan relatif banyak pada wiraswasta, pekerja informal dan mengurus RT.

Menurut daerahnya. persentase yang memerlukan bantuan orang lain untuk merawat diri dan melakukan aktivitas relative lebih banyak di perkotaan. Sedangkan presentase disabilitas yang memerlukan bantuan orang lain untuk komunikasi relative lebih banyak di peredsaan. Dan menurut status ekonominya. status disabilitas yang memerlukan bantuan orang lain untuk ketiga kegiatan cenderung meningkat dengan meningkatnya kuintil atau pengeluaran keluarga.

3.7 Perilaku

3.7.1 Merokok

Tabel 3.7.1.1
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang-kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Sumba barat	30.5	6.4	2.1	61.0
Sumba timur	24.9	5.5	2.0	67.6
Kupang	16.9	5.7	1.0	76.5
Timor Tengah Selatan	20.2	7.7	2.5	69.6
Timor Tengah Utara	23.6	7.3	2.3	66.8
Belu	20.6	8.2	1.6	69.6
Alor	20.0	9.3	2.4	68.3
Lembata	18.9	7.8	3.8	69.6
Flores Timur	21.4	6.4	1.9	70.3
Sikka	23.6	3.3	2.0	71.0
Ende	22.2	5.1	2.7	70.0
Ngada	22.6	8.1	4.2	65.0
Manggarai	31.2	6.7	2.7	59.5
Rote Ndao	31.9	6.1	1.4	60.6
Manggarai Barat	23.0	6.8	2.9	67.4
Kota Kupang	11.8	5.3	1.5	81.3
NTT	22.2	6.5	2.2	69.1

Tabel 3.7.1.1 menggambarkan prevalensi merokok di Provinsi NTT menurut kabupaten/kota. Tabel ini menunjukkan bahwa prevalensi perokok setiap hari tertinggi terdapat di Rote Ndao (31.9%) terendah di Kota Kupang (11.8%).

Tabel 3.15
Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Merokok dan Tidak Merokok
Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang-kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Umur (Tahun)				
10-14	0.5	0.5	0.4	98.6
15-24	14.6	8.0	0.6	76.9
25-34	27.6	7.9	1.1	63.5
35-44	29.3	7.7	2.3	60.8
45-54	30.6	7.5	3.2	58.7
55-64	31.9	7.9	4.1	56.1
65-74	31.8	7.1	6.7	54.4
75+	25.3	5.1	10.7	59.0
Jenis Kelamin				
Laki	40.7	11.9	3.7	43.6
Perempuan	5.6	1.7	0.8	92.0
Pendidikan				
Tidak sekolah	30.2	6.5	3.0	60.2
Tidak tamat SD	20.0	5.2	1.8	73.0
Tamat SD	22.0	6.7	2.2	69.1
Tamat SMP	20.4	7.7	1.4	70.5
Tamat SMA	23.8	7.6	2.5	66.1
Tamat PT	19.9	8.2	4.4	67.5
Klasifikasi Desa/Kota				
Perkotaan	15.9	5.9	2.4	75.8
Pedesaan	23.7	6.7	2.1	67.6
Tingkat Pengeluaran per Kapita				
Kuintil-1	20.8	6.7	2.0	70.5
Kuintil-2	22.6	6.5	2.0	68.9
Kuintil-3	23.2	6.4	1.9	68.6
Kuintil-4	22.4	6.5	2.4	68.6
Kuintil-5	22.3	6.3	2.7	68.7

Tabel 3.7.1.2 menggambarkan prevalensi merokok di Provinsi NTT menurut karakteristik penduduk. Tabel ini menunjukkan bahwa prevalensi merokok tertinggi terjadi pada rentangan umur 35 – 74 tahun. Bila dilihat dari jenis kelamin prevalensi merokok pada laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan. Semakin rendah pendidikan, prevalensi merokok semakin tinggi. Penduduk yang tinggal di pedesaan prevalensi merokok tiap hari dan kadang-kadang lebih tinggi dibanding dengan yang tinggal di perkotaan. Bila dilihat dari status ekonomi, tidak adan perbedaan yang nyata antar kunitil tentang prevalensi merokok.

Tabel 3.16
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok Saat Ini	
	%	Rerata Jumlah Batang Rokok/Hari
Sumba Barat	36.9	9.1
Sumba Timur	30.2	10.5
Kupang	32.2	9.4
Timor Tengah Selatan	32.3	14.8
Timor Tengah Utara	17.9	12.8
Belu	22.5	10.2
Alor	25.9	11.8
Lembata	22.2	8.9
Flores Timur	22.3	8.0
Sikka	22.4	11.3
Ende	23.1	8.1
Ngada	25.6	10.2
Manggarai	24.9	15.7
Rote Ndao	26.6	12.0
Manggarai Barat	33.2	10.1
Kota Kupang	33.1	10.2
NTT	25.8	11.5

Tabel 3.7.1.3 menggambarkan prevalensi perokok dan rerata jumlah batang rokok per hari menurut kabupaten/kota. Prevalensi merokok tertinggi ada di Kab Sumba Barat (36.9%), terendah di Kabupaten Timor Tengah Utara. Rerata jumlah batang rokok per hari tertinggi pada Kab Manggarai (15.70 batang). terendah di Kab Ende (8.11 batang).

Tabel 3.17
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok Saat Ini	Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Kelompok Umur (Tahun)		
10-14	0.6	12.53
15-24	14.9	8.83
25-34	28.5	11.03
35-44	31.4	12.29
45-54	33.8	12.11
55-64	36.0	11.73
65-74	38.3	14.49
75+	36.1	10.11
Jenis Kelamin		
Laki	52.6	11.48
Perempuan	4.3	11.86
Pendidikan		
Tidak sekolah	36.8	12.21
Tidak tamat SD	25.7	11.98
Tamat SD	28.7	11.53
Tamat SMP	28.1	10.18
Tamat SMA	31.4	11.53
Tamat SMA +	40.1	9.91
Pekerjaan		
Tidak kerja	23.2	12.07
Sekolah	4.4	6.49
Ibu RT	8.2	11.42
Pegawai	36.9	12.38
Wiraswasta	43.4	11.56
Petani/nelayan/buruh	50.1	11.71
Lainnya	33.1	8.85
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	27.8	10.98
Kuintil-2	28.4	11.56
Kuintil-3	29.2	11.69
Kuintil-4	29.4	11.57
Kuintil-5	28.8	12.26

Tabel 3.7.1.4 menggambarkan prevalensi perokok dan jumlah batang rokok per hari menurut karakteristik penduduk. Bila dilihat menurut kelompok umur, prevalensi tertinggi perokok terjadi pada kelompok umur 65 – 74 tahun, terendah pada kelompok umur 10 – 14 tahun. Dilihat dari jumlah batang rokok yang dihisap kelompok umur 65 – 74 tahun menghisap rerata jumlah batang rokok tertinggi, yakni 14.49 batang. Dilihat dari jenis kelamin, prevalensi perokok pria lebih tinggi dibanding perempuan. Namun bila dilihat dari rerata jumlah batang rokok yang dihisap tampak tidak ada beda antara laki dan perempuan, yakni sekitar 12 batang rokok per hari. Bila dilihat dari jenis pekerjaan penduduk, tampak tidak terdapat pola yang jelas terkait prevalensi perokok antar jenis pekerjaan dan juga rerata jumlah batang rokok yang dihisap. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita tampak bahwa tidak terdapat perbedaan yang nyata antara kuintil pendapatan dengan prevalensi merokok di Provinsi NTT.

Tabel 3.7.1.5
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok Menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rerata Batang Rokok per Hari					
	≥49 btg	37-48 btg	25-36 btg	13-24 btg	1-12 btg	Tidak Tahu
Sumba Barat	3.1	0.0	0.0	11.1	85.8	0.0
Sumba Timur	2.5	0.0	0.4	10.2	86.9	0.0
Kupang	1.3	0.0	0.5	10.5	87.7	0.0
Timor Tengah Selatan	10.0	0.3	2.9	4.3	82.6	0.0
Timor Tengah Utara	6.6	0.0	1.1	10.0	82.2	0.0
Belu	3.7	0.4	0.6	8.6	86.7	0.0
Alor	5.6	0.0	0.3	7.2	86.9	0.0
Lembata	3.1	0.0	1.5	8.2	87.2	0.0
Flores Timur	1.9	0.0	0.2	4.1	93.8	0.0
Sikka	2.2	0.0	3.1	16.5	78.2	0.0
Ende	0.8	0.0	0.4	7.2	91.6	0.0
Ngada	5.2	0.3	0.3	3.1	90.9	0.0
Manggarai	11.3	0.0	0.2	6.5	82.1	0.0
Rote Ndao	6.2	0.0	1.4	7.6	84.9	0.0
Manggarai Barat	2.3	0.3	0.8	7.5	89.2	0.0
Kota Kupang	3.5	0.0	0.3	8.0	88.3	0.0
NTT	5.2	0.1	0.9	8.0	85.8	0.0

Tabel 3.7.1.5 menunjukkan kelompok rerata jumlah batang rokok per hari yang dihisap menurut kabupaten/kota. Yang menarik dari tabel ini adalah terpisahnya antara perokok berat (≥49 batang per hari) dan perokok tidak berat (1 – 24 batang per hari). Untuk yang merokok ≥ 49 batang per hari, prevalensi tertinggi ada di Kabupaten Manggarai (11.3%), terendah di Kabupaten Kupang (1.3%). Untuk yang merokok antara 1 – 12 batang per hari, prevalensi tertinggi terdapat di Kab Ende (91.6%), terendah di Kab TTU (82.2%).

Tabel 3.18
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok Menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rerata Batang Rokok per Hari					
	≥49 btg	37-48 btg	25-36 btg	13-24 btg	1-12 btg	Tidak Tahu
Umur (Tahun)						
10-14	31.1			3.3	65.6	0.0
15-24	3.9		0.3	3.2	92.7	0.0
25-34	4.1	0.1	31.1			0.0
35-44	4.6	0.2	3.9		0.3	0.0
45-54	5.1		4.1	0.1	0.4	0.0
55-64	5.3		4.6	0.2	1.4	0.0
65-74	10.0		5.1		1.5	0.0
75+	4.5		5.3		1.0	0.0
Jenis Kelamin						
Laki	4.1	0.1	1.0	8.6	86.2	0.0
Perempuan	11.9	0.1	0.2	4.2	83.7	0.0
Pendidikan						
Tidak Sekolah	7.2		0.2	9.3	83.3	0.0
Tidak Tamat SD	6.0		0.8	8.4	84.8	0.0
Tamat SD	7.2		0.2	9.3	83.3	0.0
Tamat SMP	6.0		0.8	8.4	84.8	0.0
Tamat SMA	5.4	0.1	0.7	7.4	86.5	0.0
Tamat PT	3.2	0.1	1.1	5.6	89.9	0.0
Daerah						
Perkotaan	3.5	0.3	0.8	9.7	85.7	0.0
Pedesaan	3.5	0.0	0.9	7.7	85.9	0.0
Tingkat Pengeluaran per Kapita						
Kuintil-1	4.8	0.1	1.0	7.1	86.9	0.0
Kuintil-2	5.4		0.5	7.1	87.0	0.0
Kuintil-3	5.5	0.1	1.0	7.7	85.7	0.0
Kuintil-4	5.3		0.5	7.9	86.3	0.0
Kuintil-5	4.9	0.2	1.6	10.6	82.7	0.0

Tabel 3.7.1.6 menggambarkan prevalensi perokok berdasarkan rerata jumlah batang rokok yang dihisap menurut karakteristik penduduk. Bila dilihat dari kelompok umur, maka mereka yang mengkonsumsi rokok ≥49 batang per hari tertinggi terjadi pada umur 1-14 tahun. Bila dilihat dari jenis kelamin, maka perokok yang menghisap ≥ 49 batang rokok per hari pada perempuan lebih tinggi dari laki-laki. Bila dilihat dari tingkat pendidikan, terlihat tidak ada pola yang jelas antara rerata jumlah batang rokok yang dihisap dengan tingkat pendidikan. Dilihat dari kuintil pendapatan, juga tidak terlihat perbedaan yang nyata dalam jumlah rerata batang rokok yang dihisap dengan tingkatan kuintil pendapatan.

Tabel 3.19
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia
Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Usia Mulai Merokok Tiap Hari						Tidak Tahu
	5-9 Th	10-14 Th	15-19 Th	20-24 Th	25-29 Th	≥30 Th	
Sumba Barat	0.5	5.6	19.0	19.0	4.6	1.4	50.0
Sumba Timur		6.3	31.3	19.2	8.6	6.1	28.5
Kupang	0.7	6.7	26.2	26.9	10.4	6.0	23.1
Timor Tengah Selatan	1.1	5.3	19.0	15.1	12.0	11.1	36.6
Timor Tengah Utara	0.3	4.8	20.1	12.9	2.7	3.0	56.2
Belu	0.5	3.1	22.6	10.5	5.1	4.0	54.2
Alor		9.4	31.9	18.1	5.1	4.7	30.7
Lembata	0.0	7.9	30.2	15.8	7.2	6.5	32.4
Flores Timur	0.8	15.4	39.5	20.2	3.6	2.8	17.6
Sikka	0.2	3.9	32.0	27.4	8.1	2.3	26.1
Ende		8.3	37.7	19.7	7.3	6.8	20.3
Ngada	0.5	3.8	13.3	14.8	4.8	3.8	59.0
Manggarai		1.6	33.1	17.2	5.5	3.9	38.7
Rote ndao	0.4	4.1	20.0	19.2	7.8	7.3	41.2
Manggarai Barat	1.0	2.3	28.1	11.0	5.0	2.3	50.2
Kota Kupang	0.4	7.7	39.6	23.5	6.5	2.3	20.0
NTT	0.4	5.4	28.3	18.1	6.7	4.8	36.2

Tabel 3.7.1.7 menggambarkan prevalensi usia mulai merokok tiap hari menurut kabupaten/kota. Secara umum di Provinsi NTT usia mulai merokok adalah pada umur 15 – 19 tahun, kemudian diikuti kelompok umur 20 – 24 tahun, dan akhirnya kelompok 25 – 29 tahun. Prevalensi usia merokok 10 – 14 tahun tertinggi terdapat di Kab Flores Timur (15.4%), terendah di Kabupaten Manggarai (1.6%).

Tabel 3.20
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Usia Mulai Merokok Tiap Hari						Tidak Tahu
	5-9 Th	10-14 Th	15-19 Th	20-24 Th	25-29 Th	≥30 Th	
Umur (Tahun)							
10-14	2.7	35.1	56.4	8.0			20.3
15-24	0.7	14.6	38.0	20.6	6.6	0.5	27.8
25-34	0.4	6.0	24.8	21.1	9.7	4.3	34.6
35-44	0.5	4.9	21.9	20.8	7.9	9.6	37.2
45-54	0.1	2.4	15.8	19.2	5.5	9.5	47.9
55-64		2.2	10.1	11.8	8.2	8.0	59.9
65-74	0.4	1.7	11.3	13.8	4.4	5.7	62.9
75+		1.9					62.2
Jenis Kelamin							
Laki-laki	5.2	0.1	0.9	8.0	85.8	5.2	32.8
Perempuan	5.2	0.1	0.9	8.0	85.8	5.2	57.9
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0.7	10.6	36.1	14.0	3.4	2.5	32.7
Tidak Tamat SD	2.4	17.9	39.8	2.4	1.6	.8	35.0
Tamat SD	0.3	0.9	10.5	10.2	10.5	12.8	54.9
Tamat SMP	0.6	5.8	28.7	28.5	7.1	6.9	22.5
Tamat SMA		8.1	39.1	20.1	4.8	2.7	25.1
Tamat PT	0.3	4.5	27.1	18.1	7.2	4.6	38.2
Daerah							
Perkotaan	0.5	7.7	41.1	22.4	4.9	2.7	20.9
Pedesaan	0.4	5.0	26.3	17.5	7.0	5.2	38.7
Tingkat Pengeluaran per Kapita							
Kuintil-1	0.2	5.8	24.9	17.4	7.0	4.4	40.3
Kuintil-2	0.3	6.5	30.4	17.1	6.6	5.5	33.5
Kuintil-3	0.2	5.2	27.2	16.7	6.7	4.3	39.7
Kuintil-4	0.2	5.7	28.8	17.2	6.9	4.6	36.6
Kuintil-5	0.7	4.0	29.2	22.0	6.6	5.0	32.5

Tabel 3.7.1.8 menggambarkan prevalensi usia merokok tiap hari berdasarkan kelompok menurut karakteristik penduduk. Tampak bahwa semakin muda usia penduduk maka usia mulai merokok tiap hari juga semakin muda. Artinya masyarakat Prov NTT generasi baru cenderung merokok tiap hari pada usia muda. Bila dilihat menurut jenis kelamin, tidak terdapat perbedaan yang nyata usia mulai merokok antar jenis kelamin. Demikian juga bila dilihat dari tingkat pendidikan, jenis tempat tinggal penduduk, dan kuintil pengeluaran, maka tidak terdapat perbedaan yang nyata usia mulai merokok antar pedesaan dan perkotaan, antar tingkat pendidikan, dan antar kuintil pendapatan.

Tabel 3.21
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Pertama Kali Merokok dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Usia Pertama Kali Merokok						Tidak Tahu
	5-9 Th	10-14 Th	15-19 Th	20-24 Th	25-29 Th	≥30 Th	
Sumba Barat	1.1	14.5	21.8	9.1	1.5	0.7	51.3
Sumba Timur	0.8	8.0	30.8	12.4	5.1	2.7	40.2
Kupang	1.7	10.3	29.4	21.8	6.0	1.3	29.5
Timor Tengah Selatan	2.0	4.0	17.9	12.6	8.8	8.7	46.0
Timor Tengah Utara	0.6	5.5	16.6	9.1	3.2	4.0	60.9
Belu	0.6	4.0	21.7	9.0	4.0	3.7	57.0
Alor		8.6	28.9	15.1	3.7	2.7	41.0
Lembata	0.5	8.3	26.6	14.7	5.5	4.6	39.9
Flores Timur	0.6	13.6	36.8	13.4	3.8	2.2	29.6
Sikka	0.7	5.9	33.6	17.5	4.7	1.9	35.8
Ende		7.9	36.5	18.0	6.9	7.1	23.6
Ngada	0.3	5.6	13.3	10.8	4.3	3.1	62.7
Manggarai	0.2	1.4	24.1	14.9	4.7	4.0	50.8
Rote Ndao	0.3	3.3	20.0	17.3	6.3	6.7	46.0
Manggarai Barat	1.0	4.3	27.8	9.3	2.6	1.4	53.7
Kota Kupang	0.2	5.2	39.8	15.1	5.4	0.5	33.8
NTT	0.7	6.1	26.3	13.9	5.0	3.7	44.3

Tabel 3.7.1.9 menggambarkan usia mulai merokok menurut kabupaten/kota. Secara umum usia mulai merokok adalah pada umur 15-19 tahun (26.3%). kemudian disusul pada usia 20-24 tahun (13.9%). Bila dilihat menurut kabupaten/kota. prevalensi merokok usia muda (5-9 th) tertinggi ada di Kab TTS. Prevalensi merokok usia 10-14 th tertinggi terdapat di Kab Sumba Barat (14.5%).

Tabel 3.22.10
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur
Pertama Kali Merokok dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Usia Pertama Kali Merokok/Kunyah Tembakau						Tidak Tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	≥30 th	
Umur (Tahun)							
10-14	4.6	38.5					56.9
15-24	1.1	14.6	51.2	5.1			28.0
25-34	0.7	7.1	34.5	16.5	4.4	0.5	36.3
35-44	0.9	5.4	23.5	16.0	7.4	3.7	43.1
45-54	0.3	2.8	20.3	16.6	6.5	6.8	46.7
55-64	0.6	2.3	14.0	15.1	4.7	7.4	55.9
65-74		2.7	11.1	10.0	6.4	5.8	64.1
75+	0.4	1.5	10.6	9.8	3.8	5.7	68.3
Jenis Kelamin							
Laki-laki	0.6	6.6	29.0	14.9	4.8	2.7	41.2
Perempuan	0.9	2.6	9.5	7.3	6.1	9.8	63.8
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0.7	2.3	14.2	9.0	4.2	6.5	63.0
Tidak Tamat SD	0.6	5.7	23.4	12.7	5.3	3.6	48.8
Tamat SD	0.6	6.1	26.9	14.3	4.3	3.2	44.6
Tamat SMP	1.2	9.4	31.7	14.8	5.5	3.2	34.2
Tamat SMA	0.6	7.1	35.3	17.2	6.5	2.8	30.5
Tamat PT	0.9	6.9	32.9	18.7	6.3	4.8	29.3
Daerah							
Perkotaan	0.7	2.3	14.2	9.0	4.2	6.5	63.0
Pedesaan	0.6	5.7	23.4	12.7	5.3	3.6	48.8
Tingkat Pengeluaran per Kapita							
Kuintil-1	0.5	6.4	23.6	13.4	5.0	3.2	47.9
Kuintil-2	0.4	6.8	27.3	14.6	4.1	4.2	42.7
Kuintil-3	0.5	5.7	25.8	11.4	5.5	3.4	47.7
Kuintil-4	0.8	5.8	26.7	14.3	5.2	3.3	43.9
Kuintil-5	1.2	5.4	27.8	15.7	5.3	4.1	40.6

Tabel 3.7.1.10 menggambarkan prevalensi usia pertama kali merokok menurut karakteristik penduduk. Semakin muda kelompok umur, maka semakin muda pula usia pertama kali merokok. Bila dilihat menurut jenis kelamin, terdapat pola yang berbeda terkait usia pertama kali merokok. Laki-laki cenderung lebih muda usia pertama kali merokok dibanding perempuan. Tidak terdapat pola yang nyata prevalensi usia merokok bila dilihat menurut tingkat pendidikan, tempat tinggal penduduk, dan kuintil pendapatan.

Tabel 3.23
Prevalensi Perokok dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Merokok di Dalam Rumah
Sumba Barat	92.0
Sumba Timur	93.0
Kupang	86.3
Timor Tengah Selatan	71.9
Timor Tengah Utara	78.0
Belu	81.2
Alor	76.1
Lembata	84.6
Flores Timur	91.6
Sikka	90.5
Ende	85.5
Ngada	86.5
Manggarai	90.5
Rote Ndao	75.8
Manggarai Barat	96.2
Kota Kupang	69.1
NTT	84.5

Tabel 3.7.1.11 menunjukkan prevalensi merokok dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lainnya menurut kabupaten/kota. Kab Manggarai Barat menunjukkan prevalensi tertinggi (96.2%). terendah di Kota Kupang (69.1%).

Tabel 3.24
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis
Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Rokok yang Dihisap							
	Kretek dengan Filter	Kretek tanpa Filter	Rokok Putih	Rokok liting	Cang-klong	Cerutu	Tembakau Dikunyah	Lainnya
Sumba Barat	37.3	57.0	18.8	23.0	0.4	0.8	34.5	0.0
Sumba Timur	46.5	57.7	34.7	40.7	0.0	0.4	16.2	3.2
Kupang	54.4	35.0	20.8	21.5	2.3	0.8	16.3	0.5
Timor Tengah Selatan	38.2	20.5	10.2	12.5	0.0	0.5	57.7	0.8
Timor Tengah Utara	42.6	26.8	24.5	47.6	0.7	0.7	25.2	1.4
Belu	39.8	25.5	7.0	24.3	2.9	1.4	33.4	1.0
Alor	50.8	23.3	16.3	20.9	0.5	.3	24.7	5.9
Lembata	59.7	9.7	18.8	16.8	0.0	0.0	15.6	1.6
Flores Timur	68.4	24.3	21.5	19.1	3.4	0.2	8.9	0.3
Sikka	68.5	15.9	8.2	41.7	0.4	1.0	7.3	0.0
Ende	60.2	17.0	14.7	21.9	0.9	0.2	8.7	0.9
Ngada	57.9	20.0	27.5	11.1	0.7	0.7	23.2	1.1
Manggarai	51.1	31.5	39.3	25.1	1.7	1.1	21.3	1.7
Rote Ndao	41.2	23.6	16.3	38.4	0.3	0.0	38.9	0.3
Manggarai Barat	71.8	8.3	16.9	13.7	0.3	0.3	10.4	0.0
Kota Kupang	75.2	21.3	22.6	1.1	0.0	0.0	4.1	0.0
NTT	52.6	26.7	20.8	24.1	1.1	0.6	23.1	1.2

Tabel 3.7.1.12 menggambarkan jenis rokok yang dihisap menurut kabupaten/kota. Jenis kretek dengan filter banyak dihisap oleh perokok di Kota Kupang (75.2%). lalu jenis kretek tanpa filter banyak dihisap oleh perokok di Sumba Timur (57.7%). Rokok putih banyak dihisap oleh perokok di Kab Manggarai (39.3%). sedangkan rokok liting banyak dihisap oleh perokok di Kab TTU (47.6%). Jenis tembakau kunyah hampir merata di seluruh kabupaten/kota. dengan prevalensi tertinggi di Kab TTS.

Tabel 3.7.1.13
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis
Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Rokok yang Dihisap							Lain-nya
	Kretek dengan Filter	Kretek tanpa Filter	Rokok Putih	Rokok Linting	Cang-klong	Cerutu	Tembakau Kunyah	
Umur(Tahun)								
10-14	62.8	18.6	11.6	4.5			11.6	
15-24	62.8	33.6	28.9	13.1	0.2	0.4	6.0	0.5
25-34	66.4	34.3	26.4	21.5	0.8	0.6	12.8	0.9
35-44	56.3	29.5	21.5	24.3	1.4	0.8	20.3	1.9
45-54	42.7	20.6	17.0	26.0	1.4	0.4	29.6	1.2
55-64	29.2	19.6	13.4	32.0	1.2	1.2	40.8	1.3
65-74	23.3	14.6	12.5	33.3	1.6	0.4	44.6	0.9
75+	18.8	8.9	4.2	37.7	2.6	1.0	50.8	2.1
Jenis Kelamin								
Laki-laki	59.0	30.0	23.2	27.0	1.1	0.7	14.3	1.2
Perempuan	10.5	5.6	4.7	5.6	1.2	0.3	80.5	0.9
Pendidikan								
Tidak sekolah	1.2	14.1	12.1	29.6	2.1	0.5	52.6	0.9
Tidak tamat SD	0.9	29.3	19.9	33.6	1.1	0.2	26.5	1.1
Tamat SD	1.2	29.6	22.5	26.7	1.2	1.0	21.0	1.7
Tamat SMP	0.9	29.8	23.2	16.4	1.0	0.6	11.5	1.3
Tamat SMA	1.2	26.0	23.0	7.0	0.5	0.7	8.3	0.5
Tamat PT	0.9	17.7	23.3	3.8	0.7	0.7	11.5	0.7
Daerah								
Perkotaan	77.5	20.6	20.7	4.7	1.0	0.3	6.6	6.6
Perdesaan	48.3	27.8	20.8	27.5	1.2	0.7	25.9	25.9
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan								
Kuintil 1	45.7	30.9	21.6	32.2	1.7	1.0	25.7	1.3
Kuintil 2	49.1	27.9	20.6	27.7	0.8	0.3	24.4	1.4
Kuintil 3	51.3	28.1	21.3	25.5	1.0	0.6	24.8	0.9
Kuintil 4	53.6	25.6	19.3	23.2	1.5	0.7	21.1	1.1
Kuintil 5	61.6	23.0	21.8	14.9	0.8	0.6	20.4	1.1

Tabel 3.134 menggambarkan jenis rokok yang dihisap menurut karakteristik penduduk. Tampak bahwa semakin muda usia penduduk, maka prevalensinya merokok jenis kretek filter, kretek tanpa filter, dan rokok putih semakin tinggi. Sebaliknya, semakin tua usia penduduk, maka prevalensinya merokok linting lebih tinggi dibanding usia muda. Bila dilihat dari jenis kelamin, tampak bahwa laki-laki persentasenya merokok kretek dan rokok putih lebih tinggi dibanding perempuan, sebaliknya untuk mengunyah tembakau persentase perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki. Semakin tinggi tingkat pendidikan menunjukkan bahwa persentase merokok kretek dan rokok putih meningkat, sebaliknya untuk rokok linting semakin tinggi tingkat pendidikannya semakin rendah persentasenya. Demikian juga bila dikaitkan dengan tempat tinggal, penduduk di perkotaan lebih banyak merokok jenis kretek dan rokok putih dari pada orang desa, sebaliknya orang desa lebih banyak merokok jenis linting dibanding orang perkotaan. Bila dilihat dari kuintil pendapatan, tampak bahwa tidak ada perbedaan yang nyata dalam jenis rokok yang dihisap dengan kuintil pendapatan.

3.7.2 Perilaku Penduduk Makan Buah dan Sayur

Tabel 3.7.2.1
Sebaran Penduduk \geq 10 Tahun yang 'Cukup' dan 'Kurang' Makan Buah dan Sayur Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Cukup (WHO)	Kurang (WHO)
Umur (Tahun)		
10-14	6.4	93.6
15-24	5.5	94.5
25-34	6.2	93.8
35-44	6.1	93.9
45-54	5.5	94.5
55-64	5.5	94.5
65-74	4.6	95.4
75+	4.7	95.3
Jenis Kelamin		
Laki	6.2	93.8
Perempuan	5.5	94.5
Pendidikan		
Tidak sekolah	4.6	95.4
Tidak tamat SD	5.0	95.0
Tamat SD	5.5	94.5
Tamat SMP	6.3	93.7
Tamat SMA	7.2	92.8
Tamat PT	11.0	89.0
Daerah		
Pekotaan	6.5	93.5
Pedesaan	5.7	94.3
Status Ekonomi		
Kuintil-1	5.8	95.2
Kuintil-2	10.7	96.0
Kuintil-3	2.5	94.0
Kuintil-4	5.1	94.3
Kuintil-5	5.4	91.8

Tabel 3.7.2.1 menggambarkan prevalensi kecukupan makan buah dan sayur penduduk \geq 10 tahun menurut karakteristik penduduk. Dari tabel ini dapat diketahui bahwa secara garis besar prevalensi penduduk yang memiliki kecukupan sayur dan buah sangat kecil. Bila dilihat menurut kelompok umur, hampir tidak ada perbedaan nyata dalam kecukupan konsumsi buah dan sayur menurut kelompok umur. Dilihat dari jenis kelamin, tampak tidak ada perbedaan nyata antar laki dan perempuan dalam konsumsi buah dan sayur. Dilihat dari tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan persentase makan buah dan sayur semakin tinggi. Dilihat dari tempat tinggal penduduk, mereka yang tinggal di perkotaan makan buah dan sayur sedikit lebih banyak dibanding perkotaan. Dilihat dari kuintil pendapatan, tidak terdapat pola yang jelas antar kuintil pendapatan.

Tabel 3.25
Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang 'Cukup' dan 'Kurang' Makan
Buah dan Sayur Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Cukup (WHO)	Kurang (WHO)
Sumba Barat	5.8	94.2
Sumba Timur	10.7	89.3
Kupang	2.5	97.5
Timor Tengah Selatan	5.1	94.9
Timor Tengah Utara	5.4	94.6
Belu	3.3	96.7
Alor	3.8	96.2
Lembata	19.3	80.7
Flores Timur	8.0	92.0
Sikka	0.5	99.5
Ende	2.0	98.0
Ngada	3.2	96.8
Manggarai	10.1	89.9
Rote Ndao	4.0	96.0
Manggarai Barat	21.4	78.6
Kota Kupang	4.1	95.9
NTT	5.8	94.2

Tabel 3.7.2.2 menggambarkan tingkat kecukupan makan buah dan sayur menurut kabupaten/kota. Kabupaten dengan prevalensi kecukupan sayur tertinggi adalah Kab Manggarai Barat (21.4%). terendah Kab Sikka (0.5%).

3.7.3 Alkohol

Tabel 3.7.3.1 menggambarkan prevalensi peminum alkohol menurut kabupaten/kota di Prov NTT. Secara umum prevalensi peminum alkohol di Prov NTT adalah 17.6%. angka ini jauh lebih tinggi dari angka prevalensi nasional (3.2%). Prevalensi tertinggi terdapat di Kab Ngada (38.3%). terendah di Kabupaten Sumba Barat (7.7%).

Tabel 3.26
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Konsumsi Alkohol 12 Bulan Terakhir	Konsumsi Alkohol 1 Bulan Terakhir
Sumba Barat	7.7	5.2
Sumba Timur	8.3	5.9
Kupang	12.2	9.2
Timor Tengah Selatan	16.7	11.8
Timor Tengah Utara	32.7	26.9
Belu	17.8	13.1
Alor	19.6	15.4
Lembata	36.5	32.0
Flores Timur	14.9	11.3
Sikka	18.6	12.5
Ende	17.6	12.8
Ngada	38.3	30.4
Manggarai	20.8	17.4
Rote Ndao	17.1	11.4
Manggarai Barat	13.4	9.6
Kota Kupang	8.7	6.4
NTT	17.6	13.5

Tabel 3.7.3.2 menggambarkan prevalensi peminum alkohol menurut karakteristik penduduk. Dari tabel ini dapat diketahui bahwa persentase terbesar penduduk yang mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir adalah umur 45 – 54 tahun (23.6%) dan hanya 18.3% yang tetap mengkonsumsi alkohol 1 bulan terakhir. Persentase laki-laki yang mengkonsumsi minuman keras sebesar 32.9 %. jauh lebih besar dibandingkan perempuan (4.0%). Dari status ekonomi dapat terlihat bahwa tidak ada perbedaan yang nyata antara kuintil pendapatan dalam mengkonsumsi alkohol.

Tabel 3.27
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir
Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Mengkonsumsi Alkohol 12 Bulan Terakhir	Masih Mengkonsumsi Alkohol 1 Bulan Terakhir
Kelompok Umur (Tahun)		
10-14	1.2	0.8
15-24	15.3	1.5
25-34	23.4	17.4
35-44	23.1	18.0
45-54	23.6	18.3
55-64	22.2	17.3
65-74	17.6	13.2
75+	9.5	7.2
Jenis Kelamin		
Laki-laki	32.9	25.0
Perempuan	4.0	3.1
Pendidikan		
Tidak sekolah	16.8	13.4
Tidak tamat SD	14.0	10.4
Tamat SD	19.7	15.4
Tamat SMP	18.4	13.5
Tamat SMA	20.2	15.1
Tamat SMA +	18.3	13.8
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	17.7	13.7
Kuintil-2	17.0	12.9
Kuintil-3	17.8	13.6
Kuintil-4	17.4	13.4
Kuintil-5	17.6	13.2

3.7.4 Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik secara teratur bermanfaat untuk mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Dikumpulkan data frekuensi beraktivitas fisik dalam seminggu terakhir untuk penduduk 10 tahun ke atas. Kegiatan aktivitas fisik dikategorikan 'cukup' apabila kegiatan dilakukan terus-menerus sekurangnya 10 menit dalam satu kegiatan tanpa henti. Selain frekuensi, dilakukan pula pengumpulan data intensitas, yaitu jumlah hari melakukan aktivitas 'berat', 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit

aktifitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktifitas yang dilakukan, di mana aktifitas diberi pembobotan, masing-masing untuk aktifitas 'berat' empat kali, aktifitas 'sedang' dua kali terhadap aktifitas 'ringan' atau jalan santai. Pembobotan ini yang dikenal dengan metabolik ekuivalen (MET). MET adalah perbandingan antara metabolik rate orang bekerja dibandingkan dengan metabolik rate orang dalam keadaan istirahat. MET biasa digunakan untuk menggambarkan intensitas aktifitas fisik, dan juga digunakan untuk analisis data GPAC (Global Physical activity Questionnaire). Sebagai batasan aktivitas fisik "cukup" apabila hasil perkalian frekuensi dan intensitas yang dilakuakn dalam satu minggu secara kumulatif sebesar 600 MET.

Tabel 3.28
Prevalensi Penduduk \geq 10 tahun yang Melakukan Kegiatan Aktif dan Tidak Aktif Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang	Cukup
Umur (Tahun)		
10-14	60.1	39.9
15-24	72.0	28.0
25-34	78.5	21.5
35-44	81.4	18.6
45-54	79.8	20.2
55-64	75.0	25.0
65-74	58.7	41.3
75+	31.3	68.7
Jenis Kelamin		
Laki	75.1	24.9
Perempuan	70.4	29.6
Pendidikan		
Tidak sekolah	69.2	30.8
Tidak tamat SD	73.6	26.4
Tamat SD	79.4	20.6
Tamat SMP	71.4	28.6
Tamat SMA	61.6	38.4
Tamat PT	51.0	49.0
Daerah		
Pekotaan	52.1	47.9
Pedesaan	77.5	22.5
Tingkat Pengeluaran per Kapita per Bulan		
Kuintil-1	77.3	22.7
Kuintil-2	77.1	22.9
Kuintil-3	74.8	25.2
Kuintil-4	71.5	28.5
Kuintil-5	64.2	35.8

Dari tabel 3.7.4.1 terlihat bahwa sebagian besar penduduk kurang melakukan aktivitas fisik. Bila dilihat dari kelompok umur penduduk yang cukup melakukan aktivitas fisik tertinggi pada kelompok umur ≥ 75 tahun. Dilihat dari jenis kelamin, perempuan sedikit lebih tinggi persentasenya dalam melakukan aktivitas fisik cukup. Dilihat dari tingkat pendidikan, tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pendidikan dan kecukupan aktivitas fisik. Namun bila dilihat dari tempat tinggal, penduduk yang tinggal di perkotaan mempunyai prevalensi lebih tinggi untuk aktivitas fisik cukup dibanding penduduk pedesaan. Selanjutnya bila dilihat menurut kuintil pendapatan, semakin kaya penduduk maka semakin tinggi kecukupan aktivitas fisiknya.

Tabel 3.29
Prevalensi Penduduk ≥ 10 Tahun yang Melakukan Kegiatan Aktif dan Tidak Aktif Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang	Cukup
Sumba Barat	79.6	20.4
Sumba Timur	67.0	33.0
Kupang	76.9	23.1
Timor Tengah Selatan	79.4	20.6
Timor Tengah Utara	72.1	27.9
Belu	66.1	33.9
Alor	69.1	30.9
Lembata	77.1	22.9
Flores Timur	78.3	21.7
Sikka	72.5	27.5
Ende	69.8	30.2
Ngada	82.9	17.1
Manggarai	76.3	23.7
Rote Ndao	76.6	23.4
Manggarai Barat	90.8	9.2
Kota Kupang	46.1	53.9
NTT	72.6	27.4

Tabel 3.7.4.2 menggambarkan prevalensi penduduk dengan aktivitas fisik cukup dan kurang menurut kabupaten/kota di Prov NTT. Secara umum prevalensi penduduk yang cukup melakukan aktivitas fisik adalah 27.4%, tidak berbeda jauh dengan angka nasional 29.8%. Bila dilihat menurut kabupaten/kota, prevalensi aktivitas cukup tertinggi terdapat di Kota Kupang (53.9%), terendah di Manggarai Barat (9.2%).

3.7.5 Pengetahuan dan Sikap Terhadap Flu Burung

Dari data Riskesdas, penduduk yang memiliki pengetahuan benar tentang flu burung adalah penduduk yang pernah mendengar tentang flu burung dan menjawab salah satu benar tentang penularan flu burung dari kontak dengan unggas sakit atau kontak dengan kotoran

unggas/pupuk kandang. Sedangkan bersikap benar tentang flu burung adalah yang menjawab salah satu benar pada tindakan apabila ada unggas yang sakit atau mati yaitu melaporkan pada aparat terkait, membesihkan kandang unggas atau mengubur/mebakar unggas yang sakit.

Tabel 3.30
Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Pernah Mendengar, Berpengetahuan Benar, dan Bersikap Benar tentang Flu Burung Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Mendengar Tentang Flu Burung	Berpengetahuan Benar Tentang Flu Burung	Bersikap Benar Tentang Flu Burung
Umur (Tahun)			
10-14	26.0	55.8	82.3
15-24	52.9	63.8	87.1
25-34	43.7	60.3	85.5
35-44	39.9	60.4	86.6
45-54	33.1	57.2	87.1
55-64	23.2	55.6	83.7
65-74	15.0	48.1	88.0
75+	7.4	42.8	81.9
Jenis Kelamin			
Laki	40.5	61.2	86.1
Perempuan	32.5	58.1	85.7
Pendidikan			
Tidak sekolah	8.0	38.8	78.0
Tidak tamat SD	18.2	44.4	77.5
Tamat SD	30.3	49.6	79.2
Tamat SMP	59.4	61.1	88.1
Tamat SMA	80.1	72.1	93.0
Tamat PT	90.3	81.7	97.2
Daerah			
Pekotaan	74.3	75.4	96.3
Pedesaan	27.2	49.5	79.2
Status Ekonomi			
Kuintil-1	25.0	53.0	82.2
Kuintil-2	30.1	52.3	81.3
Kuintil-3	34.5	56.7	84.2
Kuintil-4	41.4	61.6	86.8
Kuintil-5	56.4	69.0	91.7

Tabel 3.7.5.1 menggambarkan prevalensi penduduk yang pernah mendengar, berpengetahuan benar, dan bersikap benar tentang flu burung menurut karakteristik penduduk. Dari tabel ini dapat diketahui bahwa penduduk yang berumur antara 15 – 24 tahun yang pernah mendengar tentang flu burung memiliki persentase yang paling besar (52.9%). Begitu juga dengan pengetahuan yang benar tentang flu burung, kelompok umur ini

memiliki persentase yang paling besar (63.8%). Selain terdapat keberagaman dalam *awareness* dan pengetahuan, juga terlihat prevalensi sikap yang benar tentang flu burung paling tinggi pada kelompok umur 65-74 tahun (88,0%). Bila dilihat menurut jenis kelamin, tampak pada penduduk laki-laki sedikit lebih tinggi dibandingkan penduduk perempuan. Persentase penduduk yang pernah mendengar tentang flu burung, berpengetahuan benar dan bersikap benar bertambah besar sejalan dengan meningkatnya tingkat pendidikan. Demikian juga penduduk yang tinggal di daerah perkotaan lebih banyak dibandingkan penduduk di daerah perdesaan mengenai ketiga hal tersebut. Menurut status ekonomi penduduk semakin tinggi status ekonomi semakin banyak yang pernah mendengar tentang flu burung, tetapi tidak sejalan dengan pengetahuan dan sikap yang benar tentang flu burung.

Tabel 3.31
Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Pernah Mendengar Berpengetahuan Benar, dan Bersikap Benar Tentang Flu Burung Menurut Kabupaten/Kota di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah Mendengar Tentang Flu Burung	Berpengetahuan Benar Tentang Flu Burung	Bersikap Benar Tentang Flu Burung
Sumba Barat	15.4	74.0	85.8
Sumba Timur	35.6	58.0	89.9
Kupang	40.9	52.8	78.2
Timor Tengah Selatan	22.3	68.1	91.8
Timor Tengah Utara	28.1	51.5	67.9
Belu	28.9	72.0	88.6
Alor	35.4	60.2	86.0
Lembata	41.1	45.3	78.6
Flores Timur	46.8	44.9	78.5
Sikka	31.4	51.4	88.7
Ende	51.3	55.7	92.5
Ngada	35.9	54.7	90.6
Manggarai	21.7	55.5	78.2
Rote Ndao	41.4	30.8	59.9
Manggarai Barat	26.1	55.0	86.4
Kota Kupang	80.3	80.0	97.2
NTT	36.3	59.8	85.9

Tabel 3.7.5.2 menggambarkan prevalensi penduduk \geq 10 tahun yang pernah mendengar, berpengetahuan benar dan bersikap benar tentang flu burung menurut Kabupaten/Kota. Secara umum yang pernah mendengar tentang flu burung adalah 36,3%. berpengetahuan benar 59.8%. dan bersikap benar 85.9%. Bila dilihat per kabupaten/kota, persentase penduduk pernah mendengar, berpengetahuan benar, dan bersikap benar tentang flu burung sangat bervariasi. Persentase penduduk kabupaten/kota yang sedikit mendengar tentang flu burung seperti kabupaten Sumba Barat (15,4%), tetapi berpengetahuan benar dan bersikap benar tentang flu burung cukup tinggi.

3.7.6 Pengetahuan dan Sikap Terhadap HIV/AIDS

Tabel 3.32
Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Pernah Mendengar Berpengetahuan Benar, dan Bersikap Benar Tentang HIV/AIDS Menurut Karakteristik di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah Mendengar Tentang HIV/AIDS	Berpengetahuan Benar Tentang Penularan HIV/AIDS	Bersikap Benar Tentang Pencegahan HIV/AIDS
Umur (tahun)			
10-14	14.9	19.9	39.8
15-24	47.7	30.9	52.1
25-34	37.9	29.4	50.2
35-44	34.8	31.2	52.6
45-54	27.9	30.8	53.4
55-64	17.7	26.3	49.4
65-74	12.0	20.8	44.4
75+	4.8	12.9	35.5
Jenis kelamin			
Laki	39.8	29.2	51.0
Perempuan	52.1	29.3	50.1
Pendidikan			
Tidak sekolah	4.6	26.0	26.0
Tidak tamat SD	10.5	15.3	15.3
Tamat SD	21.9	18.2	18.2
Tamat SMP	54.1	25.7	25.7
Tamat SMA	79.2	36.2	36.2
Tamat PT	91.7	53.3	53.3
Tipe Daerah			
Pekotaan	70.0	37.2	37.2
Pedesaan	20.7	22.8	22.8
Tingkat Pengeluaran per Kapita			
Kuintil-1	17.9	20.1	42.5
Kuintil-2	21.9	20.0	40.8
Kuintil-3	26.2	27.3	48.8
Kuintil-4	33.6	31.0	51.3
Kuintil-5	47.7	36.0	58.1

Tabel 3.7.6.1 menggambarkan penduduk \geq 10 tahun yang pernah mendengar, berpengetahuan benar, dan bersikap benar tentang HIV/AIDS, menurut karakteristik penduduk. Dari tabel ini dapat diketahui bahwa penduduk yang berumur antara 15 – 24 tahun yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS memiliki persentase yang paling besar (30.9%). Begitu juga dengan pengetahuan tentang pencegahan HIV/AIDS (30.9%). Sedangkan kelompok yang bersikap benar tentang pencegahan HIV/AIDS persentase tertinggi terdapat pada kelompok umur 45-54 tahun (53.4%). Dilihat dari jenis kelamin, kelompok perempuan lebih aware, berpengetahuan dan bersikap benar tentang HIV/AIDS dari pada kelompok laki-laki. Dilihat dari tingkat pendidikan, terlihat bahwa semakin tinggi

tingkat pendidikannya maka akan semakin *aware*. berpengetahuan dan bersikap benar tentang pencegahan HIV/AIDS. Bila dilihat dari tempat tinggal penduduk. mereka yang tinggal di perkotaan lebih *aware*. berpengetahuan dan bersikap benar tentang pencegahan HIV/AIDS. Selanjutnya bila dilihat menurut kuintil pendapatan. maka semakin tinggi pendapatan semakin baik pula dalam awareness. pengetahuan dan sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS.

Tabel 3.7.6.2
Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Pernah Mendengar Berpengetahuan Benar, dan Bersikap Benar Tentang HIV/AIDS Menurut Kabupaten/Kota di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah Mendengar Tentang HIV/AIDS	Berpengetahuan Benar Tentang Penularan HIV/AIDS	Bersikap Benar Tentang Pencegahan HIV/AIDS
Sumba Barat	14.4	59.4	71.3
Sumba Timur	27.0	30.9	52.0
Kupang	31.6	9.2	29.0
Timor Tengah Selatan	19.8	54.5	56.3
Timor Tengah Utara	27.4	7.5	40.1
Belu	35.0	47.6	56.9
Alor	23.8	18.8	56.6
Lembata	35.2	10.7	29.6
Flores Timur	39.3	11.2	35.7
Sikka	30.0	25.4	47.8
Ende	30.7	21.5	46.7
Ngada	32.3	16.8	25.3
Manggarai	11.5	54.1	52.2
Rote Ndao	22.5	9.3	47.1
Manggarai Barat	13.1	30.8	55.0
Kota Kupang	79.6	37.0	70.3
NTT	30.2	29.2	50.6

Tabel 3.7.6.2 menggambarkan prevalensi penduduk \geq 10 tahun yang pernah mendengar. berpengetahuan benar. dan bersikap benar tentang HIV/AIDS menurut Kabupaten/Kota. Secara umum. 30.2% penduduk NTT pernah mendengar (*aware*) tentang HIV/AIDS. 29.2% berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS. dan 50.6% bersikap benar tentang pencegahan HIV/AIDS. Dari 16 kabupaten/kota yang ada di NTT. prevalensi yang pernah mendengar HIV/AIDS tertinggi adalah Kota Kupang (79.6%). terendah adalah Kab Manggarai Barat (13.1%). Prevalensi penduduk yang berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS tertinggi adalah Kab Sumba Barat (59.4%). terendah adalah Kabupaten TTTU (7.5%). Untuk sikap yang benar terhadap pencegahan HIV/AIDS. Ke semua kabupaten/kota mempunyai pola prevalensi yang sama.

3.7.7 Perilaku Higienis

Tabel 3.7.7.1
Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan dengan Sabun Menurut Karakteristik, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Berperilaku Benar dalam Hal BAB	Berperilaku Benar Cuci Tangan dengan Sabun
Umur (Tahun)		
10-14	80.5	17.6
15-24	82.2	23.7
25-34	80.8	22.4
35-44	81.8	22.3
45-54	82.6	20.1
55-64	79.7	15.3
65-74	78.5	11.4
75+	77.3	8.1
Jenis Kelamin		
Laki	81.2	17.2
Perempuan	81.1	22.5
Pendidikan		
Tidak sekolah	70.6	9.7
Tidak tamat SD	71.9	14.9
Tamat SD	81.3	18.0
Tamat SMP	90.7	24.9
Tamat SMA	95.9	34.6
Tamat PT	96.3	42.2
Daerah		
Perkotaan	96.1	9.7
Pedesaan	77.5	14.9
Status Ekonomi		
Kuintil-1	75.7	96.1
Kuintil-2	76.8	77.5
Kuintil-3	82.2	96.1
Kuintil-4	84.2	77.5
Kuintil-5	89.6	96.1

Tabel 3.7.7.1 menggambarkan prevalensi penduduk \geq 10 tahun yang berperilaku benar dalam hal buang air besar dan cuci tgn dgn sabun menurut karakteristik penduduk. Bila dilihat dari kelompok umur tidak terdapat perbedaan pola yang nyata antar kelompok umur pada kedua perilaku tersebut. Menurut jenis kelamin perilaku benar dalam hal buang air besar tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Semakin tinggi pendidikan penduduk, tinggal di daerah perkotaan dan status ekonomi semakin baik maka perilaku benar dalam hal buang air besar semakin baik pula.

Perilaku benar cuci tangan dengan sabun pada penduduk perempuan lebih baik dibandingkan penduduk laki-laki. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka perilaku cuci tangan benar dengan sabun juga semakin baik. Persentase cuci tangan benar dengan sabun pada penduduk di pedesaan lebih banyak dibandingkan daerah perkotaan, tetapi tidak tampak pola yang spesifik perilaku benar cuci tangan dengan status ekonomi.

Tabel 3.33
Persentase Penduduk \geq 10 Tahun yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan dengan Sabun Menurut Kabupaten/Kota di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Berperilaku Benar dalam Hal BAB	Berperilaku Benar Cuci Tangan dengan Sabun
Sumba Barat	47.5	20.8
Sumba Timur	53.2	33.3
Kupang	90.3	6.0
Timor Tengah Selatan	92.3	16.4
Timor Tengah Utara	92.6	5.6
Belu	85.7	25.0
Alor	82.4	15.0
Lembata	90.8	12.5
Flores Timur	88.5	10.5
Sikka	68.0	14.9
Ende	82.4	13.5
Ngada	86.7	6.3
Manggarai	76.8	33.2
Rote Ndao	58.4	20.1
Manggarai Barat	64.3	25.0
Kota Kupang	96.6	40.5
NTT	81.1	20.0

Tabel 3.7.7.2 menunjukkan prevalensi penduduk \geq 10 tahun yang berperilaku benar dalam hal buang air besar dan cuci tangan dengan sabun menurut kabupaten/kota. Dari 16 kabupaten/kota di Prov NTT, prevalensi tertinggi berperilaku benar dalam BAB terdapat di Kota Kupang (96,6%). terendah di Kabupaten Sumba Barat (47.5%). Prevalensi tertinggi berperilaku benar cuci tangan dengan sabun terdapat di Kota Kupang (40.5%). terendah di Kabupaten Timor Tengah Utara (5.6%).

Tabel 3.34
Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat
Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Baik	Buruk
Sumba Barat	12.2	87.8
Sumba Timur	20.3	79.7
Kupang	28.3	71.7
Timor Tengah Selatan	11.4	88.6
Timor Tengah Utara	25.3	74.7
Belu	20.5	79.5
Alor	31.4	68.6
Lembata	40.1	59.9
Flores Timur	45.6	54.4
Sikka	32.8	67.2
Ende	37.2	62.8
Ngada	38.6	61.4
Manggarai	12.4	87.6
Rote Ndao	18.9	81.1
Manggarai Barat	17.1	82.9
Kota Kupang	59.4	40.6
NTT	26.8	73.2

Tabel 3.7.7.3 menunjukkan prevalensi rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat menurut kabupaten/kota di Prov NTT. Secara umum, dari 16 kabupaten/kota di NTT 26,8% rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat. Prevalensi berperilaku hidup bersih dan sehat tertinggi terdapat di Kota Kupang (59,4%), terendah di Kabupaten Timor Tengah Selatan (11.4%).

3.8 Akses Pemanfaatan Cara Pembiayaan dan Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

3.8.1 Akses Pelayanan Kesehatan

Kemudahan untuk akses pada pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti jarak tempat tinggal ke fasilitas kesehatan, waktu tempuh serta status sosial-ekonomi dan budaya. Pada Riskesdas NTT 2007 akses pada pelayanan kesehatan hanya ditinjau dan dikaitkan dengan jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan.

Fasilitas pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi dua yaitu:

1. Kelompok pertama adalah pelayanan kesehatan oleh Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dokter praktek dan bidan praktek
2. Kelompok ke dua adalah upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yaitu pelayanan oleh posyandu, poskesdes, polindes, dan bidan desa.

Untuk masing-masing kelompok pelayanan kesehatan tersebut dikaji akses rumah tangga ke fasilitas kesehatan tersebut. Akses ke fasilitas pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan, faktor kemampuan ekonomi keluarga, serta faktor sosial dan budaya masyarakat. Pada Riskesdas Provinsi NTT 2007, akses ke fasilitas pelayanan kesehatan hanya dikaji berdasarkan jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan.

Khusus untuk UKBM dikelompokkan menjadi Posyandu/Poskesdes, Polindes/Bidan Desa, dan Pos Obat Desa (POD)/ Warung Obat Desa (WOD). Selanjutnya setiap kelompok/jenis UKBM tersebut dikaji tentang pemanfaatan dan jenis pelayanan yang diberikan dan diterima oleh rumah tangga/RT (masyarakat) serta alasan apabila tidak memanfaatkan UKBM.

Tabel 3.8.1.1
Sebaran Rumah Tangga Berdasarkan Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan^{*)} Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	< 1 km	1- 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Sumba Barat	16.8	71.9	11.4	25.7	31.7	22.2	20.4
Sumba Timur	20.7	54.3	25.0	35.5	30.1	19.2	15.2
Kupang	33.3	55.6	11.1	36.8	34.7	21.2	7.3
Timor Tengah Selatan	19.2	46.1	34.7	23.0	26.6	18.2	32.2
Timor Tengah Utara	25.3	58.3	16.4	30.9	35.8	18.7	14.5
Belu	25.0	63.4	11.7	40.5	24.0	24.2	11.3
Alor	37.6	49.9	12.5	41.2	31.6	13.2	14.0
Lembata	39.7	49.8	10.5	49.8	30.8	13.1	6.3
Flores Timur	50.9	42.0	7.1	69.8	19.4	8.2	2.6
Sikka	32.7	50.8	16.5	48.8	29.1	14.7	7.4
Ende	43.8	46.1	10.0	34.2	43.8	12.3	9.6
Ngada	38.5	61.1	0.4	53.5	30.5	11.5	4.4
Manggarai	21.5	65.1	13.3	24.8	32.0	27.6	15.6
Rote Ndao	40.2	58.2	1.7	37.1	30.4	17.9	14.6
Manggarai Barat	30.1	48.6	21.3	33.2	18.4	27.2	21.2
Kota Kupang	50.9	47.0	2.1	65.9	30.1	3.0	0.9
NTT	31.7	54.2	14.2	39.4	29.9	17.9	12.8

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

Tabel ini menunjukkan keberagaman yang tinggi Akses RT menuju pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) menurut jarak dan waktu tempuh. Dilihat dari jarak, Kabupaten dengan akses termudah adalah Kota Kupang dan tersulit TTS. Dilihat dari waktu tempuh, Kabupaten dengan waktu tempuh termudah adalah Kota Kupang dan tersulit adalah Kabupaten TTS.

Tabel 3.35
Sebaran Rumah Tangga Berdasarkan Jarak dan Waktu Tempuh
ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan^{*)} Menurut Karakteristik,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	< 1 km	1-5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Klasifikasi Tempat Tinggal							
Perkotaan	44.0	54.3	1.7	65.7	28.7	4.9	0.8
Perdesaan	29.1	54.1	16.8	33.9	30.1	20.7	15.3
Status Ekonomi							
Kuintil1	27.2	54.6	18.2	30.5	30.4	21.1	18.0
Kuintil2	30.2	53.0	16.8	35.3	28.6	20.4	15.6
Kuintil3	31.1	54.9	14.1	39.1	30.4	18.5	11.9
Kuintil4	33.1	54.3	12.6	41.3	31.3	16.5	10.9
Kuintil5	36.6	54.8	8.6	51.3	27.0	13.5	8.3

Catatan: ^{*)} Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas.

Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Tabel 3.8.1.2 memberikan gambaran Akses RT menuju pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) berdasarkan jarak dan waktu tempuh menurut karakteristik RT. Tabel ini menunjukkan bahwa akses menuju pelayanan kesehatan di perkotaan lebih dekat dibandingkan perdesaan, sedangkan menurut waktu akses RT ke pelayanan kesehatan lebih singkat di perkotaan.

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

Tabel 3.36
Sebaran Rumah Tangga Berdasarkan Jarak dan Waktu Tempuh Ke Fasilitas
Pelayanan Kesehatan^{*)} Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Sumba Barat	50.6	47.6	1.8	52.4	26.5	12.7	8.4
Sumba Timur	52.3	44.7	3.0	59.6	26.5	9.8	4.1
Kupang	73.7	24.9	1.4	65.9	27.8	4.9	1.4
Timor Tengah Selatan	39.7	50.1	10.2	38.8	33.6	16.4	11.2
Timor Tengah Utara	76.8	21.8	1.4	64.2	27.2	5.4	3.3
Belu	67.7	31.8	0.5	61.5	27.4	9.0	2.1
Alor	83.1	14.8	2.0	71.5	21.2	4.9	2.3
Lembata	94.7	4.8	0.5	88.0	9.2	1.4	1.4
Flores Timur	94.5	5.2	0.2	94.3	4.3	1.2	0.2
Sikka	74.5	24.9	0.6	74.7	16.8	6.6	2.0
Ende	80.3	19.2	0.5	69.6	23.3	5.7	1.4
Ngada	61.4	38.1	0.4	61.2	24.1	9.8	4.9
Manggarai	64.3	33.5	2.2	63.2	20.9	11.2	4.7
Rote Ndao	76.8	22.8	0.4	62.8	25.9	10.0	1.3
Manggarai Barat	62.4	31.9	5.8	61.8	17.6	13.5	7.1
Kota Kupang	89.1	10.6	0.4	89.8	9.4	0.6	0.2
NTT	69.9	27.7	2.3	66.2	22.2	8.0	3.6

Catatan: *) Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu. Poskesdes. Polindes

Tabel 3.8.1.3 memberikan gambaran akses RT ke pelayanan kesehatan jenis UKBM menurut kabupaten/kota. Akses RT ke pelayanan kesehatan UKBM menurut jarak dan waktu tempuh antar kabupaten/kota menunjukkan keberagaman. Analog dengan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan (RS. Puskesmas. Puskesmas Pembantu. Dokter Praktik). Kabupaten dengan akses termudah adalah Kota Kupang dan tersulit adalah Kabupaten TTS.

Tabel 3.8.1.4
Sebaran Rumah Tangga Jarak dan Waktu Tempuh Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Klasifikasi Tempat Tinggal							
Perkotaan	83.0	16.2	0.7	87.2	10.7	1.7	0.4
Perdesaan	67.3	30.1	2.6	61.9	24.5	9.3	4.3
Status Ekonomi							
Kuintil1	65.4	31.8	2.8	59.5	25.5	9.7	5.3
Kuintil2	67.2	30.1	2.7	61.3	24.5	9.5	4.7
Kuintil3	70.3	27.7	2.0	67.1	21.5	8.4	3.1
Kuintil4	72.8	25.3	1.9	69.1	21.3	7.0	2.7
Kuintil5	74.3	24.5	1.3	73.9	17.9	5.6	2.7
NTT	70.0	27.7	2.3	66.2	22.2	8.0	3.6

Catatan: *) Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu. Poskesdes. Polindes

Tabel 3.8.1.4 memberikan gambaran akses RT berdasarkan jarak dan waktu tempuh ke pelayanan kesehatan UKBM (Posyandu. Poskesdes. Polindes) menurut karakteristik RT. Akses RT ke posyandu/polindes/poskesdes di perkotaan lebih mudah dibandingkan dengan di perdesaan. baik menurut jarak atau waktu tempuhnya.

Ada kecenderungan makin miskin RT. akses ke posyandu/polindes makin jauh jika ditinjau dari jarak tempuh dan makin lama jika ditinjau dari waktu tempuh. namun masih mendekati rata-rata kabupaten/kota.

Tabel 3.37
Sebaran Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Sumba Barat	51.9	33.2	14.9
Sumba Timur	42.3	41.9	15.8
Kupang	37.0	59.2	3.8
Timor Tengah Selatan	39.0	52.1	8.9
Timor Tengah Utara	40.6	58.6	0.7
Belu	51.7	43.0	5.3
Alor	35.2	57.4	7.4
Lembata	47.9	47.3	4.8
Flores Timur	45.8	49.8	4.3
Sikka	43.0	53.1	3.9
Ende	41.8	46.1	12.1
Ngada	48.6	39.2	12.2
Manggarai	41.6	39.4	19.0
Rote Ndao	48.5	47.1	4.4
Manggarai Barat	67.3	21.0	11.7
Kota Kupang	26.3	61.8	11.9
NTT	42.9	48.2	8.9

Tabel 3.8.1.5 memberikan gambaran tentang Persentase RT yang memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut kabupaten/kota sebanyak 42,9%. Mayoritas RT merasa tidak membutuhkan posyandu/poskesdes sebesar 48,2%. Ada banyak faktor penyebabnya. diantaranya disebabkan karena mereka alasan lain tidak memiliki balita sebesar 8,9%. Sebetulnya fungsi posyandu/poskesdes tidak hanya berfungsi untuk kesehatan balita. tapi dapat juga berfungsi yang lain seperti. pengobatan. KB bahkan konsultasi resiko penyakit.

Tabel 3.38
Sebaran Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal
dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Klasifikasi Tempat Tinggal			
Perkotaan	31.6	57.1	11.3
Perdesaan	45.3	46.3	8.4
Status Ekonomi			
Kuintil1	55.3	36.5	8.2
Kuintil2	49.3	42.5	8.1
Kuintil3	43.6	47.2	9.2
Kuintil4	36.8	54.4	8.8
Kuintil5	29.4	60.8	9.8

Tabel 3.8.1.6 memberikan gambaran Persentase RT yang memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 bulan terakhir menurut karakteristik RT. Dari Tabel terlihat bahwa terdapat perbedaan yang mencolok antara perkotaan dan pedesaan berkaitan dengan pemanfaatan posyandu/poskesdes oleh Rumah Tangga. Rumah tangga pedesaan lebih banyak memanfaatkan posyandu/poskesdes dibanding masyarakat perkotaan.

Ada kecenderungan makin mapan (kaya) Rumah Tangga maka cenderung untuk makin tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes. Hal ini dapat dimengerti karena Rumah Tangga kaya cenderung memanfaatkan tenaga kesehatan swasta ketimbang posyandu/poskesdes.

Tabel 3.39
Sebaran Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir
Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Penim- bangan	Penyu- luhan	Imuni- sasi	KIA	KB	Peng- obatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko
Sumba Barat	88.5	64.0	69.8	59.3	40.7	64.0	24.7	45.3	41.9
Sumba Timur	91.9	51.0	72.0	42.9	34.7	73.2	41.2	34.4	25.5
Kupang	93.0	41.0	57.0	35.5	29.0	54.5	40.4	38.7	16.9
Timor Tengah Selatan	88.7	38.1	41.7	41.6	22.4	43.5	44.0	35.1	8.0
Timor Tengah Utara	98.3	62.2	51.8	34.9	20.7	27.6	39.2	49.1	11.6
Belu	83.8	69.5	61.7	42.3	42.9	70.2	33.3	52.6	20.8
Alor	77.7	49.6	57.0	18.3	20.7	39.2	41.3	40.5	12.4
Lembata	94.1	82.4	47.4	42.1	26.0	49.0	50.5	45.5	13.0
Flores Timur	91.7	43.0	30.1	18.3	15.6	41.7	41.1	20.3	24.5
Sikka	81.0	52.1	39.7	28.9	16.0	72.4	28.4	38.7	6.7
Ende	64.3	28.6	35.9	17.1	13.3	70.9	7.7	15.9	4.9
Ngada	85.9	67.1	48.1	47.0	24.7	74.3	62.5	72.2	40.0
Manggarai	66.9	20.5	36.5	11.6	19.2	58.2	12.1	34.6	7.6
Rote Ndao	91.5	58.6	54.3	30.8	25.0	64.1	46.2	59.8	38.5
Manggarai Barat	72.0	24.4	53.6	16.7	38.3	73.9	30.0	47.9	18.0
Kota Kupang	94.9	79.4	88.2	75.0	53.3	52.9	70.1	77.4	26.6
NTT	83.6	47.8	50.8	32.5	27.5	58.5	35.2	42.0	17.1

Tabel 3.8.1.7 memberikan gambaran jenis pelayanan Posyandu/Poskesdes yang diterima RT dalam 3 bulan terakhir menurut Kabupaten/Kota. Dari sekian banyak jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang dimanfaatkan Rumah Tangga, penimbangan menempati urutan yang pertama, diikuti oleh pengobatan dan imunisasi; sedangkan konsultasi resiko penyakit menempati urutan yang terakhir.

Tabel 3.40
Sebaran Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir
Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penim- bangan	Penyu- luhan	Imuni- sasi	KIA	KB	Peng- obatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko
Klasifikasi Tempat Tinggal									
Perkotaan	88.4	62.4	71.6	54.1	43.8	58.9	51.3	55.8	21.2
Perdesaan	82.9	45.7	47.8	29.5	25.2	58.4	32.8	40.0	16.4
Status Ekonomi									
Kuintil1	88.1	48.9	50.8	33.1	25.9	54.0	36.5	45.9	15.2
Kuintil2	85.5	50.1	51.8	34.0	27.8	56.6	36.3	40.3	17.0
Kuintil3	83.5	43.1	49.9	30.0	27.7	58.5	34.7	40.7	15.1
Kuintil4	78.2	47.3	49.1	33.5	28.5	64.6	34.4	41.0	19.2
Kuintil5	77.2	46.3	49.5	30.9	26.0	62.5	32.8	39.2	19.2
Total	83.6	47.8	50.8	32.6	27.5	58.5	35.2	42.0	17.0

Tabel 3.8.1.8 memberikan gambaran Persentase jenis pelayanan Posyandu/Poskesdes yang diterima RT dalam 3 bulan terakhir menurut Klasifikasi Desa dan Status Ekonomi RT. Secara umum terdapat pola yang berbeda antara Rumah Tangga perkotaan dan Rumah Tangga pedesaan dalam memanfaatkan Posyandu/Poskesdes. Penimbangan dan pengobatan mempunyai pola yang sama antara perkotaan dan pedesaan. Sementara, penyuluhan, imunisasi, KIA, KB, PMT, suplemen gizi, dan konsultasi risiko penyakit mempunyai pola yang berbeda.

Pemanfaatan jenis pelayanan posyandu oleh Rumah Tangga menurut status ekonominya menunjukkan bahwa hampir tidak terdapat perbedaan pola pemanfaatan menurut jenis pelayanan antar kuintil pengeluaran per kapita.

Tabel 3.8.1.9
Sebaran Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak Jauh	Tidak Ada Posyandu	Layanan Tidak Lengkap
Sumba Barat	16.7	12.5	70.8
Sumba Timur	87.0	1.9	11.1
Kupang	76.9	15.4	7.7
Timor Tengah Selatan	80.8	2.7	16.4
Timor Tengah Utara	50.0	50.0	
Belu	38.5	33.3	28.2
Alor	15.4	26.9	57.7
Lembata	10.0	20.0	70.0
Flores Timur	26.7	46.7	26.7
Sikka	10.5	42.1	47.4
Ende	24.5	13.2	62.3
Ngada	50.0	15.4	34.6
Manggarai	54.1	14.5	31.4
Rote Ndao	33.3	11.1	55.6
Manggarai Barat	44.7	13.2	42.1
Kota Kupang	10.0	31.7	58.3
NTT	46.6	16.9	36.5

Tabel 3.8.1.9 memberikan gambaran Rumah Tangga menurut alasan tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 bulan terakhir menurut Kabupaten/Kota. Rata-rata RT tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes dikarenakan layanannya yang tidak lengkap. Alasan letak jauh terbanyak terjadi di Kabupaten Sumba Timur (87.0) dan Timor Tengah Selatan (80.8). alasan tidak ada posyandu terbanyak di Kabupaten TTU (50.0). Flores Timur (46.7) dan Sikka (42.1). Alasan layanan tidak lengkap terbanyak ada di Kabupaten Sumba Barat (70.8).

Tabel 3.41
Sebaran Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes Dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi
Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskedas 2007

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak Jauh	Tidak Ada Posyandu	Layanan Tidak Lengkap
Klasifikasi Tempat Tinggal			
Perkotaan	13.1	17.5	69.3
Perdesaan	56.0	16.4	27.6
Status Ekonomi			
Kuintil1	58.0	13.4	28.6
Kuintil2	52.1	21.4	26.5
Kuintil3	50.0	16.1	33.9
Kuintil4	40.5	19.8	39.7
Kuintil5	29.8	14.5	55.7
NTT	46.7	16.7	36.7

Tabel 3.8.1.10 memberikan gambaran Persentase Rumah Tangga menurut alasan tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 bulan terakhir menurut klasifikasi desa dan status ekonomi RT. Alasan tidak memanfaatkan posyandu karena letak posyandu/poskesdes jauh lebih banyak ditemukan pada Rumah tangga perdesaan dibandingkan perkotaan. Rumah tangga perkotaan tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes karena beralasan layanannya tidak lengkap.

Rumah tangga miskin yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes beralasan karena lokasinya yang jauh. Sedangkan rumah tangga kaya beralasan karena layanannya yang tidak lengkap.

Tabel 3.8.1.11
Sebaran Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa
dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemanfaatan Polindes/Bidan oleh RT		
	Ya	Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Sumba Barat	41.0	39.8	19.3
Sumba Timur	26.7	38.4	34.9
Kupang	18.2	53.0	28.8
Timor Tengah Selatan	19.6	48.4	31.9
Timor Tengah Utara	37.0	32.6	30.4
Belu	40.2	26.9	32.8
Alor	16.9	27.6	55.5
Lembata	32.9	13.8	53.3
Flores Timur	24.6	51.5	23.9
Sikka	40.0	53.1	6.9
Ende	26.6	37.2	36.2
Ngada	46.3	36.1	17.6
Manggarai	31.3	34.5	34.2
Rote Ndao	38.2	32.8	29.0
Manggarai Barat	54.4	24.7	20.9
Kota Kupang	5.8	44.2	50.0
NTT	29.2	39.0	31.8

Tabel 3.8.1.11 memberikan gambaran tentang Persentase rumah tangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 bulan terakhir menurut Kabupaten/Kota. Persentase Rumah Tangga yang memanfaatkan polindes/bidan desa adalah sebesar 29.2. dengan Persentase tertinggi terdapat di Kabupaten Manggarai Barat (54.4). terendah di Kota Kupang (5.8). Lebih dari sepertiga (39) Rumah tangga tidak memanfaatkan Polindes/bidan desa karena alasan tidak membutuhkan.

Tabel 3.4212
Sebaran Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa
dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal
dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemanfaatan Polindes/Bidan oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhksn	Alasan lain
Klasifikasi Tempat Tinggal			
Perkotaan	11.4	41.2	47.4
Perdesaan	32.9	29.9	37.3
Status Ekonomi			
Kuintil1	31.9	33.3	34.8
Kuintil2	32.9	31.7	35.4
Kuintil3	31.7	30.7	37.7
Kuintil4	27.5	29.9	42.5
Kuintil5	21.8	33.1	45.0
Total	29.2	31.8	39.0

Tabel 3.8.1.12 memberikan gambaran Persentase rumah tangga yang memanfaatkan Polindes/bidan desa dalam 3 bulan terakhir menurut klasifikasi desa dan status ekonomi RT. Rumah tangga di perdesaan lebih banyak memanfaatkan polindes/bidan desa dibandingkan rumah tangga di perkotaan. Hal ini bisa dipahami karena penempatan bidan desa/polindes memang diprioritaskan di perdesaan.

Makin kaya rumah tangga makin berkurang memanfaatkan polindes/bidan desa. Rata-rata 39 rumah tangga merasa tidak membutuhkan Polindes/Bidan Desa.

Tabel 3.4313
Sebaran Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir
Menurut Kabupaten/Kota, di Propinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Sumba Barat	30.2	19.4	22.6	22.6	62.7	79.1
Sumba Timur	43.7	27.6	19.1	14.9	38.1	88.0
Kupang	47.6	12.9	19.4	16.2	37.8	81.4
Timor Tengah Selatan	27.0	8.6	6.7	2.4	27.1	86.9
Timor Tengah Utara	32.6	8.9	11.1	7.7	25.0	90.5
Belu	24.0	15.3	13.9	13.2	22.0	95.7
Alor	13.8	3.4	3.4	3.4	27.6	86.2
Lembata	14.6	4.2	4.2	4.2	33.9	89.0
Flores Timur	14.6	4.9	4.9	6.9	15.7	93.2
Sikka	7.9	1.1	1.6		23.0	96.5
Ende	10.4	2.6	1.7	1.7	26.1	93.0
Ngada	22.2	9.4	12.1	9.1	62.1	94.2
Manggarai	12.2	2.3	1.5	4.2	26.2	88.8
Rote Ndao	40.2	10.5	14.0	8.1	29.9	66.3
Manggarai Barat	14.0	9.0	9.0	7.3	42.2	89.4
Kota Kupang	23.3	20.0	30.0	10.0	69.0	26.7
NTT	20.5	8.8	8.5	7.2	30.7	88.5

Tabel 3.8.1.13 memberikan gambaran Persentase jenis pelayanan Polindes/bidan desa yang diterima RT dalam 3 bulan terakhir menurut kabupaten/kota. Pemanfaatan pelayanan polindes oleh rumah tangga sebagian besar pada kegiatan pengobatan (88.5) dan bukannya pada kegiatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Untuk kegiatan KIA jenis pelayanan terbanyak adalah pemeriksaan bayi/balita (30.7) kemudian disusul pemeriksaan kehamilan (20.5).

Tabel 3.4414
Sebaran Jenis Pelayanan Polindes/Bidan Desa yang Diterima RT dalam 3 Bulan Terakhir
Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Klasifikasi Tempat Tinggal						
Perkotaan	23.5	11.1	11.2	8.1	52.6	70.6
Perdesaan	20.3	8.5	8.3	7.1	29.2	89.8
Status Ekonomi						
Kuintil1	19.8	9.5	8.9	7.1	33.0	89.1
Kuintil2	22.0	7.8	8.0	6.6	29.8	88.2
Kuintil3	18.8	6.3	6.3	6.0	31.7	86.7
Kuintil4	20.8	11.1	11.1	7.7	30.2	89.2
Kuintil5	19.9	8.2	7.5	7.5	26.9	89.5
Total	20.5	8.7	8.5	7.2	30.8	88.5

Tabel 3.8.1.14 memberikan gambaran Persentase jenis pelayanan Polindes/bidan desa yang diterima RT dalam 3 bulan terakhir menurut klasifikasi desa dan status ekonomi. Dari rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan Polindes/bidan desa terdapat perbedaan pola pemanfaatan jenis pelayanan antara Rumah Tangga perkotaan dan pedesaan.

Secara umum tidak terdapat perbedaan yang cukup berarti terhadap jenis pelayanan polindes/bidan desa yang diterima keluarga miskin maupun kaya.

Tabel 3.4515
Sebaran Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Polindes/Bidan Desa dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan			
	Letak Jauh	Tidak Ada Polindes/Bidan	Layanan Tidak Lengkap	Lainnya
Sumba Barat	31.3	43.8	12.5	12.5
Sumba Timur	27.6	34.6	6.3	31.5
Kupang	14.2	72.1	1.0	12.7
Timor Tengah Selatan	18.7	62.5	3.0	15.7
Timor Tengah Utara	4.6	48.9	1.5	45.0
Belu	20.0	18.8	5.7	55.5
Alor	4.7	76.4	1.6	17.3
Lembata	1.7	59.7	3.4	35.3
Flores Timur	4.1	84.7	1.0	10.2
Sikka	26.5	35.3	11.8	26.5
Ende	5.8	69.7	1.9	22.6
Ngada	21.6	16.2	18.9	43.2
Manggarai	25.1	28.2	4.9	41.8
Rote Ndao	8.8	30.9	2.9	57.4
Manggarai Barat	17.1	44.3	21.4	17.1
Kota Kupang	1.1	78.6	9.0	11.3
NTT	13.4	53.6	4.9	28.0

Tabel 3.8.1.15 memberikan gambaran Persentase rumah tangga menurut alasan tidak memanfaatkan Polindes/bidan desa dalam 3 bulan terakhir menurut kabupaten/kota. Alasan tidak memanfaatkan Polindes/bidan desa karena tidak ada Polindes/bidan desa masih cukup tinggi (53.6). tertinggi di Kota Kupang. terendah di Kabupaten Ngada. Alasan karena akses jarak sebesar 13.4. tertinggi di Kabupaten Sumba Barat. terendah di Kota Kupang. Alasan tidak memanfaatkan karena layanan tidak lengkap relatif kecil. yakni hanya 4.9.

Tabel 3.4616
Sebaran Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan
Desa dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal
dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan			
	Letak Jauh	Tidak Ada Polindes/Bidan	Layanan Tidak Lengkap	Lainnya
Klasifikasi Tempat Tinggal				
Perkotaan	2.9	63.5	9.5	24.1
Perdesaan	16.4	50.9	3.6	29.1
Status Ekonomi				
Kuintil1	15.6	56.2	5.5	22.7
Kuintil2	14.7	57.9	3.1	24.3
Kuintil3	13.6	54.5	2.5	29.3
Kuintil4	14.3	49.8	7.7	28.3
Kuintil5	8.1	51.7	6.4	33.9
Total	13.4	53.7	4.9	28.0

Tabel 3.8.1.16 memberikan gambaran Persentase rumah tangga menurut alasan tidak memanfaatkan Polindes/bidan desa dalam 3 bulan terakhir menurut klasifikasi desa dan status ekonomi. Alasan RT yang mengatakan tidak ada polindes/bidan di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Sedangkan alasan jarak yang jauh banyak pada RT di perdesaan. Sehingga perlunya akselerasi mendekatkan akses polindes bagi RT perdesaan dan pemerataan tenaga bidan di RT perkotaan.

Ada kecenderungan alasan letak polindes/bidan yang jauh makin meningkat seiring dengan makin miskinnya RT tersebut. Sehingga akses polindes perlu ditingkatkan untuk RT miskin.

Tabel 3.4717
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/
Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemanfaatan POD/WOD oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Sumba Barat	1.8	6.1	92.1
Sumba Timur	10.6	9.8	79.5
Kupang	0.8	12.6	86.5
Timor Tengah Selatan	2.8	16.3	80.9
Timor Tengah Utara		0.5	99.5
Belu	13.8	16.0	70.2
Alor	0.3	11.7	88.0
Lembata	9.3	4.4	86.2
Flores Timur	4.0	8.2	87.8
Sikka		1.8	98.2
Ende	0.9	10.1	89.0
Ngada	0.9	7.9	91.2
Manggarai	6.2	4.8	89.0
Rote Ndao	8.3	7.9	83.9
Manggarai Barat	12.6	2.2	85.2
Kota Kupang	2.5	25.7	71.9
NTT	4.7	10.2	85.1

Tabel 3.8.1.17 memberikan gambaran tentang Persentase rumah tangga yang memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 bulan terakhir. Pemanfaatan POD/WOD tiap kabupaten/kota cukup bervariasi namun pemanfaatannya sangat rendah (4.7). Pemanfaatan tertinggi pada Kabupaten Belu. terendah pada Kabupaten Alor. Sehingga perlu adanya penelusuran alasan tidak memanfaatkan POD/WOD.

Tabel 3.4818
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/
Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir Menurut Klasifikasi
Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemanfaatan POD/WOD oleh RT		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Klasifikasi Tempat Tinggal			
Perkotaan	4.5	17.6	77.9
Perdesaan	4.8	8.7	86.5
Status Ekonomi			
Kuintil1	3.7	8.7	87.6
Kuintil2	4.8	9.2	86.0
Kuintil3	4.1	11.4	84.4
Kuintil4	4.8	10.2	85.0
Kuintil5	5.3	11.9	82.8
Total	4.7	10.2	85.1

Tabel 3.8.1.18 memberikan gambaran tentang Persentase rumah tangga yang memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 bulan terakhir. Pemanfaatan POD/WOD oleh RT masih sangat minim baik di perdesaan ataupun di perkotaan.

Tidak tergambar perbedaan yang nyata tentang pemanfaatan POD/WOD. baik pada rumah tangga kaya atau rumah tangga miskin.

Tabel 3.4919
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir
Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD oleh RT			
	Lokasi Jauh	Tidak Ada POD/WOD	Obat Tidak Lengkap	Lainnya
Sumba Barat		98.0	0.7	1.3
Sumba Timur	0.3	95.6		4.0
Kupang		99.7		0.3
Timor Tengah Selatan	4.0	93.5	0.3	2.2
Timor Tengah Utara		99.8		0.2
Belu	1.1	95.4	0.8	2.7
Alor		97.4	0.3	2.3
Lembata		96.4	2.6	1.0
Flores Timur		99.2	0.3	0.5
Sikka	0.2	99.4		0.4
Ende		95.6		4.4
Ngada	0.0	99.0	0.5	0.5
Manggarai	0.1	94.9	0.8	4.2
Rote Ndao	0.0	92.1	1.5	6.4
Manggarai Barat	0.3	98.4		1.3
Kota Kupang	1.6	93.4	2.4	2.6
NTT	0.7	96.6	0.5	2.2

Tabel 3.8.1.19 memberikan gambaran persentase rumah tangga menurut alasan tidak memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 bulan terakhir. Sebagian besar alasan rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD adalah karena tidak adanya pelayanan tersebut (POD/WOD).

Tabel 3.5020
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan
Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir
Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, 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	95.6	1.0	3.0
Perdesaan	0.8	96.8	0.4	2.0
Status Ekonomi				
Kuintil1	0.6	97.5	0.4	1.5
Kuintil2	0.3	96.9	0.4	2.4
Kuintil3	0.7	96.7	0.5	2.1
Kuintil4	0.9	96.2	0.8	2.1
Kuintil5	0.8	95.7	0.6	3.0
Total	0.7	96.6	0.5	2.2

Tabel 3.8.1.20 memberikan gambaran tentang Persentase rumah tangga menurut alasan tidak memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 bulan terakhir menurut klasifikasi desa/kota dan status ekonomi RT. Alasan tidak memanfaatkan POD/WOD di perkotaan dan perdesaan tidak jauh berbeda yaitu tidak adanya pelayanan tersebut.

Alasan tidak memanfaatkan POD/WOD baik pada RT kaya atau pun miskin tidak berbeda jauh. Alasan terbanyak adalah karena tidak tersedianya POD/WOD. Untuk itu, perlu digalakkan kembali program POD/WOD.

3.8.2 Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), di samping peningkatan derajat kesehatan (*health status*) dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*). Pada bagian ini dikumpulkan informasi tentang jenis sarana dan sumber pembiayaan yang paling sering dimanfaatkan oleh responden

Pembiayaan kesehatan meliputi untuk perawatan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sumber biaya dibedakan menjadi sumber biaya sendiri/keluarga. Asuransi (Askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes Swasta, dan JPK Pemerintah Daerah), Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Dana Sehat, dan lainnya. Dari data ini diperoleh gambaran tentang seberapa besar persentase 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 3.511
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Berobat Rawat Inap								
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Tidak RI
Sumba Barat	4.3	8.5		0.1	0.7	0.0		0.1	86.3
Sumba Timur	4.6	2.5		0.0	1.1	0.1			91.7
Kupang	2.1	0.5		0.3	2.8			0.1	94.2
Timor Tengah Selatan	1.9	0.4		0.1	0.9	0.1			96.8
Timor Tengah Utara	3.5	0.4	0.1		0.7			0.1	95.3
Belu	4.0	1.0		0.1	1.9	0.1	0.1	0.2	92.8
Alor	4.6	0.1			0.9	0.1			94.4
Lembata	3.1	1.9	0.0	0.2	2.1				92.8
Flores Timur	3.1	0.6		0.0	1.6	0.0		0.4	94.1
Sikka	7.8	2.2		0.3	1.6	.2	0.0	0.2	87.7
Ende	4.1	0.5		0.6	2.3	0.1			92.5
Ngada	3.4	0.8		0.6	0.6	0.4		0.1	94.1
Manggarai	2.0	0.8		0.0	1.0	0.3		0.1	95.8
Rote Ndao	5.5	0.1			0.5	0.1		0.1	93.7
Manggarai Barat	1.3	0.6		0.1	2.1	0.1			95.9
Kota Kupang	4.7	0.7		0.2	0.4	0.1			93.9
NTT	3.5	1.0	0.0	0.2	1.4	0.1	.0	0.1	93,793,1

Tabel 3.8.2.1 memberikan gambaran tentang prevalensi tempat berobat rawat inap menurut kabupaten/kota. Tabel ini menunjukkan bahwa sebagian besar Rumah Tangga yang Rawat Inap menggunakan fasilitas RS pemerintah. kemudian disusul oleh puskesmas dan rumah sakit swasta. Yang paling tinggi Persentasenya menggunakan RS pemerintah adalah Kabupaten Sikka. RS Swasta Kabupaten Sumba Barat. sedangkan puskesmas Kabupaten Kupang.

Tabel 3.522
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Karakteristik RT, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik RT	Tempat Berobat Rawat Inap								
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskes mas	Nakes	Batra	Lainnya	Tidak RI
Tipe Daerah									
Perkotaan	7.8	1.1		0.3	0.9	0.2		0.1	89.6
Perdesaan	2.6	1.0	0.0	0.1	1.5	0.1	0.0	0.1	94.6
Tingkat pengeluaran per Kapita per Bulan									
Kuintil1	2.6	0.5	0.0	0.1	1.5	0.1		0.0	95.2
Kuintil2	2.5	0.8		0.1	1.6	0.1		0.1	94.8
Kuintil3	2.9	1.0		0.2	1.1	0.1	0.0	0.1	94.6
Kuintil4	4.1	1.5		0.1	1.3	0.1	0.0	0.0	92.9
Kuintil5	5.7	1.5		0.2	1.3	0.1		0.2	91.1
Total	3.5	1.1	0.0	0.1	1.4	0.1	0.0	0.1	93.7

Tabel 3.8.2.2 memberikan gambaran Persentase tempat berobat rawat inap rumah tangga menurut karakteristik RT. masyarakat perkotaan cenderung menggunakan rumah sakit pemerintah untuk rawat inap. sedangkan masyarakat pedesaan cenderung menggunakan puskesmas dan rumah sakit untuk rawat inap.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. tampak kecenderungan makin meningkat status ekonomi menurut kuintil (kaya). maka masyarakat menggunakan fasilitas rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) untuk pelayanan rawat inap. Semakin meningkat status ekonominya juga tampak cenderung semakin naik Persentasenya yang menggunakan pelayanan rawat inap.

Tabel 3.533
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan
dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lainnya
Sumba Barat	34.0	7.2	59.0	1.9	7.7
Sumba Timur	20.4	12.8	36.3	46.0	1.3
Kupang	52.6	26.7	28.4	2.6	0.9
Timor Tengah Selatan	47.1	19.1	29.4	16.2	2.9
Timor Tengah Utara	43.9	10.3	36.7	12.2	6.1
Belu	56.0	13.6	31.5	9.8	3.3
Alor	26.7	23.7	32.6	20.0	3.7
Lembata	54.3	12.7	35.8	0.6	0.6
Flores Timur	63.7	7.3	23.4	8.9	1.7
Sikka	56.1	7.9	23.6	38.6	3.1
Ende	72.4	12.0	27.6	5.7	0.5
Ngada	57.4	11.0	36.4	0.6	4.5
Manggarai	62.9	5.2	36.1	3.1	5.2
Rote Ndao	63.1	5.4	9.2	40.0	3.1
Manggarai Barat	77.1	7.3	20.8		2.1
Kota Kupang	56.1	36.0	20.9	0.7	3.6
NTT	49.9	12.7	33.7	13.8	3.5

Catatan :

- 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

Tabel 3.8.2.3 menggambarkan Persentase sumber pembiayaan pelayanan kesehatan rawat inap menurut kabupaten/kota. Persentase terbesar pembiayaan rawat inap tampak masih didominasi oleh pembayaran langsung (49,9%). kemudian diikuti oleh Askeskin/SKTM (33,7%), Dana Sehat (13,8%) dan Askes/Jamsostek (12,7%). Terdapat variasi antar kabupaten/kota mengenai sumber pembiayaan rawat inap. untuk pembayaran langsung (bayar sendiri) terbesar di Kabupaten Manggarai Barat. Askes/Jamsostek terbesar di Kota Kupang. Askeskin/SKTM terbesar di Kabupaten Sumba Barat. Dana Sehat terbesar di Kabupaten Rote Ndao.

Tabel 3.544
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan
dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	55.9	26.0	21.2	12.8	1.4
Perdesaan	47.8	8.1	38.0	14.2	4.2
Status Ekonomi					
Kuintil1	46.2	3.0	44.1	16.9	3.3
Kuintil2	49.5	6.0	32.1	21.3	4.0
Kuintil3	44.0	5.6	43.4	14.6	4.5
Kuintil4	47.5	11.6	36.8	12.6	4.2
Kuintil5	57.7	26.2	20.6	8.0	2.6

Tabel 3.8.2.4 menggambarkan Persentase sumber pembiayaan rawat inap menurut karakteristik rumah tangga. Bila dilihat dari tempat tinggal rumah tangga, maka model pembayaran langsung (bayar sendiri) lebih banyak pada rumah tangga pedesaan dibanding rumah tangga perkotaan. Namun untuk Askeskin/SKTM Persentase terbesar ada pada rumah tangga pedesaan.

Semakin tinggi status ekonominya, maka rumah tangga menggunakan sistem pembiayaan asuransi formal, dan semakin rendah status ekonominya rumah tangga menggunakan Askeskin/SKTM dan Dana Sehat.

Tabel 3.555
Sebaran Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Berobat Rawat Jalan									
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Di Rumah	Tidak RJ
Sumba Barat	2.8	1.5	0.0	30.6	6.5	5.3	0.2	0.3	0.5	52.3
Sumba Timur	1.4	0.6		23.5	0.2	2.2	0.1	0.2	0.1	71.8
Kupang	0.9	0.2	0.1	25.8	0.5	6.3	0.1	0.2	0.4	65.6
Timor Tengah Selatan	1.4	0.4		24.7	0.2	0.8	0.1	0.8		71.8
Timor Tengah Utara	3.5	1.0	5.1	30.6	0.8	2.6	0.2	4.9	0.3	51.2
Belu	1.4	1.0	2.2	32.5	1.5	3.9	0.1	0.8	0.2	56.5
Alor	2.3	0.1	0.1	30.4	0.9	0.8	0.2	1.1	0.3	63.8
Lembata	2.9	2.7		51.3	0.9	3.3	0.3	0.9	3.7	34.0
Flores Timur	1.7	0.5		25.2	0.5	6.2	0.1	3.8	0.0	62.0
Sikka	3.0	0.7	0.0	49.2	0.2	5.4	0.2	1.4	1.0	38.9
Ende	1.0	0.8		46.8	1.7	5.4	0.0	0.2	0.3	43.7
Ngada	1.5	0.3	0.2	41.4	0.6	7.7	0.4	0.6	1.1	46.1
Manggarai	1.3	0.4	0.0	38.1	1.7	4.7	1.4	1.0	0.4	51.0
Rote Ndao	2.7	0.1		41.6	0.1	2.3	0.1	0.3	0.4	52.3
Manggarai Barat	0.4	0.5		57.4	0.5	7.0	0.2	0.6	3.5	29.9
Kota Kupang	3.7	0.4		11.6	0.8	3.3	0.1	0.2	0.4	79.5
NTT	1.8	0.6	0.5	33.4	1.0	4.1	0.3	1.0	0.6	56.6

Tabel 3.8.2.5 menggambarkan Persentase tempat berobat rawat jalan menurut kabupaten/kota. Fasilitas terbanyak yang digunakan rumah tangga untuk rawat jalan adalah Rumah Sakit Bersalin (RSB). kemudian diikuti oleh tenaga kesehatan (nakes). rumah sakit pemerintah. dan puskesmas.

Tabel 3.566
Sebaran Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Berobat Rawat Jalan									
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS Luar Negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Di Rumah	Tidak RJ
Tipe Daerah										
Perkotaan	5.0	1.0	0.0	18.6	1.8	7.8	0.1	0.8	1.0	63.9
Perdesaan	1.1	0.5	0.6	36.7	0.8	3.3	0.3	1.1	0.5	55.0
Status Ekonomi										
Kuintil 1	0.9	0.4	0.8	36.1	0.7	2.4	0.4	1.4	0.4	56.6
Kuintil 2	1.1	0.4	0.5	35.6	1.0	2.5	0.4	0.9	0.4	57.3
Kuintil 3	1.3	0.5	0.5	35.6	0.8	3.5	0.3	1.0	0.5	56.0
Kuintil 4	2.2	0.6	0.4	32.3	1.0	4.4	0.2	1.1	0.5	57.3
Kuintil 5	3.5	1.2	0.5	27.7	1.4	7.7	0.2	0.9	1.2	55.8
NTT	1.8	0.6	0.5	33.4	1.0	4.1	0.3	1.1	0.6	56.6

Tabel 3.8.2.6 memberikan gambaran Persentase tempat berobat rawat jalan menurut karakteristik RT di Provinsi NTT. Bila dilihat dari tempat tinggal. Rumah Tangga yang tinggal di perkotaan cenderung memanfaatkan fasilitas rumah sakit dan tenaga kesehatan untuk pelayanan rawat jalan.

Bila dilihat dari tingkat status ekonomi. tampak bahwa semakin tinggi tingkatan ekonominya maka rumah tangga cenderung memanfaatkan rumah sakit dan tenaga kesehatan untuk minta pertolongan rawat jalan.

Tabel 3.577
Sebaran Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi NTT, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan Rawat Jalan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-lain
Sumba Barat	32.2	3.5	57.7	1.0	8.4
Sumba Timur	30.0	5.4	27.0	44.5	1.0
Kupang	32.0	32.7	30.6	2.1	6.7
Timor Tengah Selatan	57.8	6.8	28.1	10.3	1.6
Timor Tengah Utara	50.5	5.1	28.9	13.4	2.6
Belu	46.9	8.0	33.2	10.5	6.8
Alor	29.2	6.9	48.8	14.4	1.3
Lembata	39.5	4.3	50.9	2.5	1.4
Flores Timur	81.3	4.7	9.7	4.5	1.1
Sikka	18.3	4.5	18.2	43.9	16.9
Ende	58.0	5.4	38.7	6.6	1.0
Ngada	69.9	5.5	22.4	1.3	2.4
Manggarai	45.2	2.6	51.6	3.3	2.8
Rote Ndao	57.9	3.8	7.0	35.5	3.2
Manggarai Barat	63.7	3.1	33.2	.5	.5
Kota Kupang	54.4	24.0	20.2	2.0	1.8
NTT	47.2	6,8	32.9	11.8	4.3

Tabel 3.8.2.7 menggambarkan Persentase sumber pembiayaan rawat jalan menurut kabupaten/kota. Sumber pembiayaan rawat jalan juga didominasi dengan cara pembiayaan pembayaran langsung (bayar sendiri) (47.2%). diikuti oleh Askeskin/SKTM (32,9). Dana Sehat (11,8). dan terakhir Askes/Jamsostek (6,8%).

Tabel 3.588
Sebaran Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	63.6	14.3	17.2	8.0	2.1
Perdesaan	44.3	6.4	35.6	12.4	4.7
Status Ekonomi					
Kuintil 1	8.4	8.4	39.2	13.9	4.8
Kuintil 2	1.0	1.0	37.6	15.3	4.8
Kuintil 3	6.7	6.7	37.7	13.0	5.3
Kuintil 4	1.6	1.6	30.4	10.0	3.2
Kuintil 5	2.6	2.6	21.4	7.1	3.9
NTT	47,7	6.8	33.2	11.9	4.4

Tabel 3.8.2.8 menggambarkan Persentase sumber pembiayaan rawat jalan menurut karakteristik RT di Provinsi NTT. Bila dilihat dari tempat tinggal. Rumah tangga perkotaan cenderung menggunakan pembayaran langsung dan asuransi formal. sedangkan rumah tangga pedesaan cenderung menggunakan pembayaran langsung dan Askeskin serta Dana Sehat.

Bila dilihat dari status ekonomi. terlihat bahwa semakin miskin RT akan cenderung membayar dengan cara Askeskin/SKTM atau bayar sendiri.

3.8.3 Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*) di samping peningkatan derajat kesehatan (*health status*) dan keadilan pendanaan (*fairness of financing*). Pada bagian ini dikumpulkan informasi bagaimana sistem kesehatan memperlakukan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan di luar aspek medis. Persepsi klien terhadap pelayanan kesehatan dapat dipakai sebagai salah satu indikator untuk menunjukkan seberapa besar tingkat kepuasan klien terhadap pelayanan kesehatan yang diterima. Ada 8 (delapan) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat inap dan 7 (tujuh) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan. Penilaian untuk masing-masing domain tersebut ditanyakan pada responden. dan mereka diminta untuk menyampaikan pandangannya terhadap pelayanan kesehatan berdasarkan pengalamannya waktu mengunjungi fasilitas 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 mengikut sertakan 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.

Untuk rawat jalan domain ke-8 (kemudahan dikunjungi keluarga atau teman) tidak ada. jadi hanya 7 (domain) yaitu domain nomor satu sampai tujuh di atas.

Disamping itu pada bagian ini juga digali informasi tentang sumber pembiayaan perawatan kesehatan baik untuk rawat inap maupun 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 akan diperoleh gambaran tentang seberapa besar prosentase RT yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan. sekaligus dapat diperoleh informasi tentang apakah ada penggunaan Askeskin/SKTM yang salah sasaran.

Semua sasaran survai diminta untuk memberikan informasi tentang apakah yang bersangkutan pernah rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan apakah pernah rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Mereka yang pernah rawat jalan maupun pernah rawat inap diminta untuk menjelaskan dimana terakhir menjalani perawatan kesehatan serta siapa saja yang menanggung biaya perawatan kesehatan tersebut. Fihak-fihak yang menanggung biaya perawatan kesehatan yang terakhir tersebut bisa lebih dari satu. dan semua fihak tersebut direkam untuk dianalisis.

Tabel 3.59
Sebaran Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Kabupaten/Kota,
di Provinsi NTT, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruangan	Mudah Dikunjungi
Sumba Barat	78.1	81.8	75.9	73.0	78.1	70.1	76.6	78.1
Sumba Timur	98.8	97.7	98.8	97.1	98.8	97.1	97.1	98.8
Kupang	84.9	87.3	90.7	86.3	93.2	89.3	85.4	96.1
Timor Tengah Selatan	72.4	79.5	85.2	77.3	82.0	80.2	68.3	86.4
Timor Tengah Utara	76.3	76.3	76.3	73.1	75.3	75.3	80.6	84.9
Belu	94.0	96.9	92.7	96.2	96.2	95.8	96.9	96.2
Alor	83.3	88.4	89.6	88.4	90.6	89.6	91.6	91.7
Lembata	83.1	85.9	88.9	90.1	91.7	88.7	81.7	76.4
Flores Timur	91.4	91.4	93.8	93.8	95.3	94.5	88.3	93.8
Sikka	84.8	88.5	90.7	91.9	92.2	91.6	71.1	88.5
Ende	87.6	88.2	87.1	90.0	90.6	89.4	88.8	87.6
Ngada	94.4	94.4	94.4	93.1	91.7	90.3	88.9	93.1
Manggarai	91.6	91.6	92.6	91.6	93.6	90.6	88.2	87.6
Rote Ndao	90.9	93.9	93.9	92.4	98.5	97.0	92.5	95.5
Manggarai Barat	92.3	92.3	89.7	94.9	93.6	94.9	93.6	94.9
Kota Kupang	81.1	86.7	92.1	92.7	93.9	92.1	90.3	91.5
NTT	87.0	89.4	90.1	89.7	91.6	89.8	85.8	90.6

Tabel 3.8.3.1 menggambarkan Persentase ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap menurut kabupaten/kota. Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap menurut kabupaten/kota tidak menunjukkan variasi yang banyak. Semua aspek ketanggapan yang dinilai menunjukkan bahwa penilaian kategori baik lebih dari 85. Aspek ketanggapan yang pencapaiannya rendah adalah kebersihan ruangan (85.8) dan pencapaian tertinggi adalah kerahasiaan (91.6).

Tabel 3.60
Persentase Rumah Tangga pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Karakteristik,
di Propinsi NTT, Riskedas 2007

Karakteristik	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruangan	Kemudahan Dikunjungi
Tipe Daerah								
Perkotaan	84.2	88.8	89.9	89.2	91.8	90.6	86.5	91.0
Perdesaan	88.2	89.6	90.1	89.8	91.8	89.5	85.5	90.4
Status Ekonomi								
Kuintil 1	87.9	88.7	90.4	91.9	94.4	91.8	85.1	91.9
Kuintil 2	89.7	91.3	91.8	91.3	92.6	91.5	86.5	92.6
Kuintil 3	87.1	89.3	90.1	88.6	91.4	88.3	85.0	89.3
Kuintil 4	85.5	88.4	87.8	87.0	89.3	88.0	86.1	88.0
Kuintil 5	86.0	88.7	90.4	89.2	91.3	89.9	84.9	91.3
NTT	86.9	89.1	90.0	89.3	91.5	89.8	85.5	90.5

Tabel 3.8.3.2 memberikan gambaran tentang Persentase ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap menurut karakteristik individu.

Bila dilihat dari tempat tinggal individu. maka tampak tidak terdapat perbedaan yang signifikan untuk kesemua aspek ketanggapan yang dinilai.

Bila dilihat dari tingkat status ekonominya. tampak bahwa tidak terdapat variasi yang nyata antar kuintil pendapatan mengenai aspek-aspek ketanggapan yang dinilai.

Tabel 3.8.3.3
Sebaran Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota,
di Provinsi NTT, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruang
Sumba Barat	87.2	89.3	86.4	86.0	87.0	80.8	89.1
Sumba Timur	98.3	98.7	99.2	98.7	99.2	99.2	99.0
Kupang	94.6	95.9	94.9	92.8	97.7	96.0	94.8
Timor Tengah Selatan	91.2	91.6	90.9	87.3	90.7	86.8	89.9
Timor Tengah Utara	91.9	93.8	91.5	85.7	89.4	85.4	93.0
Belu	95.7	97.3	95.4	95.5	96.8	95.6	96.5
Alor	86.5	92.9	89.2	87.2	89.0	84.9	85.4
Lembata	83.8	85.9	95.0	96.3	97.7	95.5	92.2
Flores Timur	97.3	98.3	99.0	98.4	99.4	99.1	97.6
Sikka	94.5	97.3	97.2	96.5	97.2	96.2	92.9
Ende	95.3	96.8	94.8	94.5	95.4	94.8	94.3
Ngada	92.9	96.6	95.8	93.6	92.3	92.9	91.5
Manggarai	93.9	94.4	95.4	93.7	94.5	95.1	94.8
Rote Ndao	91.4	96.6	97.8	96.4	99.2	98.2	95.0
Manggarai Barat	97.9	98.8	98.3	98.3	98.9	98.8	96.9
Kota Kupang	79.8	87.9	91.0	90.4	91.4	90.8	88.4
NTT	93.2	95.2	95.0	93.6	95.2	93.9	93.9

Tabel 3.8.3.3 memberikan gambaran Persentase Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota. Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan menurut kabupaten/kota tidak menunjukkan banyak variasi yang nyata. Bila dilihat per aspek ketanggapan rawat jalan, tampak bahwa aspek keramahan dan kerahasiaan menempati penilaian terbaik (95.2), disusul kebebasan memilih fasilitas dan kebersihan ruangan, aspek yang terjelek adalah waktu tunggu. Namun demikian, kesemua aspek nilainya di atas 90.

Tabel 3.8.3.4
Persentase Rumah Tangga pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Klasifikasi Tempat Tinggal dan Status Ekonomi, di Provinsi NTT, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruangan
Tipe Daerah							
Perkotaan	87.9	93.3	94.0	91.6	94.7	93.2	92.1
Perdesaan	94.1	95.5	95.1	94.0	95.2	94.0	94.2
Status Ekonomi							
Kuintil 1	94.7	96.0	95.4	94.7	95.9	94.2	95.2
Kuintil 2	93.9	95.5	95.1	93.9	95.3	94.4	94.4
Kuintil 3	94.5	96.2	96.1	94.9	95.9	94.3	94.6
Kuintil 4	91.6	93.8	93.6	92.0	93.8	92.6	91.5
Kuintil 5	91.3	94.9	94.7	92.5	94.9	93.6	93.4
NTT	93.2	95.3	95.0	93.6	95.1	93.8	93.8

Tabel 3.8.3.4 menggambarkan Persentase ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan menurut klasifikasi tempat tinggal dan status ekonomi. Bila dilihat menurut tempat tinggal individu, mereka yang tinggal di pedesaan memberikan penilaian ketanggapan rawat jalan sedikit lebih baik dibanding dengan mereka yang tinggal di perkotaan untuk aspek ketanggapan.

Bila dilihat berdasarkan tingkat status ekonomi individu, tampak bahwa hampir tidak ada perbedaan yang nyata tentang penilaian aspek ketanggapan rawat jalan antar kuintil pendapatan. Khusus aspek waktu tunggu, semakin ke arah status ekonomi baik mereka menilai aspek ketanggapan waktu tunggu semakin rendah. Hal ini bisa dimengerti karena mereka yang status ekonominya baik akan sangat menghargai waktu.

3.9 Kesehatan Lingkungan

Data kesehatan lingkungan diambil dari dua sumber data, yaitu Riskesdas 2008 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 NTT, Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Jumlah Rata-Rata Pemakaian Air Bersih per Orang per Hari (dalam Liter)				
	<5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	≥100
Sumba Barat	4.8	51.2	28.5	6.8	8.7
Sumba Timur	2.8	28.2	25.4	19.8	23.9
Kupang	0.6	9.3	44.6	30.7	14.8
Timor Tengah Selatan	15.4	55.1	19.8	6.6	3.3
Timor Tengah Utara	0.8	50.5	45.5	2.1	1.1
Belu	7.3	51.6	29.0	8.8	3.3
Alor	1.4	29.3	39.5	23.6	6.1
Lembata	2.2	36.2	27.5	18.8	15.2
Flores Timur	0.9	11.5	32.6	26.4	28.5
Sikka	1.9	19.0	35.2	30.2	13.7
Ende	2.6	9.3	41.6	27.3	19.3
Ngada	1.4	16.2	41.4	26.3	14.7
Manggarai	8.6	45.7	22.4	16.7	6.6
Rote Ndao	2.3	37.9	45.6	9.4	4.7
Manggarai Barat	5.1	58.8	26.9	7.1	2.0
Kota Kupang	0.3	3.8	26.6	42.6	26.6
NTT	4.7	32.9	31.9	19.1	11.4

Tabel 3.9.1.1 menunjukkan prevalensi rerata pemakaian air bersih per orang per hari menurut Kabupaten/Kota di Provinsi NTT. Konsumsi air per orang per hari di Provinsi NTT kurang lebih dua pertiganya (64.8%) berada pada konsumsi 5-49,9 liter. sedangkan sisanya tersebar pada konsumsi kurang dari 5 liter dan lebih dari 49,9 liter. Apabila dibandingkan antar wilayah kabupaten/kota. persentase tertinggi masyarakat dengan konsumsi air lebih dari 50 liter per hari adalah Kota Kupang. Dibandingkan dengan angka nasional yakni konsumsi per orang per hari lebih dari 100 liter adalah 43.8%. Konsumsi air per orang per hari Provinsi NTT di bawah nasional.

Tabel 3.61
Sebaran Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih per Orang per Hari dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

Karakteristik	Rerata Pemakaian Air Bersih per Orang per Hari (dalam Liter)				
	<5	5-19.9	21-49.9	51-99.9	≥100
Tipe Daerah					
Perkotaan	0.5	11.1	29.5	34.1	24.9
Perdesaan	5.6	37.4	32.4	16.0	8.6
Tingkat Pengeluaran per Kapita					
Kuintil-1	7.8	38.7	32.5	15.3	5.6
Kuintil-2	5.4	38.6	31.9	16.7	7.4
Kuintil-3	4.3	35.4	32.0	19.0	9.4
Kuintil-4	3.4	31.0	32.8	19.5	13.3
Kuintil-5	1.5	22.0	30.8	25.3	20.4

Tabel di atas menunjukkan bahwa konsumsi air per orang per hari akan semakin optimal, yakni lebih dari 100 liter per hari. Untuk rumah tangga yang tinggal di perkotaan dibanding yang tinggal di pedesaan, maupun untuk rumah tangga dengan pendapatan semakin tinggi dibanding dengan pendapatan yang rendah. Namun demikian, bila dibandingkan dengan angka nasional konsumsi air bersih per orang per hari rumah tangga Provinsi NTT masih rendah (di bawah angka nasional). Angka nasional menunjukkan bahwa persentase rerata pemakaian air bersih per orang per hari ≥ 100 liter mencapai 34.5%, namun di Provinsi NTT baru mencapai 11.4%.

Tabel 3.9.1.3
Sebaran Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,
Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas
2008

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			
Sumba Barat	18.9	81.1	11.6	88.4	49.8	43.5	6.8
Sumba Timur	9.4	90.6	15.4	84.6	68.1	24.8	7.1
Kupang	5.4	94.6	4.7	95.3	61.4	35.8	2.8
Timor Tengah Selatan	22.8	77.2	11.5	88.5	24.6	74.8	0.6
Timor Tengah Utara	16.3	83.7	5.5	94.5	56.1	43.0	1.0
Belu	15.4	84.6	8.5	91.5	57.3	39.5	3.1
Alor	5.4	94.6	8.3	91.7	62.7	30.0	7.3
Lembata	5.8	94.2	2.5	97.5	59.4	27.0	13.7
Flores Timur	0.9	99.1	9.1	90.9	27.0	67.1	5.9
Sikka	8.7	91.3	4.8	95.2	57.7	37.8	4.5
Ende	4.3	95.7	3.5	96.5	72.9	22.9	4.3
Ngada	5.7	94.3	5.7	94.3	51.6	38.4	10.0
Manggarai	12.0	88.0	2.6	97.4	60.0	32.4	7.6
Rote Ndao	11.4	88.6	6.7	93.3	67.7	30.6	1.7
Manggarai Barat	18.3	81.7	6.0	94.0	27.7	57.1	15.2
Kota Kupang	0.3	99.7	4.4	95.6	52.8	46.8	0.5
NTT	10.7	89.3	6.8	93.2	52.4	42.7	4.9

Berdasarkan ketersediaan air bersih, hampir 50 rumah tangga mengalami kesulitan mendapatkan air bersih pada musim kemarau, khususnya Kabupaten Timor Tengah Utara dan Flores Timur. Dalam hal jarak dan waktu untuk menjangkau sumber air, pada umumnya rumah tangga di kabupaten/kota dapat menjangkau sumber air dalam waktu kurang dari 30 menit dan jarak kurang dari 1 km. Akses baik jarak maupun waktu terhadap air bersih rumah tangga Provinsi NTT secara umum di bawah angka nasional. Persentase RT di Provinsi NTT dengan waktu tempuh <30 menit ke sumber air sebesar 89.3% (angka nasional 97.7%). Persentase RT di Provinsi NTT yang mudah mendapatkan air sepanjang tahun sebesar 52.4% (angka nasional 73.6%).

Tabel 3.9.1.4
Sebaran Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

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	1.8	98.2	4.4	95.6	60.1	39.3	0.6
Perdesaan	12.5	87.5	7.3	92.7	50.9	43.4	5.7
Tingkat Pengeluaran per Kapita							
Kuintil1	14.2	85.8	7.7	92.3	49.6	45.2	5.3
Kuintil2	11.6	88.4	6.7	93.3	50.7	43.9	5.4
Kuintil3	10.0	90.0	5.9	94.1	51.6	43.3	5.1
Kuintil4	10.1	89.9	7.0	93.0	54.3	41.4	4.3
Kuintil5	7.8	92.2	6.2	93.8	55.9	40.1	4.0

Dalam hal waktu, jarak dan ketersediaan air bersih, akses rumah tangga perkotaan sedikit lebih mudah dibandingkan rumah tangga pedesaan. Bila dilihat berdasarkan tingkat pendapatan per kapita, tampak bahwa akses waktu, jarak dan ketersediaan air bersih, rumah tangga kaya sedikit lebih baik dibandingkan rumah tangga miskin. Bila dibandingkan dengan angka nasional, akses air bersih secara umum lebih sulit dibandingkan dengan rata-rata nasional.

Tabel 3.9.1.5
Sebaran Rumah Tangga Menurut Individu yang Biasa Mengambil Air
dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Orang yang Biasa Mengambil Air dalam Rumah Tangga			
	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 thn)	Dewasa	Anak (<12 thn)
Sumba Barat	67.2	8.9	15.6	8.3
Sumba Timur	61.9	5.1	27.4	5.7
Kupang	54.7	12.8	30.3	2.3
Timor Tengah Selatan	55.0	7.8	31.4	5.8
Timor Tengah Utara	71.9	7.1	17.5	3.5
Belu	75.8	5.3	16.1	2.8
Alor	43.1	6.4	41.6	8.9
Lembata	71.7	3.9	20.5	3.9
Flores Timur	77.3	4.4	15.2	3.2
Sikka	65.8	1.4	30.9	2.0
Ende	82.9	7.2	7.2	2.6
Ngada	44.7	7.1	31.9	16.3
Manggarai	67.1	11.8	14.1	7.0
Rote Ndao	80.3	4.5	13.5	1.6
Manggarai Barat	69.2	4.5	20.4	5.9
Kota Kupang	37.9	2.1	58.8	1.2
NTT	64.9	7.1	23.3	4.6

Anggota rumah tangga yang biasa mengambil air, pada perempuan lebih besar dibanding pada laki-laki. Perempuan dewasa lebih memfungsikan diri sebagai pengambil air dibanding laki-laki dewasa.

Tabel 3.9.1.6
Sebaran Rumah Tangga Menurut Anggota Rumah Tangga yang Biasa Mengambil Air dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

Karakteristik	Orang yang Biasa Mengambil Air dalam Rumah Tangga			
	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 thn)	Dewasa	Anak (<12 thn)
Tipe Daerah				
Perkotaan	51.7	4.6	39.8	4.0
Perdesaan	66.3	7.3	21.6	4.7
Tingkat Pengeluaran per Kapita				
Kuintil1	64.5	8.7	21.1	5.7
Kuintil2	68.1	6.6	21.4	4.0
Kuintil3	66.4	8.5	20.2	4.9
Kuintil4	65.0	5.7	25.1	4.2
Kuintil5	59.8	5.5	30.7	4.0

Individu yang biasa mengambil air, baik di perkotaan maupun di pedesaan adalah laki-laki dewasa. Berdasarkan kuintil pengeluaran per kapita, persentase individu yang biasa mengambil air dalam rumah tangga lebih banyak perempuan dewasa. Terdapat perbedaan yang mencolok antara antar kuintil dalam hal individu yang biasa mengambil air dalam rumah tangga.

Tabel 3.9.1.7
Sebaran Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum dan
Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Kualitas Fisik Air Minum (Utama)					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik
Sumba Barat	36.4	4.4	16.0	20.9	2.9	61.7
Sumba Timur	22.2	2.8	3.7	2.8	1.3	77.2
Kupang	2.3	0.5	0.5	0.9	0.5	96.7
Timor Tengah Selatan	16.0	2.3	13.8	5.7	0.2	80.6
Timor Tengah Utara	18.8	5.1	1.3	7.2	0.4	79.2
Belu	12.3	7.0	9.3	7.0	6.6	84.6
Alor	9.0	2.1	2.8	12.7	1.7	80.9
Lembata	7.2	0.7	9.0	18.1	0.7	70.8
Flores Timur	20.3	0.4	0.9	7.4	0.6	79.1
Sikka	14.6	1.3	1.4	8.2	0.5	80.2
Ende	3.3	0.2	1.3	5.2	0.6	91.1
Ngada	6.5	0.0	1.4	3.9	0.0	92.4
Manggarai	9.8	1.5	2.1	3.7	1.3	89.9
Rote Ndao	12.1	1.0	2.0	4.0	0.3	84.8
Manggarai Barat	10.7	4.9	3.8	11.8	3.6	80.8
Kota Kupang	2.3	0.2	1.2	0.9	0.8	96.8
NTT	11.7	2.2	4.4	6.2	1.5	84.8

Catatan : * Tidak keruh. berwarna. berasa. berbusa dan berbau

Lebih dari 80 rumah tangga di Provinsi NTT mempunyai kualitas fisik air baik. Terdapat keberagaman kualitas air (keruh, bau, warna, rasa, busa) di antara kabupaten/kota di Provinsi NTT.

Tabel 3.9.1.8
Sebaran Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

Karakteristik	Kualitas Fisik Air Minum (Utama)					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik
Tipe Daerah						
Perkotaan	4.6	0.4	1.2	1.3	1.0	93.9
Perdesaan	13.1	2.6	5.1	7.2	1.6	83.0
Tingkat Pengeluaran per Kapita						
Kuintil 1	12.2	2.62717	5.6	6.4	2.07	83.27
Kuintil 2	12.8	2.17513	4.6	5.7	1.45	84.1
Kuintil 3	11.3	2.46361	3.4	6.2	1.29	85.67
Kuintil 4	12.3	1.67317	4.4	6.7	1.62	84.5
Kuintil 5	8.9	2.03275	3.3	5.5	0.96	88.14

Catatan : * Tidak keruh. berwarna. berasa. berbusa dan berbau

Terdapat perbedaan kualitas air menyangkut keruh, bau, warna, rasa, dan busa antara rumah tangga yang tinggal di pedesaan dan yang tinggal di perkotaan. Kualitas air minum di perkotaan lebih baik dibanding dengan di pedesaan.

Kualitas fisik air minum (keruh, bau, warna, rasa, busa) rumah tangga dalam semua kuintil pada umumnya baik. Tidak terdapat perbedaan kualitas fisik air minum untuk setiap kuintil.

Tabel 3.9.1.9
Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota
di Provinsi NTT, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Sumber Air Minum										
	Air Kemasan	Ledeng Eceran	Ledeng Meteran	Sumur Bor/Pompa	Sumur Terlindung	Sumur Tak Terlindung	Mata Air Terlindung	Mata Air Tak Terlindung	Air Sungai	Air Hujan	Lainnya
Sumba Barat	0.0	1.0	0.5	3.1	15.4	9.2	4.1	62.6	4.1	0.0	0.0
Sumba Timur	0.4	20.3	0.4	0.2	10.8	30.0	7.93	22.9	6.6	0.0	0.4
Kupang	0.0	1.2	0.3	0.0	25.8	43.2	19.1	8.4	2.1	0.0	0.0
Timor Tengah Selatan	0.0	5.9	0.2	1.5	9.0	6.3	21.3	50.9	4.8	0.2	0.0
Timor Tengah Utara	0.0	14.5	2.9	1.4	33.5	6.1	15.9	14.1	9.8	0.4	1.6
Belu	0.6	6.3	2.2	1.1	37.3	14.1	15.8	12.7	8.3	0.0	1.7
Alor	0.2	10.0	18.0	3.2	27.2	2.2	21.2	10.5	6.0	0.0	1.5
Lembata	0.4	8.4	1.9	1.9	23.7	7.6	40.5	3.1	0.4	12.2	0.0
Flores Timur	0.8	11.0	0.4	0.2	15.3	1.0	70.8	0.4	0.0	0.2	0.0
Sikka	1.2	20.3	5.4	4.4	14.0	4.4	16.8	14.8	5.9	12.5	0.2
Ende	0.4	14.0	2.7	0.8	21.7	7.6	37.8	9.3	5.6	0.0	0.2
Ngada	0.4	22.2	7.8	0.4	11.9	1.6	47.3	7.4	0.8	0.0	0.0
Manggarai	0.9	9.2	0.2	0.0	1.3	2.4	45.8	29.5	10.7	0.0	0.0
Rote Ndao	0.3	6.5	4.1	0.3	52.7	17.8	7.88	8.6	1.0	0.3	0.3
Manggarai Barat	0.4	13.1	4.7	0.7	2.7	3.6	29.8	37.2	7.8	0.0	
Kota Kupang	6.3	33.4	1.4	1.5	19.5	8.6	6.44	1.7	0.0	0.0	21.2
NTT	0.9	11.8	2.6	1.2	18.8	11.2	25.7	19.4	5.3	1.3	1.9

Jenis sumber air minum di Provinsi NTT kebanyakan berasal dari sumur dan mata air baik terlindung maupun tidak terlindung. Untuk Kota Kupang. Kabupaten Sikka dan Sumba Timur lebih dari 20 rumah tangga menggunakan air ledeng.

Tabel 3.9.1.10
Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Sumber Air Minum										
	Air Kemasan	Ledeng Eceran	Ledeng Meteran	Sumur Bor/Pompa	Sumur Terlindung	Sumur Tak Terlindung	Mata Air Terlindung	Mata Air Tak Terlindung	Air Sungai	Air Hujan	Lainnya
Tipe Daerah											
Perkotaan	3.5	46.8	2.4	2.2	24.3	5.9	3.48	1.4	0.6		9.4
Perdesaan	0.3	4.6	2.7	1.0	17.7	12.3	30.3	23.1	6.2	1.5	0.4
Tingkat Pengeluaran per Kapita											
Kuintil1	0.3	4.4	2.5	0.7	14.7	14.1	28.5	23.9	7.6	1.4	2.0
Kuintil2	0.4	6.7	2.2	0.5	19.4	11.8	27.0	21.7	6.7	1.7	1.9
Kuintil3	0.3	9.7	2.6	1.3	20.4	10.8	26.1	20.5	5.0	1.6	1.8
Kuintil4	0.7	13.3	3.0	1.2	19.9	11.1	26.4	17.4	3.8	0.9	2.4
Kuintil5	2.6	25.0	2.9	2.2	19.8	8.2	20.5	13.4	3.1	0.8	1.5

Sumber air minum di perkotaan banyak menggunakan ledeng, sementara di pedesaan banyak menggunakan mata air baik terlindung maupun tidak terlindung. Dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita. Rumah tangga pada kuintil 5 banyak menggunakan air ledeng. namun pada kuintil 1 banyak menggunakan air dari sumber mata air dan sumur.

Tabel 3.9.1.11
Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum
Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Tempat Penampungan			Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan				
	Wadah Terbuka	Wadah Tertutup	Tidak Ada Wadah	Langsung Diminum	Dimasak	Disaring	Bahan Kimia	Lainnya
Sumba Barat	6.0	89.1	5.0	29.1	93.2	15.5	2.4	1.1
Sumba Timur	16.7	79.2	4.2	29.3	78.6	48.6	1.1	5.0
Kupang	13.7	79.9	6.4	12.6	86.0	64.4	1.0	0.2
Timor Tengah Selatan	10.5	86.1	3.4	4.6	96.1	55.3	2.4	0.0
Timor Tengah Utara	7.4	90.7	1.9	7.8	96.0	76.7	1.9	1.1
Belu	8.8	83.3	7.9	14.3	94.1	74.7	10.4	0.0
Alor	15.1	75.2	9.7	8.7	96.7	32.8	0.9	0.0
Lembata	4.8	94.5	0.7	2.2	97.5	20.6	0.4	0.4
Flores Timur	5.2	94.4	0.4	1.7	98.1	1.1	1.1	0.5
Sikka	16.0	80.4	3.6	0.8	97.8	6.6	0.3	0.3
Ende	10.4	87.9	1.7	10.2	89.4	19.1	1.5	1.9
Ngada	15.5	81.2	3.2	2.5	97.8	5.4	0.4	0.4
Manggarai	33.2	53.6	13.2	2.0	96.4	2.7	0.6	0.2
Rote Ndao	16.7	78.5	4.8	39.1	74.1	57.2	0.7	0.7
Manggarai Barat	38.8	56.6	4.7	14.7	92.4	4.9	0.2	0.2
Kota Kupang	7.6	79.6	12.8	1.4	96.9	93.4	2.4	2.3
NTT	15.0	79.0	6.0	9.4	93.1	40.3	2.2	0.8

Dilihat dari tempat penampungan air kebanyakan rumah tangga di Provinsi NTT menggunakan tempat penampungan dalam wadah tertutup. Sementara itu belum semua rumah tangga memasak air minumnya (baru mencapai 93,1%). ada 9,4 rumah tangga yang langsung meminum air tanpa dimasak.

Tabel 3.9.1.12
Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan
Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

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	10.4	83.9	5.8	3.1	96.4	66.4	2.6	1.7
Perdesaan	15.9	78.0	6.1	10.7	92.5	34.9	2.1	0.6
Tingkat Pengeluaran per Kapita								
Kuintil1	14.7	79.5	5.8	10.5	92.5	38.2	2.0	0.6
Kuintil2	15.3	77.4	7.3	10.7	92.2	38.3	2.7	0.6
Kuintil3	15.7	77.9	6.4	10.4	93.6	39.4	2.0	0.5
Kuintil4	17.0	77.7	5.3	9.9	92.5	40.9	2.5	1.0
Kuintil5	12.2	82.1	5.7	5.6	94.4	45.9	1.8	1.3

Bila dilihat dari tempat tinggal rumah tangga, terdapat sedikit perbedaan tentang tempat penampungan air (di pedesaan lebih banyak tempat penampungan air yang terbuka). Juga, di pedesaan lebih banyak Persentase rumah tangga yang meminum air tanpa dimasak. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran (kuintil), ada sedikit perbedaan baik pada metode tempat penampungan maupun pengolahan air sebelum digunakan.

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 3.62
Sebaran Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai
Sumba Barat	38.5	4.6	1.5	55.4
Sumba Timur	39.4	13.4	0.7	46.5
Kupang	67.5	13.2	0.7	18.6
Timor Tengah Selatan	88.2	7.8	1.1	3.0
Timor Tengah Utara	83.0	5.5	0.4	11.1
Belu	45.3	22.0	3.8	28.9
Alor	54.0	14.5	4.8	26.8
Lembata	67.8	11.1	0.4	20.7
Flores Timur	60.4	9.7	0.2	29.7
Sikka	52.5	7.9	1.2	38.5
Ende	44.3	19.0	6.2	30.5
Ngada	71.1	9.9	0.8	18.2
Manggarai	56.0	8.5	0.9	34.6
Rote Ndao	36.3	8.2	2.1	53.4
Manggarai Barat	49.3	8.2	0.7	41.8
Kota Kupang	78.7	20.5	0.5	0.3
NTT	60.8	12.1	1.6	25.5

Untuk penggunaan fasilitas Buang Air Besar (BAB), masih terdapat 25 rumah tangga yang belum memakai fasilitas BAB. Sebagian besar yang menggunakan fasilitas BAB merupakan fasilitas yang bersifat digunakan sendiri (60,8%).

Tabel 3.632
Sebaran Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai
Tipe Daerah				
Perkotaan	74.9	19.4	0.9	4.8
Perdesaan	57.9	10.6	1.7	29.8
Tingkat Pengeluaran per Kapita				
Kuintil1	53.1	10.3	1.6	35.0
Kuintil2	55.7	11.4	1.9	31.0
Kuintil3	60.0	11.5	1.5	27.0
Kuintil4	64.1	13.1	1.8	21.0
Kuintil5	71.1	14.1	1.1	13.7

Tabel 3.9.2.2 menunjukkan jenis penggunaan fasilitas buang air besar menurut karakteristik rumah tangga. Untuk jenis fasilitas yang digunakan sendiri dan bersama, Persentase rumah

tangga perkotaan lebih banyak dibanding pedesaan. Untuk yang tidak memakai fasilitas BAB. Persentase rumah tangga di pedesaan lebih tinggi dibanding di perkotaan. Bila dilihat menurut kuintil pengeluaran per kapita, terlihat tidak ada perbedaan yang nyata antar kuintil tingkat pengeluaran dalam jenis penggunaan fasilitas BAB.

Tabel 3.643
Sebaran Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi NTT, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Plengsengan	Cemplung/Cubluk	Tidak Pakai
Sumba Barat	28.4	13.6	26.1	31.8
Sumba Timur	35.8	28.0	31.7	4.5
Kupang	42.9	24.1	31.8	1.3
Timor Tengah Selatan	10.1	16.1	65.7	8.1
Timor Tengah Utara	24.0	21.4	52.2	2.4
Belu	32.8	41.6	18.3	7.4
Alor	64.7	15.8	16.1	3.4
Lembata	52.9	8.2	37.5	1.4
Flores Timur	86.0	9.9	2.7	1.4
Sikka	48.5	25.3	20.8	5.3
Ende	52.6	42.6	3.9	0.8
Ngada	47.2	30.7	20.6	1.5
Manggarai	10.9	22.7	48.4	18.0
Rote Ndao	51.1	21.5	16.3	11.1
Manggarai Barat	12.6	22.5	52.7	12.2
Kota Kupang	83.3	12.6	4.0	0.2
NTT	39.5	22.6	31.9	6.1

Dilihat dari jenis tempat Buang Air Besar (BAB), masih 6 rumah tangga yang tidak menggunakan jamban. Dari yang menggunakan jamban, Persentase terbesar adalah menggunakan leher angsa (39,5%), diikuti cemplung (31,9%) dan plengsengan (22,6%).

Tabel 3.654
Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota
di Provinsi NTT, Susenas 2008

Karakteristik	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Plengsekan	Cemplung/Cubluk	Tidak Pakai
Tipe Daerah				
Perkotaan	69.8	16.4	11.3	2.5
Perdesaan	31.0	24.3	37.6	7.0
Tingkat Pengeluaran per Kapita				
Kuintil1	25.5	20.9	44.3	9.4
Kuintil2	32.9	23.9	35.7	7.5
Kuintil3	36.5	23.9	34.2	5.4
Kuintil4	41.9	23.9	28.9	5.4
Kuintil5	55.8	20.5	20.2	3.5

Dilihat dari tempat tinggal rumah tangga. di pedesaan lebih banyak menggunakan cemplung. berikutnya leher angsa dan plengsekan, sementara di perkotaan lebih banyak menggunakan leher angsa. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita (kuintil), kuintil 5 lebih banyak menggunakan leher angsa dari pada kuintil 1 yang lebih banyak menggunakan jamban cemplung.

Tabel 3.665
Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja
dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Susenas 2008

Kabupaten/Kota	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tengki/ SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai/ Laut	Lobang Tanah	Pantai/ Tanah	Lainnya
Sumba Barat	6.7	0.0	0.0	16.0	43.3	34.0
Sumba Timur	9.3	0.4	0.4	37.3	45.9	6.6
Kupang	14.9	0.0	0.3	58.7	18.3	7.6
Timor Tengah Selatan	0.4	0.0	0.8	90.2	6.8	1.8
Timor Tengah Utara	21.1	0.0	0.4	67.4	7.0	4.1
Belu	36.5	0.0	1.0	34.3	19.5	8.7
Alor	38.0	0.8	1.0	36.5	22.0	1.8
Lembata	26.0	0.0	0.4	48.5	15.3	9.9
Flores Timur	54.9	0.8	0.8	10.8	20.2	12.5
Sikka	39.1	0.0	0.5	21.8	29.1	9.5
Ende	23.3	0.4	0.8	42.6	26.0	7.0
Ngada	18.5	0.8	0.0	63.4	16.5	0.8
Manggarai	1.4	0.2	1.2	57.6	37.5	2.0
Rote Ndao	10.0	2.8	0.3	33.4	27.6	25.9
Manggarai Barat	4.9	0.2	4.0	41.5	43.5	6.0
Kota Kupang	49.4	0.2	0.0	50.2	0.0	0.3
NTT	21.5	0.3	0.8	48.6	22.2	6.7

Tempat pembuangan akhir tinja. Persentase terbesar adalah lobang tanah (48,6%), namun khusus untuk Kota Kupang Persentase terbesar adalah tangki (SPAL). Terdapat variasi antar kabupaten/kota tentang tempat pembuangan akhir tinja, terdapat beberapa kabupaten yang tempat pembuangan akhirnya pantai (Sumba Barat, Sumba Timur, Manggarai Barat).

Tabel 3.676
Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Susenas 2008

Karakteristik	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tengki/ SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai/ Laut	Lobang Tanah	Pantai/ Tanah	Lainnya
Tipe Daerah						
Perkotaan	45.5	0.3	0.3	48.6	4.0	1.2
Perdesaan	16.5	0.3	0.9	48.6	25.9	7.8
Tingkat Pengeluaran per Kapita						
Kuintil1	11.7	0.3	0.5	48.1	31.3	8.0
Kuintil2	15.7	0.2	1.2	49.0	25.4	8.5
Kuintil3	20.1	0.2	0.6	48.5	23.2	7.4
Kuintil4	24.5	0.3	0.8	49.6	19.1	5.6
Kuintil5	35.3	0.4	0.9	47.6	11.8	4.0

Bila dilihat dari tempat tinggal rumah tangga, mereka yang tinggal di perkotaan tempat pembuangan akhir tinja banyak menggunakan tangki (SPAL) dan lobang tanah. Sementara yang tinggal di pedesaan banyak menggunakan lobang tanah dan pantai. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita, kuintil 5 banyak menggunakan tangki (SPAL) dan lobang tanah. sementara kuintil 1 banyak menggunakan lobang tanah dan pantai.

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
Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah
dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Saluran Pembuangan Air Limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak Ada
Sumba Barat	7.0	4.5	88.6
Sumba Timur	18.5	5.4	76.1
Kupang	18.1	3.4	78.5
Timor Tengah Selatan	13.6	2.9	83.5
Timor Tengah Utara	12.7	1.7	85.6
Belu	14.4	3.0	82.5
Alor	22.4	12.0	65.6
Lembata	29.6	6.9	63.5
Flores Timur	18.7	2.3	79.0
Sikka	15.0	3.5	81.5
Ende	11.9	7.6	80.4
Ngada	10.4	3.6	86.0
Manggarai	11.9	2.1	86.0
Rote Ndao	16.7	3.7	79.6
Manggarai Barat	10.4	3.2	86.5
Kota Kupang	50.8	14.4	34.8
NTT	17.7	4.7	77.7

Sebagian besar rumah tangga (77,6%) di Provinsi NTT tidak mempunyai Saluran Pembuangan Air Limbah. Dari mereka yang mempunyai Saluran Pembuangan Air Limbah, sebagian besar (17,7%) merupakan Saluran Pembuangan Air Limbah terbuka.

Tabel 3.9.3.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah
dan Klasifikasi Desa, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

Karakteristik	Saluran Pembuangan Air Limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak Ada
Tipe Daerah			
Perkotaan	44.6	14.0	41.3
Perdesaan	12.1	2.7	85.2
Tingkat Pengeluaran per Kapita			
Kuintil 1	12.0	3.0	85.0
Kuintil 2	13.1	2.8	84.1
Kuintil 3	14.7	3.7	81.6
Kuintil 4	18.3	5.1	76.6
Kuintil 5	29.4	9.1	61.5

Bila dilihat dari tempat tinggal rumah tangga, mereka yang tinggal di pedesaan sebagian besar (85,2%) tidak mempunyai Saluran Pembuangan Air Limbah. Dari yang mempunyai Saluran Pembuangan Air Limbah, Persentase terbesar adalah jenis terbuka. Menurut tingkat pengeluaran per kapita, kuintil 5 Persentase kepemilikan Saluran Pembuangan Air Limbah lebih baik dibanding dengan kuintil 1.

Tabel 3.9.3.3
Sebaran Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi
dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Susenas dan Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Air Bersih		Sanitasi	
	Kurang	Akses*)	Kurang	Akses**)
Sumba Barat	88.3	11.7	90.3	9.7
Sumba Timur	73.9	26.1	85.9	14.1
Kupang	60.2	39.8	72.5	27.5
Timor Tengah Selatan	87.8	12.2	90.8	9.2
Timor Tengah Utara	65.8	34.2	81.2	18.8
Belu	72.8	27.2	85.7	14.3
Alor	49.1	50.9	68.1	31.9
Lembata	45.5	54.5	67.5	32.5
Flores Timur	22.4	77.6	49.0	51.0
Sikka	39.7	60.3	74.5	25.5
Ende	34.5	65.5	76.6	23.4
Ngada	36.9	63.1	69.9	30.1
Manggarai	72.3	27.7	94.5	5.5
Rote Ndao	59.4	40.6	81.2	18.8
Manggarai Barat	77.1	22.9	94.0	6.0
Kota Kupang	42.7	57.3	32.9	67.1
NTT	60.5	39.5	77.1	22.9

*) 20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

**) Memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Secara keseluruhan akses air bersih di Provinsi NTT adalah sebesar 39,5%, akses terbaik ada di Kota Kupang (57,3%), akses terjelek ada di Kabupaten Sumba Barat (11,4%). Akses sanitasi secara keseluruhan di Provinsi NTT adalah sebesar 23%. Akses sanitasi terbaik di Kota Kupang (67,0%) dan akses sanitasi terjelek ada di Kabupaten Manggarai (5,5%).

Tabel 3.9.3.4
Sebaran Rumah Tangga Menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi
dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Susenas dan Riskesdas 2008

Karakteristik	Air Bersih		Sanitasi	
	Kurang	Akses*)	Kurang	Akses**)
Tipe Daerah				
Perkotaan	35.5	64.5	47.9	52.1
Perdesaan	65.7	34.3	83.1	16.9
Tingkat Pengeluaran per Kapita				
Kuintil 1	71.0	29.0	87.6	12.4
Kuintil 2	64.9	35.1	82.3	17.7
Kuintil 3	59.7	40.3	79.7	20.3
Kuintil 4	55.7	44.3	72.9	27.1
Kuintil 5	45.4	54.6	59.6	40.4

*) 20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

**) Memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Bila dilihat dari tempat tinggal rumah tangga, mereka yang tinggal di perkotaan lebih mudah akses terhadap air bersih dan sanitasi dari pada yang tinggal di pedesaan. Bila dilihat dari

tingkat pengeluaran per kapita, kuintil 5 lebih mudah akses terhadap air bersih dan sanitasi dari pada kuintil 1.

3.9.4 Pembuangan Sampah

Data pembuangan sampah meliputi ketersediaan tempat penampungan/pembuangan sampah di dalam dan di luar rumah.

Tabel 3.9.4.1
Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Penampungan Sampah di Dalam Rumah			Penampungan Sampah di Luar Rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada
Sumba Barat	1.9	1.0	97.1	1.5	7.8	90.7
Sumba Timur	1.1	0.4	98.5	1.5	10.9	87.6
Kupang	2.1	9.3	88.5	1.2	5.6	93.1
Timor Tengah Selatan	1.6	18.9	79.5	1.0	25.5	73.5
Timor Tengah Utara	3.4	13.3	83.3	0.8	55.4	43.8
Belu	7.5	29.8	62.7	3.2	33.3	63.6
Alor	1.2	9.4	89.4	2.6	21.3	76.1
Lembata	19.2	40.6	40.2	2.9	32.1	65.0
Flores Timur	11.4	48.4	40.2	6.4	27.7	65.9
Sikka	1.4	10.5	88.1	1.3	19.6	79.1
Ende	5.2	2.8	92.0	8.5	11.3	80.1
Ngada	3.2	2.2	94.6	1.1	9.7	89.2
Manggarai	2.1	1.9	96.0	1.6	17.7	80.7
Rote Ndao	1.4	5.1	93.6	0.7	7.1	92.2
Manggarai Barat	2.2	7.1	90.6	4.5	27.4	68.2
Kota Kupang	19.3	20.2	60.6	10.7	44.6	44.7
NTT	5.0	14.4	80.6	3.1	23.3	73.6

Dilihat dari kepemilikan penampungan sampah, secara keseluruhan sebagian besar Rumah Tangga (80,6%) tidak memiliki penampungan sampah di dalam rumah dan 73,6% tidak memiliki penampungan sampah di luar rumah. Dari mereka yang mempunyai tempat penampungan sampah, Persentase terbesar adalah penampungan sampah terbuka (23,3%).

Tabel 3.9.4.2
Sebaran Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

Karakteristik	Penampungan Sampah di Dalam Rumah			Penampungan Sampah di Luar Rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada
Tipe Daerah						
Perkotaan	15.6	20.2	64.1	10.1	41.7	48.1
Perdesaan	2.8	13.2	84.0	1.6	19.6	78.8
Tingkat Pengeluaran per Kapita						
Kuintil 1	3.3	14.5	82.1	1.5	18.5	80.0
Kuintil 2	3.5	14.6	81.9	2.1	20.7	77.2
Kuintil 3	4.9	14.1	81.0	2.9	22.6	74.5
Kuintil 4	5.3	13.1	81.6	3.2	24.3	72.5
Kuintil 5	8.5	16.8	74.7	5.9	31.1	63.0

Bila dilihat dari tempat tinggal rumah tangga, kepemilikan tempat penampungan sampah baik dalam rumah maupun luar rumah di perkotaan lebih besar dari pada kepemilikan di pedesaan. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita, kuintil 5 memiliki tempat pembuangan sampah lebih besar dari pada kuintil 1.

3.9.5 Perumahan

Data perumahan yang dikumpulkan dan menjadi bagian dari persyaratan rumah sehat adalah jenis lantai rumah, kepadatan hunian, dan keberadaan hewan ternak dalam rumah. Data jenis lantai, luas lantai rumah dan jumlah anggota rumah tangga diambil dari Kor Susenas 2007, sedangkan data pemeliharaan ternak diambil dari Riskesdas 2007. Kepadatan hunian diperoleh dengan cara membagi jumlah anggota rumah tangga dengan luas lantai rumah dalam meter persegi. Hasil perhitungan dikategorikan sesuai kriteria Permenkes tentang rumah sehat, yaitu memenuhi syarat bila $\geq 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$ (tidak padat) dan tidak memenuhi syarat bila $< 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$ (padat).

Tabel 3.9.5.1
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah
dan Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Susenas 2008

Kabupaten/Kota	Jenis Lantai		Kepadatan Hunian	
	Bukan Tanah	Tanah	>8m ² /Kapita	<8m ² /Kapita
Sumba Barat	80.5	19.5	37.9	62.1
Sumba Timur	74.0	26.0	64.7	35.3
Kupang	59.4	40.6	72.6	27.4
Timor Tengah Selatan	24.0	76.0	54.4	45.6
Timor Tengah Utara	42.2	57.8	69.1	30.9
Belu	51.6	48.4	62.9	37.1
Alor	61.0	39.0	59.6	40.4
Lembata	51.9	48.1	68.3	31.7
Flores Timur	58.7	41.3	78.7	21.3
Sikka	57.2	42.8	58.5	41.5
Ende	73.4	26.6	55.6	44.4
Ngada	59.0	41.0	72.4	27.6
Manggarai	46.0	54.0	65.0	35.0
Rote Ndao	42.8	57.2	63.4	36.6
Manggarai Barat	62.4	37.6	58.4	41.6
Kota Kupang	91.6	8.4	66.7	33.3
NTT	55.6	44.4	63.5	36.5

Persentase rumah tangga dengan jenis lantai tanah masih sebesar 44,4%, dengan Persentase tertinggi terdapat di Kabupaten Timor Tengah Selatan (76,0%) dan Persentase terendah di Kota Kupang (8,4%). Hunian dengan kepadatan per kapita < 8 m², Persentase terbesar terdapat di Kabupaten Sumba Barat (62,0%), sedangkan Persentase terkecil terdapat di Flores Timur (21,3%).

Tabel 3.9.5.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan
Hunian dan Klasifikasi Desa, Susenas 2008

Kabupaten/Kota	Jenis Lantai		Kepadatan Hunian	
	Bukan Tanah	Tanah	>8m ² /Kapita	<8m ² /Kapita
Tipe Daerah				
Perkotaan	87.7	12.3	61.5	38.5
Perdesaan	49.0	51.0	64.0	36.0
Tingkat Pengeluaran per Kapita				
Kuintil 1	40.5	59.5	35.7	64.3
Kuintil 2	50.3	49.7	56.2	43.8
Kuintil 3	55.2	44.8	64.1	35.9
Kuintil 4	58.2	41.8	75.6	24.4
Kuintil 5	73.8	26.2	86.2	13.8

Persentase rumah tangga lantai tanah terbesar ada pada mereka yang tinggal di pedesaan (51,0%), semakin naik kuintilnya semakin menurun Persentase lantai terbuat dari tanah. Dilihat dari kepadatan hunian, tidak ada perbedaan yang signifikan antara mereka yang tinggal di perkotaan dan di pedesaan. Namun bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita, semakin tinggi kuintilnya maka semakin turun Persentase dengan kepadatan hunian $< 8\text{m}^2$ per kapita.

Tabel 3.9.5.3
Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan
dan Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

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
Sumba Barat	11.7	67.0	21.4	32.7	41.5	25.9	5.4	10.8	83.8	14.6	52.9	32.5
Sumba Timur	2.4	81.9	15.7	1.5	72.9	25.6	0.2	20.6	79.2	3.0	67.5	29.5
Kupang	8.3	67.6	24.1	6.2	58.2	35.6	1.0	21.3	77.7	13.3	38.5	48.2
Timor Tengah Selatan	3.0	79.0	18.0	0.7	67.8	31.6	0.7	29.1	70.2	9.9	46.2	43.9
Timor Tengah Utara	4.4	67.4	28.2	0.6	70.7	28.7	0.4	38.9	60.7	33.6	35.5	30.9
Belu	7.0	64.7	28.4	4.1	57.7	38.1	1.5	23.0	75.4	11.4	48.6	40.0
Alor	5.4	70.7	23.9	1.7	67.0	31.4	0.0	2.4	97.6	8.3	17.2	74.5
Lembata	6.5	77.1	16.4	0.4	78.5	21.1	0.0	5.9	94.1	12.1	18.8	69.1
Flores Timur	7.6	66.2	26.3	5.0	57.9	37.1	0.0	2.9	97.1	14.0	16.2	69.8
Sikka	1.8	55.4	42.9	1.0	64.6	34.5	0.0	3.4	96.6	4.3	42.4	53.3
Ende	2.8	59.0	38.2	1.5	46.8	51.7	0.0	8.6	91.4	7.1	25.3	67.7
Ngada	8.3	63.0	28.6	6.1	73.7	20.1	2.2	21.5	76.4	28.9	12.3	58.8
Manggarai	4.3	59.2	36.5	4.4	51.6	44.0	0.0	13.9	86.1	19.1	11.6	69.4
Rote Ndao	7.4	71.6	20.9	4.0	52.7	43.3	1.3	11.4	87.2	34.3	22.6	43.1
Manggarai Barat	2.7	37.9	59.5	0.4	32.8	66.7	0.2	8.7	91.1	3.1	3.8	93.1
Kota Kupang	1.4	37.7	60.9	0.0	14.0	86.0	0.0	2.5	97.5	4.4	16.3	79.3
NTT	4.9	63.8	31.3	3.3	56.3	40.4	0.6	15.7	83.7	12.9	31.0	56.1

Rumah tangga di Provinsi NTT kebanyakan memelihara ternak sedang (59,6%) dan ternak unggas (68,7%) disusul ternak besar (22,3%). Terdapat keberagaman dalam pemeliharaan dan tempat pemeliharaan antar kabupaten/kota; Kabupaten Sumba Barat dan Sumba Timur menempati urutan tertinggi dalam pemeliharaan ternak. Secara umum, Persentase terbesar penempatan ternak sudah menggunakan kandang di luar rumah.

Tabel 3.9.5.4
Sebaran Rumah Tangga Menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik,
di Provinsi NTT, Riskesdas 2008

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
Tipe Daerah												
Perkotaan	2.6	41.6	55.8	1.2	27.4	71.3	0.1	3.6	96.2	6.7	18.3	75.0
Perdesaan	5.3	68.4	26.3	3.7	62.2	34.1	0.7	18.2	81.1	14.2	33.6	52.2
Tingkat Pengeluaran per Kapita												
Kuintil 1	4.7	68.1	27.2	3.4	60.6	36.1	0.8	15.2	84.0	13.1	34.5	52.4
Kuintil 2	5.7	67.4	26.8	4.0	59.9	36.1	0.6	16.8	82.6	13.7	33.0	53.3
Kuintil 3	4.7	65.2	30.1	2.5	60.2	37.4	0.6	15.9	83.5	14.1	30.9	55.0
Kuintil 4	4.6	62.9	32.5	4.0	55.1	40.9	0.6	16.5	82.9	13.3	30.0	56.7
Kuintil 5	4.2	55.3	40.5	2.5	46.4	51.0	0.5	14.0	85.6	11.1	25.7	63.2

Bila dilihat dari tempat tinggal rumah tangga. mereka yang tinggal di pedesaan lebih banyak memelihara ternak dari pada yang tinggal di perkotaan. Bila dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita. tidak terdapat perbedaan yang signifikan antar kuintil dalam jenis peliharaan hewan ternak.

DAFTAR PUSTAKA

1. ----- Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi. http://www.klinik_pria.com/datatopik/hipertensi.htm. 2005
2. ----- Hipertensi. <http://www.medicastore.com/penyakit/hiperten.htm>. 9/20/2002
3. Abas B. Jahari, Sandjaja, Herman Sudiman, Soekirman, Idrus Jus'at, Fasli Jalal, Dini Latief, Atmarita. Status gizi balita di Indonesia sebelum dan selama krisis (Analisis data antropometri Susenas 1989 - 1999). Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII. Jakarta 29 Februari - 2 Maret 2000.
4. AMA (American Medical Association), 2001, Depression Linked With Increased Risk of Heart Failure Among Elderly With Hypertension, http://www.medem.com/MedLB/article_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub_cat=73 8/24/2002.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular, Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Kesehatan Ibu dan Anak*.
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil*.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan Data Susenas 2001: *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*. Tahun 2002
10. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003*. ORC Macro 2002-2003.
11. Balitbangkes. Depkes RI. Operational Study an Integrated Community-Based Intervention Program on Common Risk Factors of Major Non-communicable Diseases in Depok Indonesia, 2006.
12. Basuki, B & Setianto, B. Age, Body Posture, Daily Working Load, Past Antihypertensive drugs and Risk of Hypertension : A Rural Indonesia Study. 2000.
13. Bedirhan Ustun. The International Classification Of Functioning, Disability And Health – A Common Framework For Describing Health States. p.344-348, 2000
14. Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary. Geneva World Health Organization, 2001
15. Bonita R, de Courten M, Dwyer T et al, 2001, *The WHO Stepwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*, Geneva: World Health Organization
16. Bonita, R., de Courten, M., Dwyer, T., Jamrozik, K., Winkelmann, R. *Surveillance Noncommunicable Diseases and Mental Health. The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*. Geneva: World Health Organization, 2002.
17. Brotoprawiro, S dkk. Prevalensi Hipertensi pada Karyawan Salah Satu BUMN yang menjalani pemeriksaan kesehatan, 1999. Kelompok Kerja Serebro Vaskular FK UNPAD/RSHS “ . Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI, 2002.

18. CDC Growth Charts for the United State : Methods and Development. Vital and Health Statistics. Department of Health and Human Services. Series 11, Number 246, May 2002
19. CDC. State – Specific Trend in Self Report 3d Blood Pressure Screening and High Blood Pressure – United States, 1991 – 1999. 2002. *MMWR*, 51 (21) : 456.
20. CDC. State-Specific Mortality from Stroke and Distribution of Place of Death United States, 2002. *MMWR*, 51 (20), : 429 .
21. Darmojo, B. Mengamati Penelitian Epidemiologi Hipertensi di Indonesia. Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI , 2000.
22. Departemen Kesehatan R.I, 1999, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta: Depkes RI
23. Departemen Kesehatan R.I, 2003, *Pemantauan Pertumbuhan Balita*, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat, Depkes RI
24. Departemen Kesehatan R.I. 2003. Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat. Jakarta: Departemen Kesehatan.
25. Departemen Kesehatan R.I. *Panduan Pengembangan Sistem Surveilans Perilaku Berisiko Terpadu*. Tahun 2002
26. Departemen Kesehatan R.I. Pusat Promosi Kesehatan. *Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat*. Tahun 2002
27. Departemen Kesehatan RI. SKRT 1995. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 1997
28. Departemen Kesehatan, Direktorat Epim-Kesma. Program Imunisasi di Indonesia, Bagian I, Jakarta, Depkes, 2003.
29. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan.Depkes RI Jakarta. 2001.
30. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan.Depkes RI Jakarta 2004.
31. Djaja, S. et al. Statistik Penyakit Penyebab Kematian, SKRT 1995
32. George Alberty. Non Communicable Disease. Tomorrow's pandemic. Bulletin WHO 2001; 79/10: 907.
33. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. 1995
34. Hashimoto K, Ikewaki K, Yagi H, Nagasawa H, Imamoto S, Shibata T, Mochizuki S. Glucose Intolerance is Common in Japanese Patients With Acute Coronary Syndrome Who Were Not Previously Diagnosed With Diabetes. *Diabetes Care* 28: 1182 -1186, 2005.
35. International Classification Of Functioning, Disability And Health (ICF).World Health Organization, Geneva, 2001
36. Jadoon, Mohammad Z,, Dineen B,, Bourne R,R,A,, Shah S,P,, Khan, Mohammad A,, Johnson G,J,, et al, Prevalence of Blindness and Visual Impairment in Pakistan: The Pakistan National Blindness and Visual Impairment Survey, *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 2006;47:4749-55,
37. Janet. AS. Diet Obesitas dan hipertensi. <http://www.surya.co.id /31072002 /10a.phtml>. 2002
38. Kaplan NM. Clinical Hipertension, 8th Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.

39. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : Clinical Hypertention, 7th Ed. Baltimore : Williams and Wilkins Inc. 1998 : 41-132
40. Kristanti CM, Dwi Hapsari, Pradono J dan Soemantri S, 2002. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Analisis Data . Survei Kesehatan Rumah Tangga
41. Kristanti CM, Suhardi, dan Soemantri S, 1997. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga.
42. Leonard G Gomella, Steven A Haist. Clinicians Pocket Reference, Mc. Grawhill Medical Publishing division, International edition, NY, 2004
43. Mansjoer, A, dkk. Hipertensi di Indonesia .Kapita Selekta Kedokteran 1999 :518 – 521.
44. Muchtar & Fenida. Faktor-faktor yang berhubungan Dengan Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Hipertensi Ringan dan Sedang yang berobat di poli Ginjal Hipertensi, 1998.
45. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge
46. Parvez Hossain, M.D., Bisher Kavar, M.D., and Meguid El Nahas, M.D., Ph.D. The New England Journal of Medicine. Vol 356: 213 – 215, Jan 18, 2007
47. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
48. Petunjuk Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI., 2004
49. *Policy Paper for Directorate General of Public Health, June 2002*
50. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2005
51. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
52. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
53. Resolution WHA56.1.WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: Fifty-sixth World Health Assembly. 19-28 May 2003.Geneva, World Health Organization, 2003
54. 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
55. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2007
56. Rose Men's. How To Keep Your Blood Pressure Under Control. News Health Recourse, 1999
57. S.Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001
58. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan.Jakarta, 7-8 Desember 2005.
59. 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.

60. 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*
61. 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*
62. 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,
63. *Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999*
64. Sinaga, S. dkk. Pola Sikap Penderita Hipertensi Terhadap Pengobatan Jangka Panjang, dalam Naskah Lengkap KOPAPDI VI, 1984, Penerbit UI-PRESS : 1439.
65. SK Menkes RI Nomor : 736a/Menkes/XI/1989 tentang Definisi Anemia dan batasan Normal Anemia
66. Sobel, BJ. & Bakris GL. Hipertensi, Pedoman Klinik Diagnosis & Terapy. 1999 : 13
67. 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.
68. 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)
69. Sunyer FX. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med.* 1993 : 119.
70. 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.
71. Syah, B. Non-communicable Disease Surveillance and Prevention in South-East Asia Region, 2002.
72. 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.
73. The WHO STEPwise approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases 2003. *STEPS Instrument for NCD Risk Factors (Core and expanded Version 1.3.)*
74. Tim survei Depkes RI, Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996, Depkes RI, Jakarta;1997,
75. 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.*
76. Univ. Cape town, Department of Haematology. *Haematology: An Aproach to Diagnosis and Management.* Cape town, 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, 2001, *Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) 2001*, Jakarta: Badan Litbangkes.
77. WHO, 1995. *Oral Health Care, Needs of the Community. A Public Health Report.*
78. 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
79. WHO. Auser’s guide to the self reporting questionnaire.Geneva.1994.

80. WHO/SEARO. Surveillance of Major Non-communicable Diseases in South – East Asia Region, Report of an Inter-country Consultation, 2005.
81. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 1999
82. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 2003
83. World Health Organization, 2003, *The World Health Survey Programme*, Geneva.
84. World Health Organization. 2003. The Surf Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current of global data. Geneva: WHO. p.15.
85. 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.
86. http://www.indonesia.go.id/id/index.php?option=com_content&task=view&id=2594&Itemid=1369
87. <http://www.RIAU.go.id/index.php?module=articles&func=display&aid=115>
(Dikirim Oleh: Developer pada 14 September 2006 5:29:15 AM)

LAMPIRAN