

**LAPORAN HASIL
RISET KESEHATAN DASAR
(RISKESDAS)
PROVINSI PAPUA BARAT
TAHUN 2008**

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

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

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

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

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

Instrumen penelitian meliputi:

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

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

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

Kini kami menyadari, telah tersedia data dasar kesehatan yang meliputi seluruh kabupaten/kota di Indonesia meliputi hampir seluruh status dan indikator kesehatan termasuk data biomedis, yang tentu saja amat kaya dengan berbagai informasi di bidang kesehatan. Kami berharap data itu dapat dimanfaatkan oleh siapa saja, termasuk para peneliti yang sedang mengambil pendidikan master dan doktor. Kami memperkirakan akan muncul ratusan doktor dan ribuan master dari data Riskesdas ini. Inilah sebuah

rancangan karya “kejutan” yang membuat kami terkejut sendiri, karena demikian berat, rumit dan hebat kritikan dan apresiasi yang kami terima dari berbagai pihak.

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, wassalamu'alaikum wr. wb.

Jakarta, Desember 2008

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Departemen Kesehatan RI

Dr. Triono Soendoro, PhD

SAMBUTAN

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

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

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

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

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

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

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2008

Menteri Kesehatan Republik Indonesia



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

RINGKASAN EKSEKUTIF

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 adalah survei tingkat nasional yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan RI dengan melibatkan BPS, organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat, untuk menyediakan informasi kesehatan yang berbasis bukti (*evidence-based*) untuk menunjang perencanaan bidang kesehatan Kabupaten/ kota. Riskesdas mencakup sampel yang jauh lebih besar dari survei-survei kesehatan sebelumnya seperti SKRT atau SDKI dan mencakup aspek kesehatan yang lebih luas. Riskesdas 2007 dilaksanakan untuk menjawab pertanyaan tentang status kesehatan masyarakat di tingkat nasional, provinsi dan Kabupaten/kota, faktor-faktor yang melatarbelakanginya dan masalah kesehatan masyarakat yang spesifik di setiap wilayah. Riskesdas 2007 di Provinsi Papua Barat, karena sesuatu dan lain hal baru dapat terlaksana pada bulan 24 Agustus s/d 30 September 2008. Khusus untuk pengukuran gula darah, sampel diambil dari anggota rumah tangga berusia lebih dari 15 tahun yang berjumlah 19.114 orang. Khusus untuk Provinsi Papua Barat, sampel biomedis diambil dari 3 Kabupaten/kota yakni Sorong, Manokwari dan Kaimana

Metodologi

Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat adalah sebuah survei *cross sectional* yang bersifat deskriptif. Desain Riskesdas Provinsi Papua Barat terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Provinsi Papua Barat, secara menyeluruh, akurat dan berorientasi pada kepentingan para pengambil keputusan di berbagai tingkat administratif. Berbagai ukuran *sampling error* termasuk di dalamnya *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.

Sampel Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat di tingkat Kabupaten/kota berasal dari 9 Kabupaten/kota (dari jumlah keseluruhan sebanyak 9 Kabupaten/kota) yang tersebar merata di Provinsi Papua Barat.

Populasi dalam Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok Provinsi Papua Barat. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas 2007 Provinsi Papua Barat.

Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumah tangga berusia lebih dari 1 (satu) tahun yang tinggal di blok sensus dengan klasifikasi perkotaan. Khusus untuk Provinsi Papua Barat, sampel biomedis diambil dari 3 Kabupaten/kota yakni kota Sorong, Manokwari dan Kaimana.

Hasil Studi menunjukkan hal – hal sebagai berikut:

Status Gizi

- Masalah gizi utama pada balita di propinsi Papua Barat adalah gizi akut dan kronis. Prevalensi gizi kurang dan gizi buruk belum mencapai target nasional (20%) dan

MDG 2015 (18,5%). Dari 9 Kabupaten/kota, baru Kabupaten Manokwari dan Kota Sorong yang berhasil mencapai kedua target tersebut.

- Prevalensi balita dengan status gizi pendek dan sangat pendek mencapai 39,4% (angka nasional 36,8%), dan kurus dan sangat kurus mencapai 16,4% (nasional 13,6%).
- Masalah gizi pada orang dewasa (berat badan lebih+obese) terlihat tinggi dengan prevalensi 23,1% kecuali Teluk Wondama, Teluk Bintuni dan Sorong Selatan dibawah 10%. Berdasarkan perhitungan index massa tubuh, prevalensi kurus tampak paling tinggi terjadi pada remaja muda (umur 15-20 tahun) Defisit protein di desa hampir duakali lipat di desa.
- Konsumsi garam cukup iodium di Propinsi Papua Barat rata-rata diatas 90%, kecuali untuk Kota Sorong (74,8%) dan Teluk Bintuni (86,2%).

Kesehatan Ibu dan Anak

- Secara umum anak balita di Provinsi Papua Barat telah mendapatkan imunisasi campak (78,2%) dan BCG (77,5%). Imunisasi lain masih rendah yakni Polio3, DPT3 dan terutama HB3 masih sangat sedikit sebesar 42,5%. Persentase imunisasi lengkap Provinsi Papua Barat sebesar 26,7%, tertinggi di Kabupaten Sorong (63,4%) dan terendah di Kabupaten Teluk Wondama (11,2%). Persentase imunisasi lengkap lebih banyak dua kali pada anak balita laki-laki. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita persentasi imunisasi lebih tinggi.
- Persentase balita yang ditimbang ≥ 4 kali dalam 6 bulan terakhir 42,7% dan masih ada 29,0% balita yang tidak pernah ditimbang dalam 6 bulan terakhir. Fasilitas yang paling banyak dimanfaatkan dalam penimbangan balita adalah Posyandu (81,1%). Kepemilikan KMS dan dapat menunjukkan 31,6% dan masih ada 33,8% balita tidak mempunyai KMS. Cakupan kepemilikan buku KIA masih rendah yaitu 8,2% dan masih ada 82,0% anak balita yang tidak mempunyai buku KIA. Cakupan pemberian kapsul vitamin A kepada ballita 6 – 59 bulan di Papua Barat adalah 61,3%, tertinggi di Sorong Selatan dan terendah di Teluk Wondama. anak umur 6-59 bulan di Provinsi Papua Barat menerima kapsul vitamin A, dan paling banyak umur 12-23 bulan (72,9%).
- Cakupan pemeriksaan kehamilan di Papua Barat mencapai 77,0%. Jenis pelayanan yang paling banyak diterima ibu hamil adalah penimbangan berat badan, sedangkan jenis pelayanan yang paling sedikit diterima ibu hamil adalah pemeriksaan urin. Cakupan pemeriksaan neonatus 0 – 7 hari dan 8 – 28 hari masing-masing sebesar 39,8% dan 26,5%. Sebagian besar (71,0%) ibu hamil melahirkan di rumah dan bidan merupaka penolong persalinan pertama (47,1%).

Penyakit Menular

- Prevalensi penyakit menular melalui vektor di Propinsi Papua Barat didominasi oleh penyakit malaria. Hanya separuh dari mereka yang pernah merasakan gejala malaria menyatakan didiagnosis malaria oleh petugas kesehatan, dan hanya 59% mereka yang mengidap malaria yang minum obat program.
- Prevalensi penyakit yang ditularkan melalui udara yakni saluran pernafasan akut (ISPA) berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 19%, tersebar di seluruh Kabupaten/kota dan pada semua kelompok umur, terutama di usia muda dan lanjut

usia. Prevalensi tuberculosi paru berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 1,03%; tersebar di seluruh Kabupaten, tertinggi pada PNS/Polri/TNI.

- Prevalensi penyakit yang ditularkan melalui makanan dan minuman termasuk tifoid mencapai 0,9%, hepatitis 0,3%, dan diare 6,9%. Prevalensi tifoid tertinggi di Kota Sorong dan tersebar di semua kelompok umur; lebih tinggi di desa, pada laki-laki dengan status sosial (pendidikan dan pekerjaan) yang lebih rendah. Prevalensi diare tertinggi di Kabupaten Sorong Selatan, umumnya diderita yang berusia 1-4 tahun, perempuan, tinggal di desa, berpendidikan rendah. Penderita diare yang terdiagnosis, hanya 45% yang mendapat pengobatan.
- Penyakit hepatitis pada kelompok umur 5-34 tahun dan 55 tahun keatas. Prevalensi lebih tinggi di perdesaan dan pada kelompok petani/nelayan/buruh.

Penyakit Tidak Menular

- Prevalensi penyakit sendi di Provinsi Papua Barat sebesar 28,8% lebih tinggi dari angka nasional (14,0%) dan prevalensi berdasarkan diagnosis nakes adalah 38,2%, angka tertinggi di Kabupaten Sorong Selatan (48,9%) dan terendah di Kabupaten Manokwari (18,4%). Prevalensi lebih tinggi pada wanita, sebaliknya stroke prevalensinya tampak lebih tinggi pada laki-laki.
- Prevalensi gangguan mental emosional relatif tinggi (13,2%) dan tertinggi di Kabupaten Fakfak (20,9%).

Penyakit Mata dan Penyakit Gigi

- Persentase *low vision* di Provinsi Papua Barat berkisar antara 0 (Kabupaten sorong Selatan) sampai 6,2 (Teluk Bintuni), sedangkan persentase kebutaan berkisar 0,2 (Kota Sorong) sampai 2,2 (Teluk Bintuni).
- Cakupan diagnosis rendah, namun persentase katarak (2,4%) sedikit lebih tinggi dibandingkan tingkat nasional (1,8%).
- Sebanyak 23,7% mengalami masalah gigi mulut (gimul). Sebanyak 34,7% nya menerima perawatan dari tenaga medis.

Cedera dan Disabilitas

- Prevalensi tertinggi cedera terdapat pada Kabupaten Sorong Selatan (21,0%) lebih tinggi dari prevalensi cedera propinsi (10,1%).
- Urutan pola penyebab cedera yaitu jatuh, kecelakaan transportasi darat dan terluka benda tajam/tumpul. Persentase jatuh tertinggi di Fakfak (79,8%) lebih besar dari angka propinsi (63,6%). Persentase kecelakaan transportasi darat terbanyak di Sorong Selatan (34,3%) jauh lebih besar dari angka propinsi (22,0%). Persentase terluka benda tajam/tumpul tertinggi di Teluk Bintuni (45,9%) melebihi angka propinsi (21,4%). Penyebab cedera lain yang menonjol terbakar/terkurung asap, tertinggi di Teluk Bintuni (8,2%) melebihi angka propinsi (1,1%).
- Prevalensi cedera secara total (dengan berbagai sebab) adalah 10,1%.
- Persentase yang mengalami cedera di beberapa bagian tubuh (*multiple injury*) menurut ICD yakni bagian lutut dan tungkai bawah 27,6% (Fakfak 37,4%), bagian pergelangan tangan dan tangan 19,7% (Manokwari, 25,6%), kepala 18,0% (Sorong Selatan, 37,9%), siku/lengan bawah 14,6% (Teluk Bintuni).

- Disabilitas pada penduduk umur 15 tahun ke atas yang bermasalah agak menonjol adalah dalam hal melihat jarak dekat (30 cm), melihat jarak jauh (20 m), kesulitan berjalan jauh (1 km), nafas pendek setelah latihan ringan, kesulitan berdiri selama 30 menit, berperan di kegiatan kemasyarakatan, mengalami gangguan tidur, dan kesulitan memusatkan pikiran 10 menit.
- Status disabilitas dengan kriteria “Sangat bermasalah” adalah sebesar 4,5% dan “Bermasalah” 24,3%. lebih rendah dari angka nasional (1,8% dan 19,5%). Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat di Kota Sorong (8,3%), terendah adalah Teluk Bintuni (0.9%).

Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Perilaku merokok

- Persentase penduduk merokok tiap hari tinggi pada kelompok umur produktif (25-64 tahun), dengan rentang rerata 25,1% - 29,8%. Persentase tertinggi pada penduduk tamat SMA (23,7 %). Sebanyak 45,8% laki-laki umur 10 tahun ke atas perokok tiap hari, di perdesaan sedikit lebih tinggi dari perkotaan.
- Persentase usia mulai merokok tiap hari terutama pada umur 15-19 tahun (33,4%), sebanyak 1,4% pada usia (5-9 tahun), Sorong menduduki tempat tertinggi (2,0%), 20 kali lebih besar dari angka nasional (0,1%).
- Angka provinsi menunjukkan 87,4% perokok merokok di dalam rumah. Jenis rokok yang diminati kretek dengan filter.

Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur

- Penduduk umur 10 tahun ke atas kurang konsumsi buah dan sayur sebesar 91,4 %, paling banyak pada umur 75 tahun ke atas. Konsumsi buah dan sayur paling rendah terdapat di Kabupaten Kaimana (87,6%), di bawah rata-rata nasional (93,6%).

Perilaku Alkohol

- Prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir rata-rata 8,1%, tertinggi di Kaimana (1,6 %), sedangkan prevalensi untuk yang konsumsi alkohol 1 bulan terakhir tertinggi di Kota Sorong (8,2 %) , terendah di Fakfak (1,2 %). Angka-angka ini jauh di atas rata-rata nasional (4,6%).
- Semua Kabupaten dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam 12 bulan dan 1 bulan terakhir di atas angka nasional, kecuali Fakfak.

Perilaku Aktifitas Fisik

- Separuh penduduk Provinsi Papua Barat (50,4%) kurang aktivitas fisik, paling banyak pada perempuan dan kelompok 75 tahun ke atas. Kurang aktivitas fisik paling tinggi di Kabupaten Raja Ampat (70,1%).

Pengetahuan dan Sikap tentang Flu Burung

- Lebih rendah dari angka nasional (64,7%), separoh (52,1%) dari penduduk Provinsi Papua Barat pernah mendengar flu burung, di antaranya 69,0% mengetahui dengan benar dan 84,2% memiliki sikap yang benar.
- Kelompok umur 15-24 tahun merupakan kelompok tertinggi untuk kategori pernah mendengar, namun berpengetahuan benar umur 10-14 tahun (72,4%) dan bersikap benar umur 75 tahun atau lebih (93,0%).

Pengetahuan dan Sikap tentang HIV/AIDS

- Persentase pernah mendengar tentang HIV/AIDS sebesar 56,3% di antaranya berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS 53,4% lebih tinggi dari angka nasional (49,3%). Kota Sorong mempunyai persentase tertinggi (79,0%), sedangkan persentase tertinggi berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS Kabupaten Sorong (69,1%).
- Penduduk yang bersikap merahasiakan dan mengucilkan apabila ada ART yang menderita HIV/AIDS sebesar 48,2% (masing-masing 37,3% dan 10,9%), melakukan konseling dan pengobatan (75,2%).

Perilaku Higienis

- Lebih dari separoh (68,3%) berperilaku benar dalam hal BAB namun hanya 38,5% yang berperilaku cuci tangan benar. Ada tiga Kabupaten yang perilaku BAB benarnya rendah. Pencapaian buang air besar rendah di jamban di Kaimana (49,9%).
- Dari segi pekerjaan, petani/buruh/ nelayan memiliki persentase perilaku baik BAB dan cuci tangan terendah (50,5% dan 29,8%). Tidak tampak perbedaan menurut kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan, maupun pekerjaan.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

- Penduduk Papua Barat yang telah memenuhi kriteria PHBS baik dengan 33,0% lebih rendah dari angka nasional (38,7%).

Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

- Sebanyak 93,38% RT di Papua Barat berada kurang atau sama dengan 5 km dari sarana pelayanan kesehatan namun ada berjarak lebih dari 5 km, tertinggi Kabupaten Raja Ampat.
- Dari segi Waktu tempuh ke sarana *pelayanan kesehatan* nampak bahwa 60,7% penduduk dapat mencapai ke fasilitas pelayanan kesehatan kurang dari atau sama dengan 15 menit, dan sekitar 13% yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai fasilitas kesehatan.
- Sebanyak 33,6% rumah tangga telah memanfaatkan UKBM, tertinggi di Raja Ampat (59,36%) dan terendah di Kab. Manokwari (24,88%).
- Pemanfaatan posyandu/poskesdes oleh RT paling banyak pada kuantil 3 (39,05%), terendah ada pada kuantil 5 (21,70%).

- Dalam tiga bulan terakhir, di Provinsi Papua Barat jenis pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga adalah penimbangan (95,6%) dan imunisasi (72,8%), sedangkan konsultasi risiko penyakit (17,0%) dan pelayanan KB (29,5%).
- Hampir separuh rumah tangga (49,6%) tidak memanfaatkan pelayanan di posyandu/poskesdes karena dianggap tidak lengkap, merupakan persentase terendah di Indonesia. Alasan 'tidak ada posyandu/poskesdes' merupakan persentase tertinggi nasional.
- Hanya 10,79% rumah tangga dalam tiga bulan terakhir memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dengan alasan utama tidak membutuhkan (34,90%).
- Persentase rumah tangga yang memanfaatkan POD/WOD (pos/warung obat desa) tertinggi di Kabupaten Manokwari (18,7%) dan terendah di Kota Sorong (1,6%).
- Sebagian besar Kabupaten/kota menggunakan tempat berobat rawat inap di RS pemerintah (5,1%), Puskesmas (2,4%) dan RS Swasta (1,9%).
- Dalam pembiayaan rawat inap persentase sumber masih didominasi dengan biaya pasien sendiri.
- Pemanfaatan askes/jamsostek sebagai sumber pembiayaan rawat inap paling banyak dimanfaatkan masyarakat perkotaan yang tertinggi di Kabupaten Teluk Wondama (33,3%). Sedangkan pemanfaatan Askeskin untuk rawat inap tertinggi di Kabupaten Fak-fak (43,1%).
- Persentase sumber pembiayaan rawat jalan dengan biaya sendiri tertinggi di Kab. Sorong (69,2%). Pemanfaatan askes/jamsostek paling banyak di Raja Ampat (55%), Sedangkan Askeskin tertinggi di Kaimana (72,3%).
- Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap menurut Kabupaten/kota tidak terlampaui banyak variasi. Semua aspek penilaian ketanggapan menunjukkan bahwa sebagian besar ($\geq 74\%$) menyatakan responden menyatakan ketanggapan pelayanan baik dari sisi waktu tunggu, keramahan petugas, kejelasan informasi, kebersihan ruangan rawat inap atau kemudahan dikunjungi.

Kesehatan Lingkungan

Air bersih

- Masih terdapat 11,0% rumah tangga yang pemakaiannya air bersihnya masih rendah (1,2% tidak akses dan 9,8% akses kurang), berarti mempunyai risiko tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan/penyakit khususnya "water borne diseases". Persentase terbesar (43,7%) rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), selanjutnya hanya 14,7% akses optimal lebih rendah dari angka nasional, (34,5% akses optimal).
- Sebanyak 9,2% rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer dua kali melebihi angka nasional (4,5%). Kabupaten dengan persentase jarak ke sumber air lebih dari 1 kilometer terbesar adalah Teluk Bintuni (43,0%).
- Dilihat dari ketersediaan air bersih dalam satu tahun, ada 68,3% rumah tangga yang air bersihnya tersedia sepanjang waktu, namun masih di bawah angka nasional (73,6%) .
- Terdapat Rumah tangga yang mempunyai beban untuk mengambil air keperluan rumah tangga anak-anak 2,7% dan perempuan 26,1%.

- Persentase rumah tangga dengan air minum berkualitas fisik baik sebesar 79,5%. Ada 5 Kabupaten yang persentase kualitas fisik air minumnya di bawah rerata provinsi, terendah adalah Teluk Bintuni (50,9%).
- Masih banyak rumah tangga yang menggunakan air minum dari sumber tidak terlindung (sumur tidak terlindung 7,5% mata air tidak terlindung 8,5%; air sungai 10,1%, air hujan (10,8%) dan lainnya (0,5%).
- Air minum sebelum digunakan terlebih dulu dimasak 94,1% melebihi angka nasional (91,2%). Terdapat 10,6% yang mengolah dengan penyaringan.
- Hanya separoh (51,1%) yang mempunyai akses baik terhadap air bersih, lebih kecil dari angka nasional (62,4%). Ada 5 Kabupaten dengan persentase akses baik terhadap air bersih di bawah rerata provinsi, terendah Teluk Bintuni (20,8%).

Fasilitas buang air besar

- Rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri sebesar 43,3% jauh di bawah angka nasional (60,0%), terendah di Kabupaten Raja Ampat (11,9%). Persentase yang menggunakan jamban sendiri di perkotaan dua kali lebih tinggi (63,0%) dibandingkan dengan di perdesaan 32,4% jauh di bawah angka nasional (50,7%).
- Akses baik terhadap sanitasi hanya 25,5% jauh di bawah angka nasional (46,0%). Akses baik terhadap sanitasi tiga kali lebih tinggi di perkotaan (45,1%), dari pada perdesaan (15,0%).
- Persentase rumah tangga dengan tempat pembuangan akhir tinja saniter menggunakan tangki/SPAL hanya 39,2%, lebih rendah dari angka nasional (49,3%), sisanya dibuang ke sungai/laut (21,1%), lobang tanah (18,4%), kolam/sawah, dan pantai/tanah.

Sarana pembuangan air limbah

- Separoh (57,0%) rumah tangga yang menggunakan SPAL di rumahnya, baik SPAL jenis tertutup maupun terbuka. Persentase ini jauh di bawah angka nasional (75,1%).

Pembuangan sampah

- Di Provinsi Papua Barat terdapat 22,2% rumah tangga (8,9% dan 13,3%) yang memiliki tempat sampah di dalam rumah dan 25,7% rumah tangga memiliki tempat sampah di luar rumah. Persentase ini masih di bawah angka nasional (27,1% di dalam rumah dan 49,8% di luar rumah).

Perumahan

- Terdapat 11,4% rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan 40,8% dengan tingkat hunian padat, angka nasional 13,8% rumah tangga dengan lantai rumah tanah. Angka hunian hampir tiga kali lipat di atas angka nasional (15,1%), tertinggi di Kabupaten Teluk Wondama (61,9%).

Pemeliharaan Ternak

- Sebagian besar (66,1%) masyarakat Papua Barat masih memelihara ternak di dalam rumah termasuk ternak unggas (3,7%), ternak sedang (1,5%) ; dan anjing/kucing/kelinci (11,5%). Persentase ini jauh di atas angka nasional (39,4%). Dari keterangan di atas ternak merupakan barang yang sangat berharga.

RINGKASAN HASIL

Status Gizi

- Masalah gizi utama pada balita di propinsi Papua Barat adalah gizi akut dan kronis. Prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di Propinsi Papua Barat belum mencapai target **nasional (20%) dan MDG 2015 (18,5%)**. **Dari 9 Kabupaten/kota, baru Kabupaten** Manokwari dan Kota Sorong yang berhasil mencapai kedua target tersebut.
- Prevalensi balita dengan status gizi pendek dan sangat pendek mencapai 39,4% (angka nasional 36,5%), dan kurus dan sangat kurus mencapai 16,4% (nasional 10%).
- Masalah gizi pada orang dewasa (berat badan lebih+obese) di Provinsi Papua Barat sudah terlihat tinggi dengan prevalensi 23,1% kecuali Teluk Wondama, Teluk Bintuni dan Sorong Selatan dibawah 10%. Berdasarkan perhitungan index massa tubuh, prevalensi kurus tampak paling tinggi terjadi pada remaja muda (umur 15-20 tahun) Defisit protein di desa hampir duakali lipat di desa.
- Konsumsi garam cukup iodium di Propinsi Papua Barat rata-rata diatas 90%, kecuali untuk Kota Sorong (74,8%) dan Teluk Bintuni (86,2%).

Kesehatan Ibu dan Anak

- Persentase Imunisasi lengkap Provinsi Papua Barat sebesar 26,7%, tertinggi di Kabupaten Sorong (63,4%) dan terendah di Kabupaten Teluk Wondama (11,2%). Persentase Imunisasi lengkap lebih banyak dua kali pada anak balita laki-laki . Di 3 Kabupaten masih terdapat persentase tinggi anak balita yang sama sekali tidak pernah mendapat imunisasi yakni Kaimana , Teluk Bintuni dan Raja Ampat (melebihi angka provinsi (11,8%).
- Umum (70,9%) balita di Provinsi Papua Barat mengikuti program penimbangan, paling banyak di Kabupaten Sorong. Semakin tinggi pendidikan dan tingkat pengeluaran per kapita semakin besar persentase balita yang mengikuti penimbangan.
- Lebih dari separoh (61,3%) anak umur 6-59 bulan di Provinsi Papua Barat menerima kapsul vitamin A, dan paling banyak umur 12-23 bulan (72,9%).
- Pelayanan kesehatan ibu umumnya lebih banyak dilakukan di kota, jenis pelayanan yang paling jarang pemeriksaan urine dan pengukuran tinggi badan.
- Sebanyak 66,5% ibu melakukan pemeriksaan neonatus di Provinsi Papua Barat.
- Bidan merupakan tenaga utama (45,0%-50,2%) penolong pertama maupun penolong terakhir persalinan ibu hamil, disusul famili/keluarga (22,1%) dan dukun bersalin (21,5%), tenaga kesehatan dan tenaga lainnya.
- Tempat persalinan utama (71,0%) ibu hamil di Provinsi Papua Barat dilakukan di rumah disusul rumah sakit dan puskesmas/pustu. terutama di Kabupaten Raja Ampat, Teluk Bintuni dan Teluk Wondama. Makin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran per kapita makin besar persentase tempat persalinan ibu hamil di RS Pemerintah.
- Sebagian kecil (21,1%) ibu hamil di Provinsi Papua Barat tidak melakukan antenatal care (ANC), hampir separuh melakukan ANC < 4 kali. Persentase ibu hamil tidak pernah ANC lebih besar pada kelompok kuintil 1 (39,2%).

Penyakit Menular

- Prevalensi penyakit menular melalui vektor di Propinsi Papua Barat didominasi oleh penyakit malaria. Hanya separuh dari mereka yang pernah merasakan gejala malaria menyatakan didiagnosis malaria oleh petugas kesehatan, dan hanya 59% mereka yang mengidap malaria yang minum obat program.
- Prevalensi penyakit melalui udara yakni saluran pernafasan akut (ISPA) berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 19%. Prevalensi ini tersebar di seluruh Kabupaten/kota dan pada semua kelompok umur, terutama di usia muda dan lanjut usia. Prevalensi di wilayah desa dua kali lipat dibandingkan di kota
- Prevalensi penyakit pneumonia di Propinsi Papua Barat mencapai 2% dengan sebaran dan karakteristik yang mirip dengan penyakit ISPA.
- Prevalensi tuberculoses paru berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 1,03%; tersebar di seluruh Kabupaten dan tertinggi di Kabupaten Sorong Selatan. Prevalensi tertinggi terjadi pada mereka yang memiliki pekerjaan tetap (PNS/Polri/TNI).
- Prevalensi campak mencapai 1,1%, tertinggi di Kabupaten Sorong, lebih tinggi di desa dan pada status ekonomi yang lebih rendah.
- Prevalensi melalui makan dan minuman termasuk tifoid di propinsi Papua Barat mencapai 0,9%, hepatitis 0,3%, dan diare 6,9%. Prevalensi tifoid tertinggi di Kota Sorong dan tersebar di semua kelompok umur; lebih tinggi di desa, pada laki-laki dengan status sosial (pendidikan dan pekerjaan) yang lebih rendah.
- Penyakit hepatitis pada kelompok umur 5-34 tahun dan 55 tahun keatas. Prevalensi lebih tinggi di desa dan pada kelompok petani/nelayan/buruh. Prevalensi penyakit diare tertinggi di Kabupaten Sorong Selatan, umumnya diderita oleh mereka yang berusia 1-4 tahun, perempuan, tinggal di desa dengan pendidikan rendah. Dari yang terdiagnosis menderita penyakit diare, hanya 45% yang mendapat pengobatan.

Penyakit Tidak Menular

- Prevalensi penyakit sendi di Provinsi Papua Barat sebesar 28,8% lebih tinggi dari angka nasional (14,0%) dan prevalensi berdasarkan diagnosis nakes adalah 38,2%, angka tertinggi di Kabupaten Sorong Selatan (48,9%) dan terendah di Kabupaten Manokwari (18,4%). Prevalensi lebih tinggi pada wanita, sebaliknya stroke prevalensinya tampak lebih tinggi pada laki-laki.
- Prevalensi gangguan mental emosional di Propinsi Papua Barat relatif tinggi (13,2%) dan tertinggi di Kabupaten Fakfak (20,9%).

Penyakit Mata dan Penyakit Gigi

- Persentase *low vision* di Provinsi Papua Barat berkisar antara 0 (Kabupaten sorong Selatan) sampai 6,2 (Teluk Bintuni), sedangkan persentase kebutaan berkisar 0,2 (Kota Sorong) sampai 2,2 (Teluk Bintuni).
- Cakupan diagnosis rendah, namun persentase katarak di Provinsi Papua Barat (2,4%) sedikit lebih tinggi dibandingkan tingkat nasional (1,8%).
- Sebanyak 23,7% penduduk Papua Barat mengalami masalah gigi mulut (gimul). Sebanyak 34,7% nya menerima perawatan dari tenaga medis. Masalah gigi mulut

lebih banyak pada penduduk perkotaan, namun yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi lebih banyak di desa.

Cedera dan Disabilitas

- Prevalensi tertinggi cedera di provinsi Papua Barat, terdapat pada Kabupaten Sorong Selatan (21,0%) lebih tinggi dari prevalensi cedera propinsi (10,1%) sedangkan yang terendah terdapat di Kabupaten Teluk Bintuni (2,3%).
- Urutan pola penyebab cedera yaitu jatuh, kecelakaan transportasi darat dan terluka benda tajam/tumpul. Persentase jatuh tertinggi di Fakfak (79,8%) lebih besar dari angka propinsi (63,6%). Persentase kecelakaan transportasi darat terbanyak di Sorong Selatan (34,3%) jauh lebih besar dari angka propinsi (22,0%). Persentase terluka benda tajam/tumpul tertinggi di Teluk Bintuni (45,9%) melebihi angka propinsi (21,4%). Penyebab cedera lain yang menonjol terbakar/terkurung asap, tertinggi di Teluk Bintuni (8,2%) melebihi angka propinsi (1,1%).
- Prevalensi cedera secara total (dengan berbagai sebab) diprovinsi Papua Barat adalah 10,1%. Cedera lebih banyak pada laki-laki (12,0%) dari perempuan (8,3%).
- Persentase di Provinsi Papua Barat yang mengalami cedera di beberapa bagian tubuh (*multiple injury*) menurut ICD yakni bagian lutut dan tungkai bawah 27,6% (Fakfak 37,4%), bagian pergelangan tangan dan tangan 19,7% (Manokwari, 25,6%), kepala 18,0% (Sorong Selatan, 37,9%), siku/lengan bawah 14,6% (Teluk Bintuni).
- Disabilitas pada penduduk umur 15 tahun ke atas yang bermasalah agak menonjol adalah dalam hal melihat jarak dekat (30 cm), melihat jarak jauh (20 m), kesulitan berjalan jauh (1 km), nafas pendek setelah latihan ringan, kesulitan berdiri selama 30 menit, berperan di kegiatan kemasyarakatan, mengalami gangguan tidur, dan kesulitan memusatkan pikiran 10 menit.
- Status disabilitas dengan kriteria “Sangat bermasalah” di Provinsi Papua Barat adalah sebesar 4,5% dan “Bermasalah” 24,3%. lebih rendah dari angka nasional (1,8% dan 19,5%). Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat di Kota Sorong (8,3%), terendah adalah Teluk Bintuni (0,9%).

Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Perilaku merokok

- Persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok tiap hari 19,5%. Persentase tertinggi di Kabupaten Teluk Bintuni (28,6%).
- Persentase penduduk merokok tiap hari tinggi pada kelompok umur produktif (25-64 tahun), dengan rentang rerata 25,1% sampai 29,8%. Persentase tertinggi pada penduduk tamat SMA (23,7 %), disusul tidak sekolah (22,9%). Hampir separuh (45,8%) penduduk laki-laki umur 10 tahun ke atas perokok tiap hari, di perdesaan sedikit lebih tinggi dari perkotaan.
- Prevalensi perokok saat ini dengan rerata jumlah rokok yang diisap paling tinggi di Kabupaten Sorong Selatan (12,5 batang/hari).
- Persentase usia mulai merokok tiap hari umur 15-19 tahun menduduki tempat tertinggi, yaitu 33,4%, bahkan 1,4% pada usia (5-9 tahun), Sorong menduduki tempat tertinggi (2,0%), 20 kali lebih besar dari angka nasional (0,1%).
- Angka provinsi menunjukkan 87,4% perokok merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain.

- Umumnya jenis rokok yang diminati kretek dengan filter, kecuali umur 55 tahun. Penggunaan tembakau kunyah pada perempuan 10 kali lebih banyak dibandingkan laki-laki

Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur

- Penduduk dikategorikan ‘cukup’ konsumsi sayur dan buah apabila makan sayur dan/atau buah minimal 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu. Data provinsi menggambarkan , penduduk umur 10 tahun ke atas kurang konsumsi buah dan sayur sebesar 91,4 %. Konsumsi buah dan sayur paling rendah terdapat di Kabupaten Kaimana (87,6%), di bawah rata-rata nasional (93,6%),
- Kelompok umur yang paling kurang konsumsi buah dan sayur adalah 75 tahun ke atas (95,3%). Sementara berdasarkan pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah konsumsi buah dan sayur.

Perilaku Alkohol

- Prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir rata-rata di Provinsi Papua 8,1%, tertinggi di Kaimana (1,6 %), sedangkan prevalensi untuk yang konsumsi alkohol 1 bulan terakhir tertinggi di Kota Sorong (8,2 %) , terendah di Fakfak (1,2 %). Angka-angka ini jauh di atas rata-rata nasional (4,6%).
- Semua Kabupaten dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam 12 bulan dan 1 bulan terakhir di atas angka nasional, kecuali Fakfak.
- Prevalensi peminum alkohol 1 bulan terakhir pada laki-laki (10,2%) jauh lebih tinggi dibandingkan perempuan (0,3%).

Perilaku Aktifitas Fisik

- Aktivitas fisik dikategorikan ‘cukup’ apabila kegiatan dilakukan terus-menerus sekurangnya 10 menit dalam satu kegiatan tanpa henti dan secara kumulatif 150 menit selama lima hari dalam satu minggu. Separuh penduduk Provinsi Papua Barat (50,4%) kurang aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi di Kabupaten Raja Ampat (70,1%).
- Kurang aktivitas fisik paling tinggi pada kelompok 75 tahun ke atas (71,6%) dan umur 10-14 tahun (74,7%). Persentase kurang aktivitas fisik perempuan lebih tinggi (55,0%) dari laki-laki (45,2%). Semakin tinggi pendidikan semakin tinggi prevalensi kurang aktivitas fisik dan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan semakin meningkat prevalensi kurang aktivitas fisik.

Pengetahuan dan Sikap tentang Flu Burung

- Lebih rendah dari angka nasional (64,7%), separoh (52,1%) dari penduduk Provinsi Papua Barat pernah mendengar flu burung, di antaranya 69,0% mengetahui dengan benar dan 84,2% memiliki sikap yang benar.
- Empat Kabupaten yang penduduknya kurang mendengar tentang flu burung sedangkan Kabupaten yang penduduknya mempunyai pengetahuan yang baik tentang flu burung tertinggi di Kabupaten Sorong (89,8%) dan yang sikapnya terbaik Kabupaten Sorong (93,2%).

- Kelompok umur 15-24 tahun merupakan kelompok tertinggi untuk kategori pernah mendengar, namun berpengetahuan benar umur 10-14 tahun (72,4%) dan bersikap benar umur 75 tahun atau lebih (93,0%).

Pengetahuan dan Sikap tentang HIV/AIDS

- Persentase pernah mendengar tentang HIV/AIDS sebesar 56,3% di antaranya berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS 53,4% lebih tinggi dari angka nasional (49,3%). Kota Sorong mempunyai persentase tertinggi (79.0%), sedangkan persentase tertinggi berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS Kabupaten Sorong (69.1%).
- Penduduk berumur ≥ 10 tahun yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS terendah kelompok usia 65 - 74 tahun sedangkan yang berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS persentase tertinggi (58.7%) berusia 15-24 tahun. Persentase berbeda tipis antara laki-laki dan perempuan (59,3 % dan 53,7%).
- Semakin tinggi jenjang pendidikan responden semakin banyak yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS serta berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS.
- Penduduk Papua Barat yang bersikap merahasiakan dan mengucilkan apabila ada ART yang menderita HIV/AIDS sebesar 48,2% (masing-masing 37,3% dan 10,9%), melakukan konseling dan pengobatan (75,2%).

Perilaku Higienis

- Perilaku higienis meliputi kebiasaan/perilaku buang air besar (BAB) di jamban dan perilaku mencuci tangan yang benar (mencuci tangan dengan sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar, setelah menceboki bayi/anak, dan setelah memegang unggas/binatang).
- Lebih dari separoh (68,3%) penduduk Provinsi Papua Barat berperilaku benar dalam hal BAB namun hanya 38,5% yang berperilaku cuci tangan benar. Ada tiga Kabupaten yang perilaku BAB benarnya rendah. Pencapaian buang air besar rendah di jamban di Kaimana (49,9%).
- Persentase perempuan yang berperilaku benar dalam BAB dan cuci tangan lebih tinggi dari laki-laki. Semakin tinggi pendidikan, atau tingkat pengeluaran rumah tangga, akan semakin tinggi persentase perilaku baik dalam BAB dan cuci tangan.
- Dari segi pekerjaan, petani/buruh/ nelayan memiliki persentase perilaku baik BAB dan cuci tangan terendah (50,5% dan 29,8%). Tidak tampak perbedaan menurut kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan, maupun pekerjaan.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

- Penduduk Papua Barat yang telah memenuhi kriteria PHBS baik dengan 33,0% lebih rendah dari angka nasional (38,7%).

Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

- Sebanyak 93,38% RT di Papua Barat berada kurang atau sama dengan 5 km dari sarana pelayanan kesehatan namun ada berjarak lebih dari 5 km, tertinggi Kabupaten Raja Ampat.
- Dari segi *Waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan* nampak bahwa 60,7% penduduk dapat mencapai ke fasilitas pelayanan kesehatan kurang dari atau sama dengan 15 menit, dan sekitar 13% yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai fasilitas kesehatan.
- Sebanyak 33,6% rumah tangga telah memanfaatkan UKBM, tertinggi di Raja Ampat (59,36%) dan terendah di Kab. Manokwari (24,88%).
- Sebanyak 55,2% rumah tangga menyatakan tidak membutuhkan pelayanan UKBM karena berbagai alasan, seperti tidak ada anggota rumah tangga (ART) yang sakit, tidak ada yang hamil atau tidak mempunyai bayi/balita.
- Pemanfaatan posyandu/poskesdes oleh RT paling banyak pada kuantil 3 (39,05%), terendah ada pada kuantil 5 (21,70%).
- Dalam tiga bulan terakhir, di Provinsi Papua Barat jenis pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga adalah penimbangan (95,6%) dan imunisasi (72,8%), sedangkan konsultasi risiko penyakit (17,0%) dan pelayanan KB (29,5%).
- Menurut tipe daerah, perdesaan mendapat layanan posyandu/poskesdes lebih tinggi dari perkotaan termasuk pengobatan (52,3% dan 36,36%), pemberian makanan tambahan atau PMT.
- Hampir separuh rumah tangga (49,6%) tidak memanfaatkan pelayanan di posyandu/poskesdes karena dianggap tidak lengkap, merupakan persentase terendah di Indonesia. Alasan 'tidak ada posyandu/poskesdes' merupakan persentase tertinggi nasional.
- Hanya 10,79% rumah tangga dalam tiga bulan terakhir memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dengan alasan tidak membutuhkan (34,90%) dan alasan lain (31,8%).
- Jenis pelayanan polindes/bidan di desa yang paling banyak dimanfaatkan adalah pengobatan (59,55%) dan pelayanan KIA. Pelayanan pengobatan tertinggi di Kabupaten Raja Ampat (86,16%).
- Alasan ketidakhadanya polindes/bidan di Propinsi Papua Barat baik di perkotaan maupun di pedesaan cukup tinggi melebihi 60%.
- Persentase rumah tangga yang memanfaatkan POD/WOD (pos/warung obat desa) tertinggi di Kabupaten Manokwari (18,7%) dan terendah di Kota Sorong (1,6%).
- Rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD Papua Barat (90,1%) dengan alasan utama tidak ada POD/WOD, sedangkan alasan 'letak jauh' tertinggi di Kabupaten Manokwari (8,8%).
- Sebagian besar Kabupaten/kota menggunakan tempat berobat rawat inap di RS pemerintah (5,1%), Puskesmas (2,4%) dan RS Swasta (1,9%).
- Ada kecenderungan makin meningkat status ekonomi, makin meningkat pula pemanfaatan rawat inap baik di RS pemerintah maupun RS Swasta.
- Dalam pembiayaan rawat inap persentase sumber masih didominasi dengan biaya pasien sendiri.

- Pemanfaatan askes/jamsostek sebagai sumber pembiayaan rawat inap paling banyak dimanfaatkan masyarakat perkotaan yang tertinggi di Kabupaten Teluk Wondama (33,3%). Sedangkan pemanfaatan Askeskin untuk rawat inap tertinggi di Kabupaten Fak-fak (43,1%).
- Semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak perawatan inap yang dibiayai Askes/Jamsostek dan semakin rendah tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan Askeskin/SKTM dan Dana Sehat. Namun apabila dicermati masih ada sekitar masyarakat yang mampu secara ekonomi (kuintil 5 dan 4) masih menggunakan Askeskin/SKTM.
- Persentase sumber pembiayaan rawat jalan dengan biaya sendiri tertinggi di Kab. Sorong (69,2%). Pemanfaatan askes/jamsostek paling banyak di Raja Ampat (55%), Sedangkan Askeskin tertinggi di Kaimana (72,3%).
- Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap menurut Kabupaten/kota tidak terlampaui banyak variasi. Semua aspek penilaian ketanggapan menunjukkan bahwa sebagian besar ($\geq 74\%$) menyatakan responden menyatakan ketanggapan pelayanan baik dari sisi waktu tunggu, keramahan petugas, kejelasan informasi, kebersihan ruangan rawat inap atau kemudahan dikunjungi.

Kesehatan Lingkungan

Air bersih

- Menurut WHO klasifikasi rerata dasar ke atas adalah '20-49,9 liter/orang/hari', '50-99,9 liter/orang/hari' dan ' ≥ 100 liter/orang/hari' masing-masing akses dasar, akses menengah, dan akses optimal. Akses di bawahnya (' < 5 -19,9 liter/orang/hari') mempunyai risiko tinggi terhadap kesehatan masyarakat.
- Masih terdapat 11,0% rumah tangga yang pemakaiannya air bersihnya masih rendah (1,2% tidak akses dan 9,8% akses kurang), berarti mempunyai risiko tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan/penyakit khususnya "water borne diseases". Persentase terbesar (43,7%) rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), selanjutnya hanya 14,7% akses optimal lebih rendah dari angka nasional, (34,5% akses optimal).
- Sebanyak 6,6% melebihi angka nasional (2,3%) rumah tangga memerlukan rerata waktu tempuh ke sumber air lebih dari 30 menit. Ada 4 Kabupaten dengan persentase di atas 6,6%, tertinggi Kabupaten Teluk Bintuni (20,3%).
- Sebanyak 9,2% rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer dua kali melebihi angka nasional (4,5%). Kabupaten dengan persentase jarak ke sumber air lebih dari 1 kilometer terbesar adalah Teluk Bintuni (43,0%).
- Dilihat dari ketersediaan air bersih dalam satu tahun, ada 68,3% rumah tangga yang air bersihnya tersedia sepanjang waktu, namun masih di bawah angka nasional (73,6%) Terdapat 4 Kabupaten dengan persentase ketersediaan air bersih sepanjang tahun lebih kecil dari 68,3%.
- Terdapat Rumah tangga yang mempunyai beban untuk mengambil air keperluan rumah tangga anak-anak 2,7% dan perempuan 26,1%; namun semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin rendah persentase perempuan dan anak-anak yang bertugas mengambil air bersih untuk keperluan rumah tangga.

- Persentase rumah tangga dengan air minum berkualitas fisik baik sebesar 79,5%. Ada 5 Kabupaten yang persentase kualitas fisik air minumnya di bawah rerata provinsi, terendah adalah Teluk Bintuni (50,9%). Persentase kualitas fisik baik air minum, lebih tinggi perdesaan (80,3%) dari pada di perkotaan, kecuali dalam hal bau, warna, dan rasa.
- Masih banyak rumah tangga yang menggunakan air minum dari sumber tidak terlindung (sumur tidak terlindung 7,5% mata air tidak terlindung 8,5%; air sungai 10,1%, air hujan (10,8%) dan lainnya 0,5%). Penggunaan air kemasan di rumah tangga cukup tinggi (9,5%), dan ledeng eceran (16,4%). Khusus air harus agar diwaspadai penampungannya supaya tidak menjadi tempat perindukan nyamuk vektor penyakit.
- Tempat penampungan air di rumah tangga sebagian besar menggunakan wadah tertutup (67,4%) sedikit lebih kecil dari angka nasional (69,9%) dan tidak menggunakan penampungan ada 12,1%.
- Air minum sebelum digunakan terlebih dulu dimasak 94,1% melebihi angka nasional (91,2%). Terdapat 10,6% yang mengolah dengan penyaringan.
- Hanya separoh (51,1%) yang mempunyai akses baik terhadap air bersih, lebih kecil dari angka nasional (62,4%). Ada 5 Kabupaten dengan persentase akses baik terhadap air bersih di bawah rerata provinsi, terendah Teluk Bintuni (20,8%).

Fasilitas buang air besar

- Rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri sebesar 43,3% jauh di bawah angka nasional (60,0%), terendah di Kabupaten Raja Ampat (11,9%). Persentase yang menggunakan jamban sendiri di perkotaan dua kali lebih tinggi (63,0%) dibandingkan dengan di perdesaan 32,4% jauh di bawah angka nasional (50,7%).
- Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, secara tajam menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi persentase yang menggunakan jamban sendiri. Kabupaten dengan cakupan jamban saniter terendah di Teluk Wondama (11,9%).
- Akses baik terhadap sanitasi hanya 25,5% jauh di bawah angka nasional (46,0%). Akses baik terhadap sanitasi tiga kali lebih tinggi di perkotaan (45,1%), dari pada perdesaan (15,0%).
- Persentase rumah tangga dengan tempat pembuangan akhir tinja saniter menggunakan tangki/SPAL hanya 39,2%, lebih rendah dari angka nasional (49,3%), sisanya dibuang ke sungai/laut (21,1%), lobang tanah (18,4%), kolam/sawah, dan pantai/tanah.

Sarana pembuangan air limbah

- Separoh (57,0%) di Papua Barat rumah tangga yang menggunakan SPAL di rumahnya, baik SPAL jenis tertutup maupun terbuka. Persentase ini jauh di bawah angka nasional (75,1%). Di daerah perdesaan, persentase rumah tangga yang tidak menggunakan SPAL hampir tiga kali lipat (55,3%) dibandingkan dengan di perkotaan (21,4%).

Pembuangan sampah

- Di Provinsi Papua Barat terdapat 22,2% rumah tangga (8,9% dan 13,3%) yang memiliki tempat sampah di dalam rumah dan 25,7% rumah tangga memiliki tempat sampah di luar rumah. Persentase ini masih di bawah angka nasional (27,1% di dalam rumah dan 49,8% di luar rumah).

Perumahan

- Terdapat 11,4% rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan 40,8% dengan tingkat hunian padat, angka nasional 13,8% rumah tangga dengan lantai rumah tanah. Angka hunian hampir tiga kali lipat di atas angka nasional (15,1%), tertinggi di Kabupaten Teluk Wondama (61,9%).

Pemeliharaan Ternak

- Sebagian besar (66,1%) masyarakat Papua Barat masih memelihara ternak di dalam rumah termasuk ternak unggas (3,7%), ternak sedang (1,5%) ; dan anjing/kucing/kelinci (11,5%). Persentase ini jauh di atas angka nasional (39,4%). Dari keterangan di atas ternak merupakan barang yang sangat berharga.
- Kabupaten dengan persentase tertinggi pemeliharaan ternak di dalam rumah adalah di Sorong Selatan (7,7%).

DAFTAR ISI

kata pengantar	Error! Bookmark not defined.
sambutan menteri kesehatan republik indonesia ..	Error! Bookmark not defined.
Ringkasan Eksekutif	vii
Ringkasan Hasil	xv
Daftar isi.....	xxiv
Daftar Tabel	Error! Bookmark not defined.i
Daftar Gambar	xxxviii
Daftar Grafik.....	xxxix
Daftar Lampiran	xl
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.....	3
1.6 Mekanisme Kerja Riskesdas	5
1.7 Pengorganisasian Riskesdas	6
1.8 Manfaat Riskesdas.....	6
1.9 Keterbatasan Riskesdas	6
1.10 Persetujuan Etik Riskesdas.....	7
BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS.....	8
2.1 Disain	8
2.2 Lokasi.....	8
2.3 Populasi Sampel	8
2.4 Penarikan Sampel Blok Sensus (dalam Susenas 2007).....	9
2.4.1 Penarikan Sampel Rumah tangga.....	9
2.4.2 Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga	9
2.4.3 Penarikan Sampel Biomedis	9
2.4.4 Penarikan Sampel Yodium	9
2.5 Variabel.....	12
2.6 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data	13
2.7 Manajemen Data.....	16

2.7.1	Editing	16
2.7.2	Entry	16
2.7.3	Cleaning	16
2.8	Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data	17
2.9	Keterbatasan Riskesdas	18
2.10	Hasil Pengolahan dan Analisis Data	19
BAB 3.	Hasil dan pembahasan.....	20
3.1	Gambaran Umum Provinsi Papua Barat	20
3.2	Respon Rate	23
3.3	Status Gizi.....	27
3.3.1	Status Gizi Balita	27
3.3.2	Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah).....	35
3.3.3	Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas.....	37
3.3.4	Konsumsi Energi dan Protein	43
3.3.5	Konsumsi Garam Beriodium.....	49
3.4	Kesehatan Ibu dan Anak.....	49
3.4.1	Status Imunisasi	52
3.4.2	Pemantauan Pertumbuhan Balita.....	56
3.4.3	Distribusi Kapsul Vitamin A	64
3.4.4	Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	66
3.4.5	Pertolongan Persalinan	75
3.5	Penyakit Menular	82
3.5.1	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	82
3.5.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), dan Campak	86
3.5.3	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare.....	89
3.6	Penyakit Tidak Menular.....	92
3.6.1	Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan.....	92
3.6.2	Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor	95
3.6.3	Penyakit Keturunan	98
3.6.4	Gangguan Mental Emosional	99
3.6.5	Penyakit Mata.....	102
3.6.6	Kesehatan Gigi.....	110
3.7	Cedera Dan Disabilitas	127

3.7.1	cedera	127
3.7.2	Status Disabilitas/ketidakmampuan.....	137
3.8	Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	143
3.8.1	Perilaku Merokok.....	143
3.8.2	Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur	154
3.8.3	Perilaku Minum Minuman Beralkohol	156
3.8.4	Perilaku Aktifitas Fisik.....	158
3.8.5	Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS	160
3.8.6	Perilaku Higienis.....	166
3.8.7	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.....	168
3.9	Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	169
3.9.1	Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	169
3.9.2	Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan.....	186
3.9.3	Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	191
3.10	Kesehatan Lingkungan	195
3.10.1	Air keperluan rumah tangga	195
3.10.2	Fasilitas Buang Air Besar	208
3.10.3	Sarana Pembuangan Air Limbah.....	213
3.10.4	Pembuangan Sampah.....	215
3.10.5	Perumahan	217
	Daftar Pustaka	221
	Lampiran	226

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Informasi	2
Tabel 1.2.1	Jumlah Blok Sensus (BS) menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2008 Papua Barat	10
Tabel 1.3.2	Jumlah Sampel Rumah tangga (RT) per Kabupaten/kota menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2008	10
Tabel 1.4.3	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) per Kabupaten/kota menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2008	11
Tabel 1.5.4	Respon Rate Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	11
Tabel 1.6.5	Respon Rate Individu di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	12
Tabel 1.7	Penduduk Papua Barat menurut Jenis Kelamin per Kabupaten/kota Tahun 2004-2006	21
Tabel 1.8.1	Respon Rate Rumah Tangga & Individu Papua Barat, Riskesdas 2008	24
Tabel 1.2.2	Karakteristik Responden Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	25
Tabel 1.3.1.1	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	28
Tabel 1.3.1.2	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	29
Tabel 1.3.1.3	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	30
Tabel 1.3.1.4	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	31
Tabel 1.3.1.5	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	33
Tabel 1.3.1.6	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	34
Tabel 1.9	Standar Penentuan Kekurusan dan Berat Badan Lebih menurut Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007	35
Tabel 1.3.2.2	Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Jenis Kelamin Dan Kabupaten/Kota, Papua Barat, Riskesdas 2008	36
Tabel 1.3.2.3	Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun menurut Karakteristik, Papua Barat , Riskesdas 2008	37
Tabel 1.3.3.1	Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa diatas 15 Tahun menurut Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	38
Tabel 1.10	Persentase Orang Dewasa diatas 15 Tahun menurut Status Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	39
Tabel 1.11	Prevalensi obesitas sentral menurut Kabupaten/Kota Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	40
Tabel 1.12	Prevalensi obesitas sentral menurut karakteristik responden Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	41
Tabel 1.3.3.5	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun, Menurut Kabupaten/Kota, Papua Barat, Riskesdas 2008	42
Tabel 1.3.3.6	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun,	43

Tabel 1.3.4.1	Menurut Karakteristik, Papua Barat, Riskeddas 2008 Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari Menurut Kabupaten/Kota, Di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	44
Tabel 1.3.4.2	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional, Menurut Provinsi, Di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	45
Tabel 1.3.4.3	Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Klasifikasi Desa dan Kuintil Pengeluaran RT Di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	46
Tabel 1.13	Prevalensi Konsumsi Energi Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Klasifikasi Desa dan Kuintil Pengeluaran RT, Di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	47
Tabel 1.3.4.5	Prevalensi Konsumsi Protein lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Klasifikasi Desa dan Kuintil Pengeluaran RT, Di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	47
Tabel 1.3.4.6	Prevalensi Konsumsi Energi Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Klasifikasi, Di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	48
Tabel 1.3.4.7	Prevalensi Konsumsi Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Klasifikasi Kota, Di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	48
Tabel 1.14.1	Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Garam Mengandung Cukup Iodium Menurut Kabupaten/kota Di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	49
Tabel 1.15.2	Persentase Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Cukup Iodium Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	50
Tabel 1.4.1.1	Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	52
Tabel 1.4.1.2	Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	53
Tabel 1.4.1.3	Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	54
Tabel 1.4.1.4	Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	55
Tabel 1.4.2.1	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua barat, Riskeddas 2008	56
Tabel 1.4.2.2	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	57
Tabel 1.4.2.3	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	58
Tabel 1.4.2.4	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008	59

Tabel 1.4.2.5	Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	60
Tabel 1.4.2.6	Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Respondendi Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	61
Tabel 1.4.2.7	Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	62
Tabel 1.4.2.8	Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	63
Tabel 1.16	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	64
Tabel 1.4.3.2	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	65
Tabel 1.17.4.1	Persentase Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	66
Tabel 1.18.4.2	Persentase Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Karakteristik Responden Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	67
Tabel 1.19.4.3	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	68
Tabel 1.20.4.4	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	69
Tabel 1.21.4.5	Persentase Ibu Hamil Menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilandan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	70
Tabel 1.22.4.6	Persentase Ibu Hamil Menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	72
Tabel 1.23.4.7	Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	73
Tabel 1.24.4.8	Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	74
Tabel 1.4.5.1	Cakupan Penolong Pertama Persalinan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	75
Tabel 1.4.5.2	Cakupan Penolong Terakhir Persalinanmenurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	76
Tabel 1.4.5.3	Tempat Persalinan menurut Kabupaten/kotadi Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	76
Tabel 1.4.5.4	Cakupan Ante Natal Care menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	77
Tabel 1.4.5.5	Cakupan Penolong Pertama Persalinan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	78
Tabel 1.4.5.6	Cakupan Penolong Terakhir Persalinan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	79
Tabel 1.4.5.7	Cakupan Tempat Persalinan menurut Karakteristik	80

Tabel 1.4.5.8	Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008 Cakupan Ante Natal Care menurut Karakteristik Respondendi Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	81
Tabel 1.25	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	84
Tabel 1.26	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	85
Tabel 1.27.1	Prevalensi ISPA, Pnemonia, TBC dan Campak menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	87
Tabel 1.28.2	Prevalensi ISPA, Pnemonia, TBC dan Campak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	88
Tabel 1.5.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	90
Tabel 1.5.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	91
Tabel 1.6.1.1	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Kabupaten/kota Di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	93
Tabel 1.6.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	94
Tabel 1.29	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor**Menurut Kabupaten/kota Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	95
Tabel 1.302	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	97
Tabel 1.6.3	Prevalensi Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofili) Menurut Kabupaten / Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008 (Permil)	98
Tabel 1.6.4.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	100
Tabel 1.6.4.2	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	101
Tabel 1.31	Persentase Penduduk Usia 6 Tahun keatas menurut <i>Low Vision</i> dan Kebutaan(dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di Papua Barat, Riskesdas 2008	102
Tabel 1.32	Persentase Penduduk Umur 6 Tahun keatas menurut <i>Low Vision</i> dan Kebutaan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	104
Tabel 1.333	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	106
Tabel 1.34	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat,	107

	Riskesdas 2008	
Tabel 1.35	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	108
Tabel 1.36	Sebaran Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	109
Tabel 1.6.6.1	Persentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	111
Tabel 1.6.6.2	Persentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	112
Tabel 1.6.6.3	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi Menurut Jenis Perawatan dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	113
Tabel 1.6.6.4	Persentase Jenis Perawatan yang Diterima Penduduk untuk Masalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	114
Tabel 1.6.6.5	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	115
Tabel 1.6.6.6	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	116
Tabel 1.6.6.7	Persentase Waktu Menyikat Gigi pada Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	117
Tabel 1.6.6.8	Persentase Waktu Menyikat Gigi Pada Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	118
Tabel 1.6.6.9	Komponen D, M, F Dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	119
Tabel 1.6.6.10	Komponen D, M, F Dan Index DMF-T Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	120
Tabel 1.6.6.11	Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 tahun ke atas Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	121
Tabel 1.6.6.12	Prevalensi Karies Aktif Dan Pengalaman Karies Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	122
Tabel 1.6.6.13	Required Treatment Index (RTI) Dan Perform Treatment Index (PTI) Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	123
Tabel 1.6.6.14	Required Treatment Index (RTI) Dan Perform Treatment Index (PTI) Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	124
Tabel 1.6.6.15	Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk Edentulous Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	125
Tabel 1.6.6.16	Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk Edentulous Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	126
Tabel 1.7.1.1	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut	128

	Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	
Tabel 1.7.1.2	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	129
Tabel 1.7.1.3	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	131
Tabel 1.7.1.4	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kelompok Umur di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	132
Tabel 1.7.1.5	Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	133
Tabel 1.7.1.6	Persentase Jenis Cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	135
Tabel 1.37	Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Status Disabilitas Dalam 1 bulan terakhir di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	137
Tabel 1.382	Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas Dalam 1 bulan terakhir dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	138
Tabel 1.393	Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas Dalam 1 bulan terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	139
Tabel 1.7.2.4	Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas yang membutuhkan bantuan orang lain dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	140
Tabel 1.7.2.5	Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas yang membutuhkan bantuan orang lain menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	141
Tabel 3.8.1.1	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok di Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	143
Tabel 1.40	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	144
Tabel 1.413	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	145
Tabel 1.424	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	146
Tabel 1.435	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	147
Tabel 1.446	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	148
Tabel 1.457	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	149
Tabel 1.468	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Pertama Kali Merokok/ Mengunyah Tembakau dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	150

Tabel 1.479	Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	151
Tabel 1.4810	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	151
Tabel 1.4911	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	152
Tabel 1.5012	Persentasi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok menurut Kelompok Rerata Jumlah Batang Rokok dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	153
Tabel 3.8.2.1	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/ kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	154
Tabel 3.8.2.2	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	155
Tabel 3.8.3.1	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	156
Tabel 3.8.3.2	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	157
Tabel 3.8.4.1	Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 Tahun Ke Atas Menurut Kabupaten/kota Di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	158
Tabel 3.8.4.2	Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	159
Tabel 3.8.5.1	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	160
Tabel 3.8.5.2	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	161
Tabel 3.8.5.3	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	162
Tabel 3.8.5.4	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	163
Tabel 3.8.5.5	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap. Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	164
Tabel 3.8.5.6	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	165
Tabel 3.8.6.1	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	166

Tabel 3.8.6.2	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	167
Tabel 1.511	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) dan kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	169
Tabel 1.522	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak. Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*). dan Karakteristik di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	170
Tabel 1.533	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*. dan kabupaten/ Kota Di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	171
Tabel 1.544	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh KeUpaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*.. dan Karakteristik Di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	172
Tabel 1.555	Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu /poskesdes. dan kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	173
Tabel 1.566	Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu /Poskesdes. dan Karakteristik Di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	173
Tabel 1.577	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu /Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan kabupaten/ Kota Di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	174
Tabel 1.588	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu /Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	175
Tabel 1.599	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan kabupaten/ Kota Riskesdas 2008	176
Tabel 1.6010	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	176
Tabel 1.6111	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa. Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	177
Tabel 1.6212	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	178
Tabel 1.6313	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/kota Riskesdas 2008	179
Tabel 1.6414	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat.Riskesdas 2008	180
Tabel 1.6515	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Dalam 3 Bulan Terakhir. Menurut kabupaten/ Kota	181
Tabel 1.6616	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Dalam 3 Bulan Terakhir. Menurut Karakteristik	182

Tabel 1.6717	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir	183
Tabel 1.6818	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir	184
Tabel 1.6919	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir	185
Tabel 1.7020	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (Pod)/Warung Obat Desa (Wod) Dalam 3 Bulan Terakhir	185
Tabel 1.71	Persentase Tempat Berobat Rawat Inap Menurut kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	186
Tabel 1.722	Persentase Tempat Berobat Rawat Inap Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	187
Tabel 1.733	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap Menurut kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	187
Tabel 1.744	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	188
Tabel 1.755	Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	189
Tabel 1.766	Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut kabupaten/ Kotadi Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	189
Tabel 1.777	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	190
Tabel 1.788	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	190
Tabel 1.791	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	192
Tabel 1.802	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	192
Tabel 1.813	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	193
Tabel 1.824	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	193
Tabel 1.83	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008	196
Tabel 1.842	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	197
Tabel 1.853	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air. Ketersediaan Air Bersih Dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	198
Tabel 1.864	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air. Ketersediaan Air Bersih Dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	199
Tabel 1.875	Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/kota	200

	di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	
Tabel 1.886	Persentase Rumah Tangga menurut Anggota Rumah Tangga Yang Biasa Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	201
Tabel 1.897	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	202
Tabel 1.908	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	202
Tabel 1.919	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat. Susenas 2007	203
Tabel 1.9210	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat. Susenas 2008	204
Tabel 1.9311	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	205
Tabel 1.9412	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Klasifikasi Desa di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	206
Tabel 1.9513	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Susenas dan Riskesdas 2008	207
Tabel 1.9614	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat Susenas dan Riskesdas 2008	208
Tabel 1.10.2.1	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Susenas 2008	209
Tabel 1.97.2	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat, Susenas 2008	210
Tabel 1.10.2.3	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Susenas 2008	210
Tabel 1.98	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Susenas 2008	211
Tabel 1.995	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Susenas dan Riskesdas 2008	212
Tabel 1.1006	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat. Susenas dan Riskesdas 2008	212
Tabel 1.1017	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Susenas 2008	213
Tabel 1.1028	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi	214

	Papua Barat. Susenas 2008	
Tabel 1.103	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah Rumah Tangga Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	215
Tabel 1.104	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah Dan Klasifikasi Desa di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	216
Tabel 1.1050.4.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/kotadi Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008	217
Tabel 1.1060.4.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	218
Tabel 1.10.5.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua BaratSusenas 2008	219
Tabel 1.10.5.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah Dan Kepadatan Hunian Dan Klasifikasi Desa, Susenas 2007	220
Tabel 1.10.5.3	Sebaran Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	221
Tabel 1.10.5.4	Sebaran Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008	222

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Kerangka Pikir Kesehatan Masyarakat Menurut Blum	3
Gambar 1.2. Mekanisme Kerja Riskesdas 2007	5

DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1 Piramid Penduduk -2007	22
Grafik 3.2 Persen Penduduk Miskin – 2007 Papua Barat	23

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar.
- Lampiran 2. Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent)
- 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	KOR Susenas	Riskesdas
Sampel	35.000	10.000	280.000	280.000
Pola Mortalitas	Nasional	S/J/KTI	--	Nasional
Perilaku	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Gizi & Pola Konsumsi	--	S/J/KTI	Provinsi	Kabupaten
Sanitasi lingkungan	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Penyakit	--	S/J/KTI	--	Prov/Kab
Cedera & Kecelakaan	Nasional	S/J/KTI	--	Prov/Kab
Disabilitas	--	S/J/KTI	--	Prov/Kab
Gigi & Mulut	--	--	--	Prov/Kab
Biomedis	--	--	--	Nasional

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

1.3 Pertanyaan Penelitian

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

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

1.4 Tujuan Riskesdas

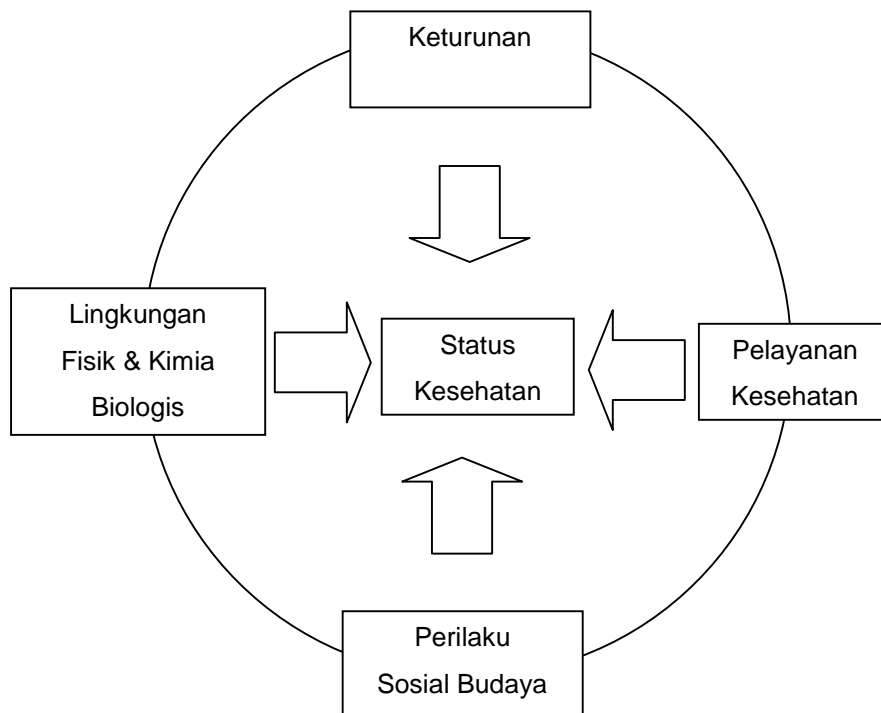
Tujuan Riskesdas adalah sebagai berikut :

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

1.5 Kerangka Pikir

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

Gambar 1.1 Kerangka Pikir Kesehatan Masyarakat Menurut Blum



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

Status kesehatan, diukur dengan :

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

Faktor lingkungan, diukur dengan :

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

Faktor perilaku, diukur dengan :

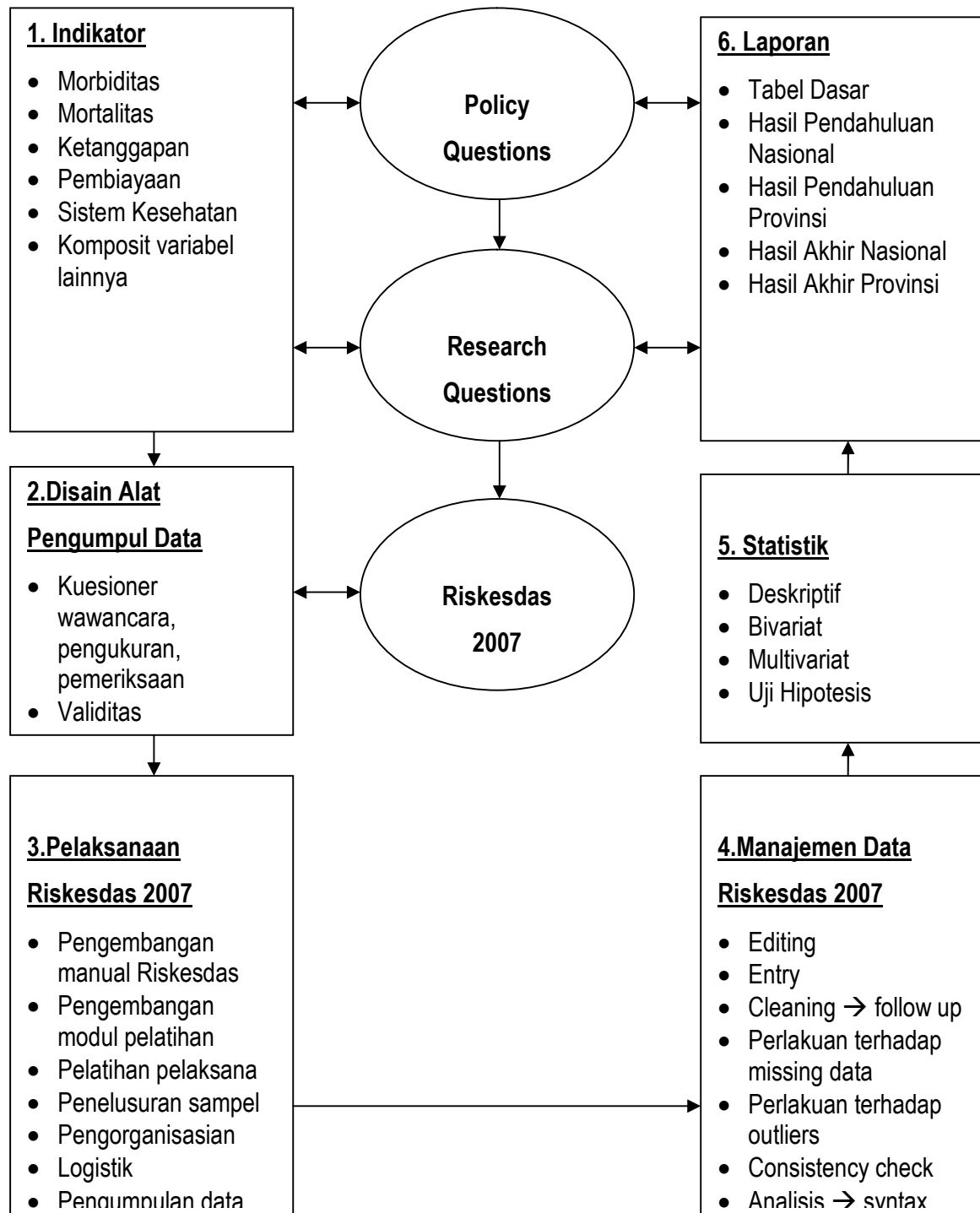
- Perilaku merokok/konsumsi tembakau dan alkohol.
- Perilaku konsumsi sayur dan buah.
- Perilaku aktivitas fisik.
- Perilaku gosok gigi.
- Perilaku higienis (cuci tangan, buang air besar).
- Pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap flu burung, HIV/AIDS.

Faktor pelayanan kesehatan, diukur dengan :

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

1.6 Mekanisme Kerja Riskesdas

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
- Organisasi tingkat wilayah (empat wilayah)
- Organisasi tingkat provinsi
- Organisasi tingkat Kabupaten
- Tim pengumpul data

1.8 Manfaat Riskesdas

Riskesdas memberikan manfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan berupa :

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

1.9 Keterbatasan Riskesdas

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

Beberapa keterbatasan Riskesdas adalah sebagai berikut :

- Meski Riskesdas dirancang untuk keterwakilan sampai tingkat Kabupaten/kota, tetapi tidak semua informasi bisa mewakili Kabupaten/kota, terutama kejadian-kejadian yang jarang hanya bisa mewakili tingkat provinsi atau bahkan hanya tingkat nasional.
- Khusus untuk data biomedis, keterwakilan hanya di tingkat perkotaan nasional.
- 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.
- Pengumpulan data yang tidak serentak, membuat perbandingan antar provinsi harus dilakukan dengan hati-hati, khususnya untuk penyakit yang bersifat musiman (*seasonal*).

1.10 Persetujuan Etik Riskedas

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

BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS

2.1 Disain

Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat adalah sebuah survei *cross sectional* yang bersifat deskriptif. Disain Riskesdas Provinsi Papua Barat terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Provinsi Papua Barat, secara menyeluruh, akurat dan berorientasi pada kepentingan para pengambil keputusan di berbagai tingkat administratif. Berbagai ukuran *sampling error* termasuk di dalamnya *standard error*, *relative standard error*, *confidence interval*, *design effect* dan jumlah sampel tertimbang akan menyertai setiap estimasi variabel. Dengan disain ini, maka setiap pengguna informasi Riskesdas dapat memperoleh gambaran yang utuh dan rinci mengenai berbagai masalah kesehatan yang ditanyakan, diukur atau diperiksa. Laporan Hasil Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat akan menggambarkan berbagai masalah kesehatan di tingkat provinsi dan variabilitas antar Kabupaten/kota.

Secara singkat dapat dikatakan bahwa Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat didisain untuk mendukung pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti ilmiah. Disain Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat dikembangkan dengan sungguh-sungguh memperhatikan teori dasar tentang saling hubungan antara berbagai penentu yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat 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, disain Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat menghasilkan data yang siap dikorelasikan dengan data Susenas 2007 atau dengan data survei lainnya seperti data kemiskinan yang menggunakan metodologi yang sama. Dengan demikian, para pembentuk kebijakan dan pengambil keputusan di bidang pembangunan kesehatan dapat menarik manfaat yang optimal dari ketersediaan data Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat.

2.2 Lokasi

Sampel Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat di tingkat Kabupaten/kota berasal dari 9 Kabupaten/kota (dari jumlah keseluruhan sebanyak 9 Kabupaten/kota) yang tersebar merata di Provinsi Papua Barat.

2.3 Populasi Sampel

Populasi dalam Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok Provinsi Papua Barat. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas 2007 Provinsi Papua Barat. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas 2008 Provinsi Papua Barat identik pula dengan *two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007 Provinsi Papua Barat. Berikut ini adalah uraian singkat cara penghitungan dan cara penarikan sampel dimaksud.

2.4 Penarikan Sampel Blok Sensus (dalam Susenas 2007)

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, Riskesdas Provinsi Papua Barat menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas Provinsi Papua Barat. Dari setiap Kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel Kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus yang persentaseonal terhadap jumlah rumah tangga di Kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah blok sensus masuk kedalam sampel blok sensus pada sebuah Kabupaten/kota bersifat persentaseonal terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah Kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Bila dalam sebuah blok sensus terdapat lebih dari 150 (seratus lima puluh) rumah tangga maka dalam penarikan sampel di tingkat ini akan dibentuk sub-blok sensus. Secara keseluruhan, berdasarkan sampel blok sensus dalam Susenas 2007 yang berjumlah 146 (seratus empat puluh enam) sampel blok sensus, Riskesdas Provinsi Papua Barat 2007 berhasil mengunjungi 144 blok sensus dari 9 Kabupaten/kota yang ada.

2.4.1 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 9 Kabupaten/kota Susenas Provinsi Papua Barat 2007 adalah 2.329 (dua ribu tiga ratus dua puluh sembilan), dimana Riskesdas Provinsi Papua Barat berhasil mengumpulkan 1.821 rumah tangga.

2.4.2 Penarikan Sampel Anggota 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 9 Kabupaten/kota pada Susenas Provinsi Papua Barat 2007 terdapat 9.952 (sembilan ribu sembilan ratus lima puluh dua) sampel anggota rumah tangga. Riskesdas Provinsi Papua Barat berhasil mengumpulkan 6.898 individu yang sama dengan Susenas.

2.4.3 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. Khusus untuk pengukuran gula darah, sampel diambil dari anggota rumah tangga berusia lebih dari 15 tahun.

2.4.4 Penarikan Sampel Yodium

Ada 2 (dua) pengukuran yodium. Pertama, adalah pengukuran kadar yodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran yodium dalam urin. Pengukuran kadar yodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beryodium. Sedangkan pengukuran yodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam yodium pada penduduk. Pengukuran kadar yodium dalam garam dilakukan dengan tes cepat menggunakan "*iodina*" dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga. Dalam Riskesdas 2008 dilakukan tes cepat yodium dalam garam pada 182 rumah tangga dari 2

Kabupaten di Papua. Untuk Papua Barat, tidak ada blok sensus terpilih untuk pengukuran yodium dalam urin.

Tabel 2.4.1
Jumlah Blok Sensus (BS) menurut Susenas 2007 dan
Riskesdas 2008 Papua Barat

No	Kabupaten/ kota	Jumlah BS- Susenas	Jumlah BS- Riskesdas	Jumlah BS tidak dikunjungi
1	Fakfak	14	14	
2	Kaimana	18	18	
3	Teluk Wondana	16	16	
4	Teluk Bintuni	16	14	2
5	Manokwari	24	24	
6	Sorong Selatan	12	12	
7	Sorong	12	12	
8	Raja Ampat	12	12	
9	Kota Sorong	22	22	
PAPUA BARAT		146	144	2

Tabel 2.4.2
Jumlah Sampel Rumah tangga (RT) per Kabupaten/Kota
menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2008

No	Kabupaten/Kota	Jml Sampel RT-Susenas 2007	Jml Sampel RT-Riskesdas 2008
1	Fakfak	224	200
2	Kaimana	288	209
3	Teluk Wondana	256	181
4	Teluk Bintuni	256	161
5	Manokwari	384	331
6	Sorong Selatan	192	153
7	Sorong	185	153
8	Raja Ampat	192	159
9	Kota Sorong	352	274
PAPUA BARAT		2.329	1.821

Tabel 2.4.3
Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) per Kabupaten/kota
menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2008

No	Kabupaten/Kota	Jumlah Sampel ART-Susenas	Jumlah Sampel ART-Riskesdas
1	Fakfak	982	807
2	Kaimana	1.229	698
3	Teluk Wondana	1.122	731
4	Teluk Bintuni	1.099	583
5	Manokwari	1.675	1.335
6	Sorong Selatan	788	587
7	Sorong	736	572
8	Raja Ampat	836	569
9	Kota Sorong	1.485	1.016
PAPUA BARAT		9.952	6.898

Tabel 2.4.4
Respon Rate Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat
Riskesdas 2008

No	Kabupaten/Kota	Riskesdas	Susenas	Riskesdas/ Susenas
		N	N	
1	Fakfak	224	200	0,89
2	Kaimana	288	209	0,73
3	Teluk Wondana	256	181	0,71
4	Teluk Bintuni	256	161	0,63
5	Manokwari	384	331	0,86
6	Sorong Selatan	192	153	0,80
7	Sorong	185	153	0,83
8	Raja Ampat	192	159	0,83
10	Kota Sorong	352	274	0,78
PAPUA BARAT		2.329	1.821	0,78

Tabel 2.2.5
Respon Rate Individu di Provinsi Papua Barat
Riskesdas 2008

NO	Kabupaten/Kota	Riskesdas	Susenas	Riskesdas/ Susenas
		N	N	
1	Fakfak	982	807	0,82
2	Kaimana	1.229	698	0,57
3	Teluk Wondana	1.122	731	0,65
4	Teluk Bintuni	1.099	583	0,53
5	Manokwari	1.675	1.335	0,80
6	Sorong Selatan	788	587	0,74
7	Sorong	736	572	0,78
8	Raja Ampat	836	569	0,68
9	Kota Sorong	1.485	1.016	0,68
PAPUA BARAT		9.952	6.898	0,69

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 2008 terdapat variabel yang tersebar di dalam 6 (enam) jenis kuesioner, dengan rincian sebagai berikut:

- a. Kuesioner rumah tangga (RKD07.RT) yang terdiri dari:
 - Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
 - Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
 - Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
 - Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);
 - Blok V tentang mortalitas (10 variabel);
 - Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);
 - Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel).
- b. Kuesioner gizi (RKD07.GIZI), yang terdiri dari:
 - Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu.
- c. Kuesioner individu (RKD07.IND), yang terdiri dari:
 - Blok IX tentang keterangan wawancara individu (4 variabel);
 - Blok X tentang keterangan individu dikelompokkan menjadi;
 - Blok X-A tentang identifikasi responden (4 variabel);
 - Blok X-B tentang penyakit menular, tidak menular, dan riwayat penyakit turunan (50 variabel);
 - Blok X-C tentang ketanggapan pelayanan kesehatan:
 - Pelayanan Rawat Inap (11 variabel);
 - Pelayanan Berobat Jalan (10 variabel).
 - Blok X-D tentang pengetahuan, sikap dan perilaku untuk semua anggota 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);
 - Blok XI tentang pengukuran dan pemeriksaan (14 variabel).
- d. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari (RKD07.AV1), yang terdiri dari:
- Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (6 variabel);
 - Blok III tentang karakteristik ibu neonatal (5 variabel);
 - Blok IVA tentang keadaan bayi ketika lahir (6 variabel);
 - Blok IVB tentang keadaan bayi ketika sakit (12 variabel);
 - Blok V tentang autopsi verbal kesehatan ibu neonatal ketika hamil dan bersalin (2 variabel);
 - Blok VIA tentang bayi usia 0-28 hari termasuk lahir mati (4 variabel);
 - Blok VIB tentang keadaan ibu (8 variabel).
- e. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari - < 5 tahun (RKDo7.AV2), yang terdiri dari:
- Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
 - Blok III tentang autopsi verbal riwayat sakit bayi/balita berumur 29 hari - < 5 tahun (35 variabel);
 - Blok IV tentang resume riwayat sakit bayi/balita (6 variabel).
- f. Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3), yang terdiri dari:
- Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
 - Blok IIIA tentang autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (44 variabel);
 - Blok IIIB tentang autopsi verbal untuk perempuan umur 10 tahun keatas (4 variabel);
 - Blok IIIC tentang autopsi verbal untuk perempuan pernah kawin umur 10-54 tahun (19 variabel);
 - Blok IIID tentang autopsi verbal untuk laki-laki atau perempuan yang berumur 15 tahun keatas (1 variabel);
 - Blok IV tentang resume riwayat sakit untuk umur 5 tahun keatas (5 variabel).

Catatan

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

2.6 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data

Pelaksanaan Riskesdas 2008 menggunakan berbagai alat pengumpul data dan berbagai cara pengumpulan data, dengan rincian sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.RT:

- Responden untuk Kuesioner RKD07.RT adalah Kepala Keluarga atau Ibu Rumah Tangga atau anggota rumah tangga yang dapat memberikan informasi;
 - Dalam Kuesioner RKD07.RT terdapat verifikasi terhadap keterangan anggota rumah tangga yang dapat menunjukkan sejauh mana sampel Riskesdas 2008 identik dengan sampel Susenas 2007;
 - Informasi mengenai kejadian kematian dalam rumah tangga di *recall* terhitung sejak 1 Juli 2004, termasuk didalamnya kejadian bayi lahir mati. Informasi lebih lanjut mengenai kematian yang terjadi dalam 12 bulan sebelum wawancara dilakukan eksplorasi lebih lanjut melalui autopsi verbal dengan menggunakan kuesioner RKD07.AV yang sesuai dengan umur anggota rumah tangga yang meninggal dimaksud.
- b. Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND:
- Secara umum, responden untuk Kuesioner RKD07.IND adalah setiap anggota rumah tangga. Khusus untuk anggota rumah tangga yang berusia kurang dari 15 tahun, dalam kondisi sakit atau orang tua maka wawancara dilakukan terhadap anggota rumah tangga yang menjadi pendampingnya;
 - **Anggota rumah tangga semua umur** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit keturunan sebagai berikut: Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Pnemonia, Demam Tifoid, Malaria, Diare, Campak, Tuberkulosis Paru, Demam Berdarah Dengue, Hepatitis, Filariasis, Asma, Gigi dan Mulut, Cedera, Penyakit Jantung, Penyakit Kencing Manis, Tumor/Kanker dan Penyakit Keturunan, serta pengukuran berat badan, tinggi badan/panjang badan;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 15 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Sendi, Penyakit Tekanan Darah Tinggi, Stroke, disabilitas, kesehatan mental, pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkar perut, serta pengukuran lingkar lengan atas (khusus untuk wanita usia subur 15-45 tahun, termasuk ibu hamil);
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 30 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Katarak;
 - **Anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan pertumbuhan;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 10 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terkait dengan Penyakit Flu Burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, penggunaan alkohol, aktivitas fisik, serta perilaku terkait dengan konsumsi buah-buahan segar dan sayur-sayuran segar;
 - **Anggota rumah tangga berumur < 12 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;
 - **Anggota rumah tangga berumur > 5 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 12 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen.
- c. Pengumpulan data kematian dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3.
- d. Pengumpulan data biomedis berupa spesimen darah dilakukan di 33 provinsi di Indonesia dengan populasi penduduk di blok sensus perkotaan di Indonesia. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) dari rumah tangga terpilih di blok sensus perkotaan terpilih sesuai Susenas 2007. Rangkaian pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:

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

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

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

- Normal (Non DM) < 140 mg/dl
 - Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) $140 - < 200$ mg/dl
 - Diabetes Mellitus (DM) ≥ 200 mg/dl.
- e. Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas 2008 dilakukan dengan tes cepat yodium menggunakan “iodina tes”.

Catatan

Pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 2008 tidak dapat dilakukan serentak pada pertengahan 2007, sehingga dalam analisis perlu beberapa penyesuaian agar komparabilitas data dari satu periode pengumpulan data yang satu dengan periode pengumpulan data lainnya dapat terjaga dengan baik. Situasi ini disebabkan oleh beberapa hal berikut ini:

- a. Perubahan kebijakan anggaran internal Departemen Kesehatan pada tahun anggaran 2007 menyebabkan gangguan ketersediaan dana operasional untuk pengumpulan data. Koordinator Wilayah I dan II bisa mencairkan anggaran sebelum terjadinya perubahan kebijakan anggaran dimaksud, sehingga bisa melaksanakan pengumpulan data lebih awal (akhir Juli 2007). Sedangkan Koordinator Wilayah III dan IV lebih lambat, sehingga waktu pengumpulan data pada provinsi di wilayah III dan sangat bervariasi (akhir Juli 2007 - Januari 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.
- b. Kesiapan daerah untuk berperanserta dalam pelaksanaan Riskesdas 2008 amat bervariasi, sehingga pelaksanaan dari satu lokasi pengumpulan data ke lokasi lainnya memerlukan koordinasi dan manajemen logistik yang rumit.
- c. Kondisi geografis dari sampel blok sensus terpilih amat bervariasi. Di daerah kepulauan dan daerah terpencil di seluruh wilayah Indonesia, pelaksanaan pengumpulan data dalam berbagai situasi amat tergantung pada ketersediaan alat transpor, ketersediaan tenaga pendamping dan ketersediaan biaya operasional yang memadai tepat pada waktunya.
- d. Untuk pengumpulan data biomedis, perlu dilakukan pelatihan yang intensif untuk petugas pengambil spesimen dan manajemen spesimen. Petugas dimaksud adalah para analis atau petugas laboratorium dari rumah sakit atau laboratorium

daerah. Pelatihan dilakukan oleh peneliti dari Puslitbang Biomedis dan petugas Labkesda setempat. Pelatihan dilaksanakan di tiap provinsi.

2.7 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.

2.7.1 Editing

Editing adalah salah satu mata rantai yang secara potensial dapat menjadi *the weakest link* dalam pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 2008. 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.

2.7.2 Entry

Tim manajemen data yang bertanggungjawab untuk *entry data* harus mempunyai dan mau memberikan ekstra energi berkonsentrasi ketika memindahkan data dari kuesioner/formulir kedalam bentuk digital. Buku kode disiapkan dan digunakan sebagai acuan bila menjumpai masalah *entry data*. Kuesioner Riskesdas 2008 mengandung pertanyaan untuk berbagai responden dengan kelompok umur yang berbeda. Kuesioner yang sama juga banyak mengandung *skip questions* yang secara teknis memerlukan ketelitian petugas *entry data* untuk menjaga konsistensi dari satu blok pertanyaan ke blok pertanyaan berikutnya.

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

2.7.3 Cleaning

Tahapan *cleaning* dalam manajemen data merupakan proses yang amat menentukan kualitas hasil Riskesdas 2008. 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 2008. 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 2008. Bila pada suatu saat data Riskesdas 2008 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 2008 direncanakan untuk dilakukan segera setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007. Pengorganisasian dan jadwal pengumpulan data Riskesdas 2008 disusun sebagai berikut:

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

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

2.9 Keterbatasan Riskesdas

Keterbatasan Riskesdas 2008 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 2008. Pengorganisasian Riskesdas 2008 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 2008 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 2008, sebagaimana uraian berikut ini:

- a. Pembentukan Kabupaten/kota baru hasil pemekaran suatu Kabupaten/kota yang terjadi setelah penetapan blok sensus Riskesdas dari Susenas 2007, sehingga tidak menjadi bagian sampel Kabupaten/kota Riskesdas.
- b. Blok sensus tidak terjangkau, karena ketidak-tersediaan alat transportasi menuju lokasi dimaksud, atau karena kondisi alam yang tidak memungkinkan seperti ombak besar. Riskesdas tidak berhasil mengumpulkan 207 blok sensus yang terpilih dalam sampel Susenas 2007.
- c. Rumah tangga yang terdapat dalam DSRT Susenas 2007 ternyata tidak dapat dijumpai oleh Tim Pewawancara Riskesdas 2008. Total rumah tangga yang tidak berhasil dikunjungi Riskesdas adalah: 298, tersebar di seluruh Kabupaten/kota di Indonesia.
- d. Bisa juga terjadi anggota rumah tangga dari rumah tangga yang terpilih dan bisa dikunjungi oleh Riskesdas, pada saat pengumpulan data dilakukan tidak ada di tempat. Tercatat total 1.461 anggota rumah tangga yang tidak bisa dikumpulkan datanya.
- e. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga ada kemungkinan beberapa estimasi penyakit menular yang bersifat *seasonal* pada beberapa provinsi atau Kabupaten/kota menjadi *under-estimate* atau *over-estimate*.
- f. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda pula. Pada data Riskesdas, tanggal pengumpulan bisa digunakan pada saat melakukan analisis.
- g. Meski Riskesdas dirancang untuk menghasilkan estimasi sampai tingkat Kabupaten/kota, tetapi tidak semua estimasi bisa mewakili Kabupaten/kota, terutama kejadian-kejadian yang frekuensinya jarang. Kejadian yang jarang seperti ini hanya bisa mewakili tingkat provinsi atau bahkan hanya tingkat nasional.
- h. Khusus untuk data biomedis, estimasi yang dihasilkan hanya mewakili sampai tingkat perkotaan nasional.
- i. Terbatasnya dana dan waktu realisasi pencairan anggaran yang tidak lancar, menyebabkan pelaksanaan Riskesdas tidak serentak; ada yang dimulai pada

bulan Juli 2007, tetapi ada pula yang dilakukan pada bulan Februari tahun 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

Isu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas 2008 adalah sampel Riskesdas 2008 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 2008 adalah SPSS Complex Samples. Aplikasi statistik ini memungkinkan penggunaan *two stage sampling design* seperti yang di implementasikan di dalam Susenas 2007. Dengan penggunaan SPSS *Complex Sample* dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas 2008, 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 2.1, dan tabel 2.2 perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis.

BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

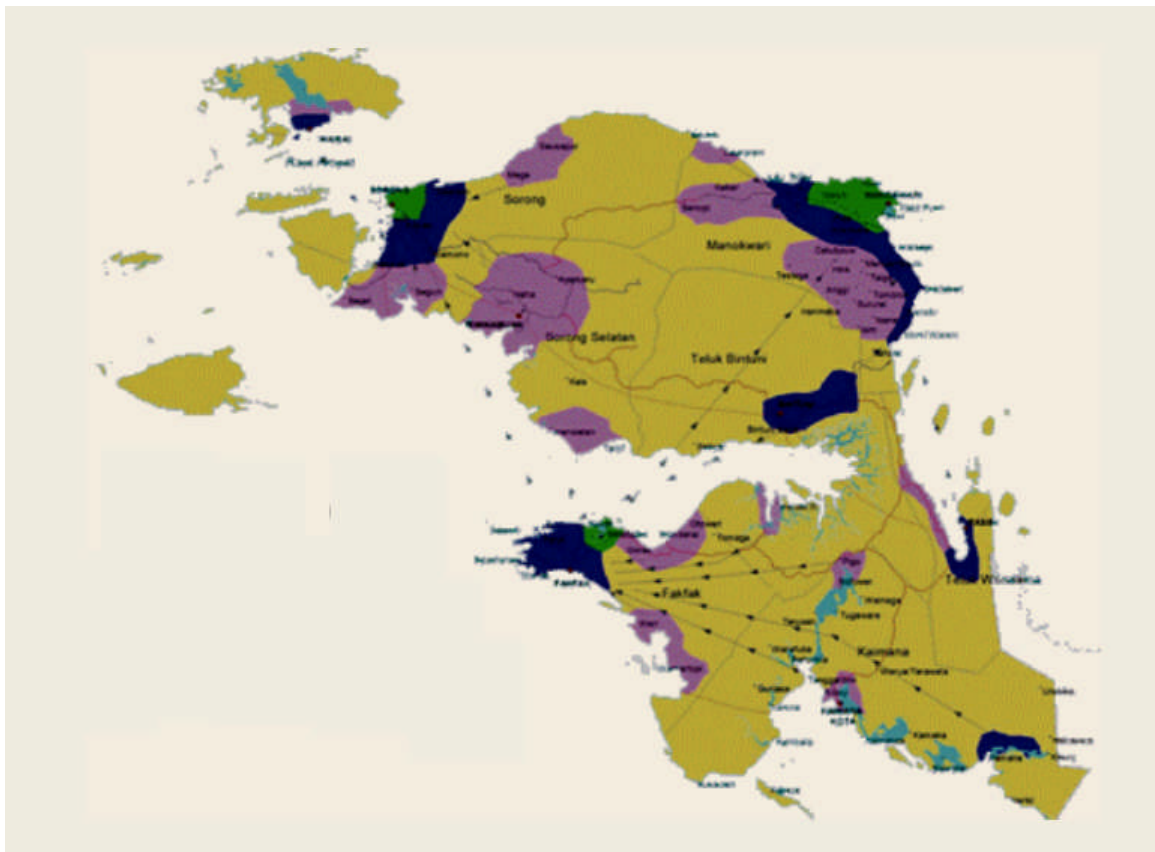
3.1 Gambaran Umum Provinsi Papua Barat

Papua Barat (sebelumnya **Irian Jaya Barat**) adalah sebuah provinsi Indonesia yang terletak di bagian barat Pulau Papua. Ibukotanya adalah Manokwari. Nama provinsi ini sebelumnya adalah Irian Jaya Barat, yang ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 45 Tahun 1999. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 2007 tanggal 18 April 2007, nama provinsi ini diubah menjadi Papua Barat. Papua Barat dan Papua merupakan provinsi yang memperoleh status otonomi khusus.

Wilayah provinsi ini mencakup kawasan kepala burung pulau Papua dan kepulauan-kepulauan di sekelilingnya. Di sebelah utara, provinsi ini dibatasi oleh Samudra Pasifik, bagian barat berbatasan dengan provinsi Maluku Utara dan provinsi Maluku, bagian timur dibatasi oleh Teluk Cenderawasih, selatan dengan Laut Seram dan tenggara berbatasan dengan provinsi Papua.

Provinsi Papua Barat ini meski telah dijadikan provinsi tersendiri, namun tetap mendapat perlakuan khusus sebagaimana provinsi induknya. Provinsi ini juga telah mempunyai KPUD sendiri dan menyelenggarakan pemilu untuk pertama kalinya tanggal 5 April 2004.

Peta Papua Barat



Provinsi Papua Barat beribukota di Kabupaten Manokwari. Secara Administratif, Provinsi Papua Barat terdiri dari 8 Kabupaten dan 1 Kotamadya, yaitu:

1. Kabupaten Fak-fak,
2. Kabupaten Kaimana,
3. Kabupaten Telu Wondama,
4. Kabupaten Teluk Bintuni,
5. Kabupaten Manokwari,
6. Kabupaten Sorong Selatan,
7. Kabupaten Sorong,
8. Kabupaten Raja Ampat, dan
9. Kotamadya Sorong.

dan terdiri dari 103 Kecamatan, 47 Kelurahan, dan 1153 Kampung.

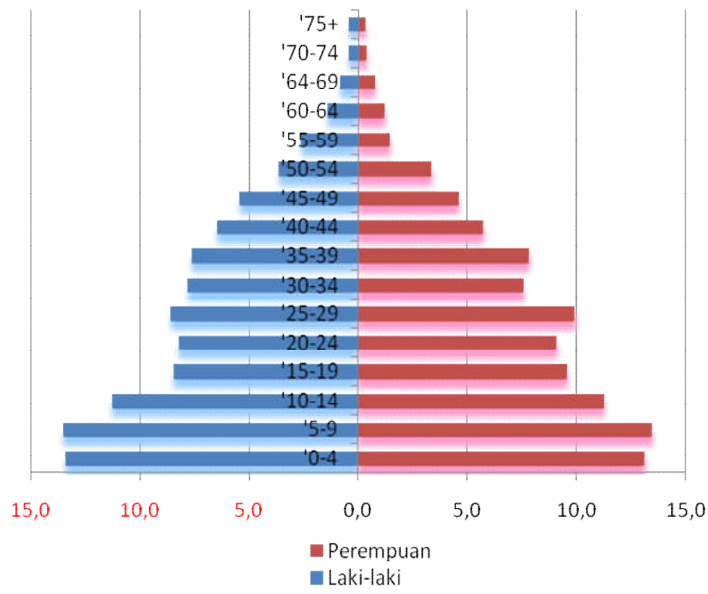
Tabel 3.1
Penduduk Papua Barat menurut Jenis Kelamin per Kabupaten/kota
Tahun 2004-2006

No	Kabupaten/kota	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1	Fak-fak	32.782	31.598	64.380
2	Kaimana	22.136	18.414	40.550
3	Teluk Wondama	11.942	10.351	22.293
4	Teluk Bintuni	27.295	24.488	51.783
5	Manokwari	86.421	79.901	166.322
6	Sorong Selatan	30.704	28.536	59.240
7	Sorong	49.118	45.943	95.061
8	Raja Ampat	20.565	19.305	39.870
9	Kota Sorong	81.709	80.994	162.703
	Papua Barat 2004	336.703	305.769	642.472
	Papua Barat 2005	343.920	308.038	651.958
	Papua Barat 2006	362.672	339.530	702.202

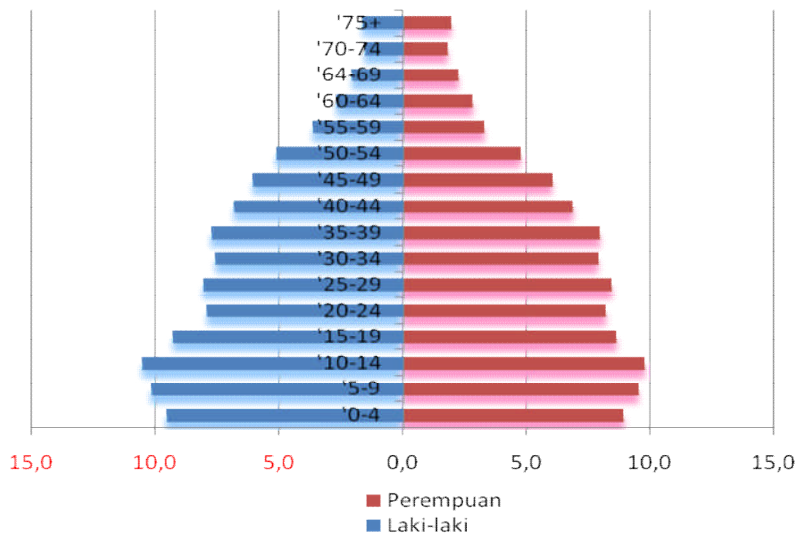
Sumber: BPS 2006

Grafik 3.1 menunjukkan persentase penduduk umur < 15 tahun tinggi dibandingkan dengan umur lainnya. Tampak kecenderungan angka kelahiran di provinsi meningkat dalam periode 10 tahun terakhir. Sebaliknya untuk Nasional ada kecenderungan angka kelahiran menurun dalam periode 10 tahun terakhir.

Grafik 3.1
Piramid Penduduk -2007



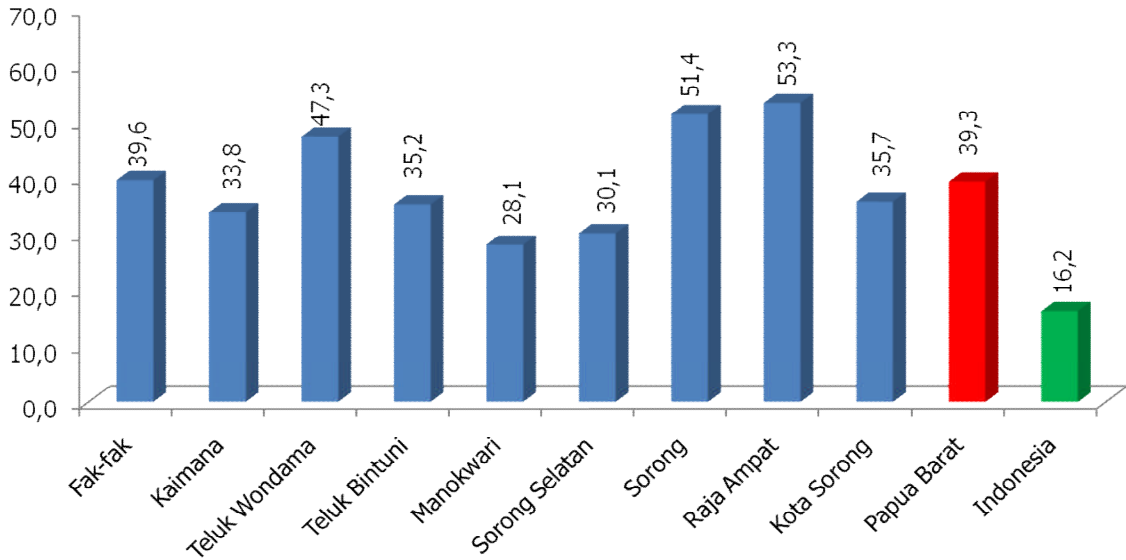
Indonesia



(sumber: BPS)

Pada Grafik 3.1. tampak persentase penduduk miskin di provinsi Papua Barat lebih tinggi dibandingka Nasional (39,3%:16,2%). Penduduk misjin tertinggi di Raja Ampat diikuti Kabupaten Sorong dan Teluk Wondama, sementara terendah di Monokwari diikuti Sorong Selatan.

Grafik 3.2
Persen Penduduk Miskin – 2007
Papua Barat
(Sumber: BPS 2007)



3.2 Respon Rate

Di Papua Barat, persen rumah tangga yang berhasil dikunjungi sebesar 78,2% (Tabel 3.2). Tertinggi di Fak-fak dan terendah di Teluk Bintuni. Dua blok sensus di Teluk Bintuni tidak berhasil dikunjungi karena alasan geografi.

Untuk individu, jumlah individu yang berhasil dikunjungi adalah sebesar 63,3%, bervariasi menurut Kabupaten/kota (Tabel 3.2.). Sama dengan respon rate rumah tangga, respon rate individu tertinggi di Fak-fak dan terendah di Teluk Bintuni. Selain alasan geografi, ada beberapa rumah tangga yang pindah setelah pengumpulan data Susenas.

Tabel 3.2.1
Respon Rate Rumah Tangga & Individu Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kab/Kota	Rumah Tangga			Individu		
		Riske sdas N	Susenas N	Riskesdas/ Susenas N	Riske das N	Susenas N	Riske das/Su senas
1	Fak-fak	200	224	89.3	807	982	82.2
2	Kaimana	209	288	72.6	698	1,229	56.8
3	Teluk Wondama	181	256	70.7	731	1,122	65.2
4	Teluk Bintuni	161	256	62.9	583	1,099	53.0
5	Manokwari	331	384	86.2	1,335	1,675	79.7
6	Sorong Selatan	153	192	79.7	587	788	74.5
7	Sorong	153	185	82.7	572	736	77.7
8	Raja Ampat	159	192	82.8	569	836	68.1
9	Kota Sorong	274	352	77.8	1,016	1,485	68.4
PAPUA BARAT		1821	2329	78.2	6,898	9,952	69.3

Tabel 3.2.2
Karakteristik Responden Provinsi Papua Barat
Riskesmas 2008

No.	Keterangan	Frekuensi	Persentase
1.	Tipe Daerah	6898	100
	Perkotaan	1848	26,8
	Perdesaan	5050	73,2
2.	Jenis Kelamin	6898	100
	Laki-laki	3360	47,9
	Perempuan	3360	52,1
3.	Kelompok Umur	6898	100
	<1 tahun	116	1,7
	1-4 tahun	815	11,8
	5-14 tahun	1905	27,6
	15-24 tahun	944	13,7
	25-34 tahun	1088	15,8
	35-44 tahun	974	14,1
	45-54 tahun	606	8,8
	55-64 tahun	310	4,5
	65-74 tahun	101	1,5
	75+ tahun	39	0,6
4.	Pendidikan	4884	100
	Tidak sekolah	414	8,5
	Tidak tamat SD	1114	22,8
	Tamat SD	1289	26,4
	Tamat SMP	861	17,6
	Tamat SMA	958	19,6
	Tamat PT	248	5,1
5.	Pekerjaan	4789	100
	Tidak kerja	519	10,8
	Sekolah	1026	21,4
	Ibu RT	1157	24,2
	Pegawai	455	9,5
	wiraswasta	387	8,1
	Petani/nelayan/buruh	1153	24,1
	Lainnya	92	1,9

Sebagian responden propinsi Papua Barat berada di daerah perdesaan (73,2%) , perempuan 52,1%, laki-laki 47,9%. Dilihat dari distribusi kelompok umur kelompok 5-14 tahun sebesar 27,6%, kelompok umur 25-34 tahun (15,8%), kelompok umur 35-44 tahun (14,1%), 15-24 tahun (13,7%), kelompok umur 1-4 tahun (11,8%).

Sama halnya dengan kelompok umur dilihat dari pendidikan yang ditamatkan mereka variatif dan hal ini juga seiring dengan umur mereka. Di Papua Barat masih terdapat penduduk yang tidak pernah sekolah meskipun umur mereka diatas 10 tahun (8,5%). Penduduk yang tamat SD sebesar 26,4%, kemudian yang tidak tamat SD sebesar 22,8% sedangkan penduduk yang menamatkan perguruan tinggi adalah 5,1%.

3.3 Status Gizi

3.3.1 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 :

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

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

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%

a. Status Gizi Balita berdasarkan Indikator BB/U

Tabel 3.3.1.1 menyajikan angka prevalensi Balita menurut Status Gizi yang berdasarkan 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.

Tabel 3.3.1.1
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/kota
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Kategori Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Fak Fak	4,8	17,3	74,1	3,7
Kaimana	7,1	17,4	74,3	1,3
Teluk Wondama	8,6	18,0	71,2	2,2
Teluk Bintuni	7,9	17,5	73,2	1,4
Manokwari	4,0	14,2	76,6	5,2
Sorong Selatan	19,8	15,4	62,5	2,3
Sorong	3,8	16,3	76,3	3,8
Raja Ampat	8,0	16,0	71,0	5,0
Kota Sorong	3,0	13,9	80,1	3,0
Papua Barat	6,8	16,4	74,2	2,7

*)BB/U= Berat Badan menurut Umur

Secara umum, prevalensi gizi buruk di propinsi Papua Barat adalah 6,8% dan gizi kurang 16,4% yang berarti belum mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18,5%). Angka prevalensi tersebut juga lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional untuk gizi buruk dan kurang yang adalah 18,4%. Dari 9 Kabupaten/kota hanya Kabupaten Manokwari dan Kota Sorong yang sudah mencapai target nasional. Bila dibandingkan dengan target MDG 2015 maka kedua Kabupaten/kota tersebut juga sudah mencapai target yang ditetapkan.

Di provinsi Papua Barat masalah gizi lebih, tampak tidak terlalu menonjol. Secara umum, prevalensi balita gizi lebih sebesar 2,7 %.

b. Status Gizi Balita berdasarkan Indikator TB/U

Tabel 3.3.1.2 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.

Prevalensi masalah pendek pada balita di propinsi Papua Barat adalah 39,4%. Angka tersebut masih berada diatas angka nasional (36,8%). Dari 9 Kabupaten/kota ada 2 Kabupaten/kota yang mempunyai prevalensi masalah pendek balita dibawah angka nasional, yaitu Kabupaten Sorong dan Kota Sorong.

Tabel 3.3.1.2
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/kota
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Kategori status gizi TB/U		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
Fakfak	18,3	23,9	57,8
Kaimana	17,8	19,4	62,8
Teluk Wondama	21,9	23,4	54,7
Teluk Bintuni	25,8	15,1	59,0
Manokwari	30,3	14,3	55,4
Sorong Selatan	42,8	17,8	39,4
Sorong	5,3	24,6	70,2
Raja Ampat	18,7	28,6	52,7
Kota, Sorong	13,2	14,2	72,6
Papua Barat	19,7	19,7	60,6

*) TB/U= Tinggi Badan menurut Umur

c. Status Gizi Balita berdasarkan Indikator BB/TB

Tabel 3.3.1.3 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/TB.

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

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

Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah indikator **sangat kurus** yaitu anak dengan nilai Z-score < -3,0 SD.

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

Prevalensi balita sangat kurus di provinsi Papua Barat cukup tinggi yaitu 6,5% dan angka tersebut sedikit lebih tinggi dari angka nasional (6,2%). Ada 5 Kabupaten yang mempunyai angka lebih tinggi dibandingkan angka Provinsi dan nasional yaitu Kabupaten Wondama, Manokwari, Sorong, Raja Ampat dan Kota Sorong.

Tabel 3.3.1.3
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/kota
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Fakfak	0,9	10,9	83,0	5,2
Kaimana	5,7	13,4	74,0	7,0
Teluk Wondama	8,3	9,1	72,7	9,9
Teluk Bintuni	3,8	6,2	78,9	11,1
Manokwari	7,6	7,4	68,0	17,0
Sorong Selatan	1,4	8,2	81,2	9,1
Sorong	8,3	13,3	65,0	13,3
Raja Ampat	8,0	6,9	82,8	2,3
Kota, Sorong	7,7	9,1	76,9	6,2
Papua Barat	6,5	9,9	75,0	8,6

*) BB/TB= Berat Badan menurut Tinggi Badan

Prevalensi masalah kurus pada balita di Papua Barat adalah 16,4%. Hal ini berarti bahwa masalah kesehatan masyarakat sudah dalam kategori kritis di Papua Barat (>15%). Dari 9 Kabupaten/kota, 4 diantaranya (Kaimana, Wondama, Sorong dan kota Sorong) menunjukkan masalah kesehatan masyarakat kategori kritis dan sisanya masuk dalam kategori serius.

Berdasarkan indikator BB/TB juga dapat dilihat prevalensi kegemukan di kalangan balita. Prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB adalah sebesar 8,6%. Lima Kabupaten memiliki masalah kegemukan pada balita di atas angka provinsi.

d. Status Gizi Balita menurut Karakteristik Responden

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

Dari tabel 3.3.1.4 dapat dilihat bahwa secara umum ada kecenderungan arah yang mengaitkan antara status gizi BB/U dengan karakteristik responden, yaitu:

- a. Semakin bertambah umur, prevalensi gizi kurang cenderung meningkat, sedangkan untuk gizi lebih cenderung menurun.
- b. Tidak nampak adanya perbedaan yang mencolok pada prevalensi gizi buruk, kurang, baik maupun lebih antara balita laki-laki dan perempuan.
- c. Semakin tinggi pendidikan KK semakin rendah prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balita, sebaliknya terjadi peningkatan gizi baik dan gizi lebih, kecuali yang berpendidikan perguruan tinggi.
- d. Kelompok dengan KK pekerjaan sebagai petani/nelayan, buruh, tidak sekolah/ibu RT prevalensi gizi buruk dan gizi kurang yang relatif tinggi, sebaliknya KK berpenghasilan tetap (TNI/Polri/PNS/BUMN dan Pegawai Swasta) memiliki prevalensi gizi buruk dan gizi kurang yang relatif rendah.
- e. Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang daerah perkotaan relatif lebih rendah dari daerah perdesaan.

- f. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan semakin rendah prevalensi gizi buruk pada balitanya, dan untuk gizi lebih bervariasi.

Tabel 3.3.1.4
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Kategori Status Sizi BB/U			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Kelompok umur (bulan)				
0 - 5	1,8	6,1	85,9	6,2
6 -11	6,9	10,8	78,4	3,9
12-23	4,2	16,7	76,0	3,2
24-35	8,3	22,0	66,6	3,1
36-47	7,2	20,5	69,5	2,8
48-60	8,1	13,5	77,3	1,2
Jenis kelamin				
Laki-laki	7,3	17,0	73,1	2,6
Perempuan	6,2	15,8	75,2	2,8
Pendidikan KK				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	9,6	22,3	66,8	1,3
Tamat SD	7,9	14,3	75,4	2,5
Tamat SLTP	6,8	18,0	71,7	3,4
Tamat SLTA	6,6	13,4	76,1	3,9
Tamat PT	0,0	7,9	90,3	1,8
Pekerjaan Utama KK				
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	5,7	21,3	67,7	5,3
TNI/Polri/PNS/BUMN	5,8	8,4	82,0	3,8
Pegawai Swasta	2,1	14,9	82,9	,0
Wiraswasta/dagang/jasa	6,7	14,7	76,1	2,4
Petani/nelayan	9,0	16,2	71,8	3,0
Buruh & lainnya	2,8	23,8	71,9	1,5
Tipe daerah				
Perkotaan	4,2	14,8	77,5	3,4
Perdesaan	7,8	17,0	72,8	2,4
Tingkat Pengeluaran perkapita per bulan				
Kuintil 1	8,7	15,3	73,4	2,7
Kuintil 2	7,8	16,9	73,3	2,1
Kuintil 3	5,3	18,1	72,8	3,8
Kuintil 4	5,4	20,0	73,5	1,2
Kuintil 5	5,2	13,0	78,5	3,3

*BB/U= Berat Badan menurut Umur

Tabel 3.3.1.5 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi TB/U dengan karakteristik responden. Seperti halnya dengan status gizi BB/U, kaitan antara status gizi BB/TB dan karakteristik responden menunjukkan kecenderungan:

- a. Prevalensi balita pendek+sangat pendek di propinsi Papua Barat cenderung menurun seiring bertambahnya umur balita. Prevalensi balita pendek+sangat pendek tertinggi tampak pada kelompok umur 24-35 bulan.
- b. Berdasarkan jenis kelamin, terlihat prevalensi balita laki-laki yang pendek+sangat pendek sedikit lebih tinggi dibanding dengan balita perempuan.
- c. Ditinjau dari segi pendidikan KK, terlihat kecenderungan prevalensi tertinggi terjadi pada KK yang memiliki pendidikan tidak sekolah atau tidak tamat SD.
- d. Menurut pekerjaan utama KK jelas terlihat bahwa pada keluarga yang kepala keluarganya memiliki pekerjaan berpenghasilan tetap (PNS/ABRI/POLRI/BUMN/Swasta) prevalensi balita pendek+sangat pendek lebih rendah dibandingkan dengan keluarga yang KK nya memiliki pekerjaan lainnya yang umumnya berpenghasilan tidak tetap.
- e. Berdasarkan Tipe daerah, prevalensi balita pendek+sangat pendek yang tinggal di perkotaan lebih rendah dari balita yang tinggal di perdesaan.
- f. Kaitan antara tingkat pengeluaran keluarga per kapita per bulan dengan masalah balita pendek+sangat pendek terlihat memiliki kecenderungan bervariasi.

Tabel 3.3.1.5
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Kelompok umur (bulan)			
0 - 5	30,0	10,4	59,6
6 -11	28,4	11,4	60,3
12-23	23,5	22,3	54,3
24-35	23,1	25,3	51,6
36-47	16,1	22,2	61,6
48-60	14,7	16,8	68,5
Jenis kelamin			
Laki-laki	19,4	20,9	59,8
Perempuan	20,1	18,6	61,3
Pendidikan KK			
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	19,6	19,8	60,6
Tamat SD	22,7	19,6	57,7
Tamal SLTP	22,8	21,5	55,6
Tamat SLTA	18,1	19,0	62,8
Tamat PT	14,0	14,3	71,7
Pekerjaan KK			
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	15,5	27,3	57,2
TNI/Polri/PNS/BUMN	11,9	14,1	74,0
Pegawai Swasta	6,6	11,9	81,6
Wiraswasta/dagang/jasa	19,4	19,8	60,8
Petani/nelayan	25,5	18,6	55,8
Buruh & lainnya	13,9	31,1	55,0

Tabel 3.3.1.5 (lanjutan)

Tipe daerah			
Perkotaan	13,7	16,2	70,1
Perdesaan	22,4	21,2	56,4
Tingkat Pengeluaran perkapita per bulan			
Kuintil 1	17,3	16,4	66,3
Kuintil 2	22,8	20,5	56,7
Kuintil 3	25,6	18,9	55,5
Kuintil 4	17,9	21,4	60,7
Kuintil 5	12,1	22,7	65,3

*)TB/U= Tinggi Badan menurut Umur

Tabel 3.3.1.6 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/TB dengan karakteristik responden. Kajian deskriptif kaitan antara status gizi BB/TB dengan karakteristik responden menunjukkan:

- a. Prevalensi balita kurus+sangat kurus di propinsi Papua Barat cenderung menurun bersamaan dengan bertambahnya umur anak. Hal yang sama juga ditemukan pada prevalensi balita gemuk.
- b. Terlihat sedikit perbedaan prevalensi balita kurus+sangat kurus yang antara balita laki-laki dan balita perempuan. Balita laki-laki memiliki prevalensi kurus dan sangat kurus lebih tinggi dan balita perempuan. Balita perempuan juga memiliki prevalensi gemuk lebih banyak daripada laki-laki, dengan kata lain balita perempuan memiliki status gizi lebih baik daripada laki-laki untuk indikator BB/TB.
- c. Tidak ditemukan pola hubungan yang jelas antara tingkat pendidikan KK dengan prevalensi balita kurus+sangat kurus. Namun, dalam hal pekerjaan utama KK, mereka yang memiliki pekerjaan tetap (TNI/Polri/PNS/pegawai BUMN/swasta) status gizi balitanya tampak lebih baik.
- d. Tidak ada perbedaan prevalensi balita kurus+sangat kurus yang berarti berdasarkan karakteristik Tipe daerah, tetapi dalam hal masalah balita gemuk di daerah perdesaan cenderung lebih tinggi dari di daerah perkotaan. Hal ini perlu dikaji lebih jauh, karena umumnya kegemukan cenderung terjadi di perkotaan.
- e. Dalam kaitannya dengan kuintil pengeluaran keluarga per kapita per bulan tidak terlihat hubungan yang jelas dengan prevalensi balita kurus+sangat kurus maupun dengan prevalensi balita gemuk.

Tabel 3.3.1.6
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik
Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kelompok umur (bulan)				
0 - 5	15,2	17,2	54,0	13,5
6 -11	5,4	14,4	58,0	22,2
12-23	6,9	6,9	75,6	10,6
24-35	8,3	6,8	79,4	5,5
36-47	5,3	8,4	77,4	8,9
48-60	4,6	12,2	77,1	6,2
Jenis kelamin				
Laki-laki	6,6	11,0	74,6	7,8
Perempuan	6,4	8,9	75,4	9,3
Pendidikan KK				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	12,1	8,4	70,4	9,1
Tamat SD	6,5	9,5	73,9	10,1
Tamal SLTP	6,7	8,6	78,1	6,6
Tamat SLTA	5,1	11,5	76,1	7,4
Tamat PT	3,9	11,9	72,4	11,8
Pekerjaan Utama KK				
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	5,4	17,2	64,9	12,5
TNI/Polri/PNS/BUMN	4,3	10,7	79,1	5,9
Pegawai Swasta	6,7	12,2	79,0	2,2
Wiraswasta/dagang/jasa	7,2	8,1	77,7	7,0
Petani/nelayan	7,2	9,5	73,1	10,1
Buruh & lainnya	10,7	6,7	74,5	8,1
Tipe daerah				
Perkotaan	7,6	10,7	75,3	6,3
Perdesaan	6,0	9,5	74,9	9,6
Tingkat Pengeluaran perkapita perbulan				
Kuintil 1	8,0	9,7	74,1	8,2
Kuintil 2	8,9	10,3	74,6	6,2
Kuintil 3	5,5	10,0	70,9	13,5
Kuintil 4	6,5	9,4	76,8	7,3
Kuintil 5	3,5	10,5	78,1	7,9

3.3.2 Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah)

Status gizi penduduk umur 6-14 tahun dapat dinilai berdasarkan IMT yang dibedakan menurut umur dan jenis kelamin. Sebagai rujukan untuk menentukan kurus, apabila nilai IMT kurang dari 2 standar deviasi (SD) dari nilai rerata, dan berat badan (BB) lebih jika nilai IMT lebih dari 2SD nilai rerata standar WHO 2007 (Tabel 3.3.2.1)

Tabel 3.3
Standar Penentuan Kekurangan dan Berat Badan Lebih menurut
Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007

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

Berdasarkan standar WHO, di provinsi Papua Barat prevalensi kekurusan adalah 12,8% pada laki-laki dan 9,2% pada perempuan. Sedangkan prevalensi BB-lebih pada laki-laki 6,2% dan perempuan 4,2% (Tabel 3.11)

Menurut Kabupaten/kota Kabupaten Sorong mempunyai prevalensi kekurusan tertinggi baik pada anak laki-laki (27,3%) maupun pada anak perempuan (15,5%). Sedangkan prevalensi kekurusan terendah di Manokwari, yaitu 7, 2% pada anak laki-laki dan di Sorong Selatan 2,9% pada anak perempuan.

Tabel 3.3.2.2
Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun
menurut Jenis Kelamin Dan Kabupaten/kota, Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Provinsi	Laki-laki		Perempuan	
		Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
1	Fakfak	18,1%	2,8%	7,5%	5,4%
2	Kaimana	20,9%	3,5%	8,8%	4,6%
3	Teluk Wondama	10,5%	1,2%	10,1%	1,1%
4	Teluk Bintuni	14,1%	5,0%	9,3%	4,5%
5	Manokwari	7,2%	11,1%	9,0%	5,6%
6	Sorong Selatan	8,2%	5,8%	2,9%	10,2%
7	Sorong	27,3%	12,1%	15,5%	8,6%
8	Raja Ampat	13,3%	5,0%	12,7%	1,3%
9	Kota, Sorong	7,7%	11,3%	7,9%	4,1%
	PAPUA BARAT	12,8%	6,2%	9,2%	4,2%

Tabel 3.3.2.3 menggambarkan prevalensi kecurusan dan BB-lebih menurut karakteristik responden. Menurut tipe daerah, prevalensi kecurusan lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan untuk anak laki-laki, sedangkan pada anak perempuan relatif sama. Sementara untuk BB-lebih di perkotaan lebih tinggi dari pada perdesaan baik laki-laki maupun perempuan.

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

Tabel 3.3.2.3
Prevalensi Kecurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun menurut Karakteristik, Papua Barat , Riskesdas 2008

Karakteristik	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Tipe Daerah				
Perkotaan	7,9	11,0	9,0	7,0
Perdesaan	14,6	4,5	9,2	3,3
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	12,4	4,0	8,3	2,5
Kuintil 2	14,1	4,1	10,5	4,1
Kuintil 3	14,9	8,1	8,0	2,5
Kuintil 4	14,3	8,1	5,5	6,6
Kuintil 5	9,5	11,1	15,6	8,2

3.3.3 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 lingkaran perut (LP) untuk mengetahui adanya obesitas sentral. Lingkaran perut diukur dengan alat ukur yang terbuat dari fiberglass dengan presisi 0,1 cm. Batasan untuk menyatakan status obesitas sentral berbeda antara laki-laki dan perempuan.

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

Status Gizi Dewasa Berdasarkan Indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)

Dalam pembahasan status gizi orang dewasa akan lebih difokuskan pada masalah kegemukan yang terdiri dari masalah berat badan (BB) lebih dan masalah obese karena lebih ditujukan untuk upaya pencegahan kejadian penyakit degeneratif di kalangan orang dewasa.

Tabel 3.3.3.1 menyajikan persentase penduduk menurut status IMT di masing-masing Kabupaten/kota. Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori berat badan lebih (BB lebih) dan obese.

Tabel 3.3.3.1
Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa diatas 15 Tahun menurut Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/kota	Kurus	Status Gizi		
			Normal	Berat Badan Lebih	Obese
1	Fak Fak	14,1	56,3	10,4	19,2
2	Kaimana	9,2	64,2	11,9	14,7
3	Teluk Wondama	15,3	72,9	6,7	5,2
4	Teluk Bintuni	19,9	64,3	7,8	8,0
5	Manokwari	9,1	68,3	9,5	13,1
6	Sorong Selatan	12,6	73,5	7,6	6,3
7	Sorong	14,6	64,4	10,8	10,2
8	Raja Ampat	8,8	69,6	9,7	11,9
9	Kota Sorong	11,2	54,7	11,5	22,6
Papua Barat		12,7	64,2	9,6	13,5

Masalah kegemukan atau obesitas umum (berat badan lebih+obese) pada orang dewasa di Provinsi Papua Barat terlihat tinggi dengan prevalensi 23,1% (9,6% BB-lebih dan 13,5% obese) dibandingkan nasional 19,1%. Terdapat beberapa Kabupaten/kota di provinsi Papua Barat yang memiliki prevalensi kegemukan pada orang dewasa diatas 20%, yakni Kabupaten Fakfak, Kaimana, Manokwari, Sorong, Raja Ampat dan Kota Sorong. Dari 9 Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, 6 diantaranya memiliki masalah obesitas yang tinggi dengan prevalensi di atas 10%. Hanya tiga Kabupaten yang memiliki prevalensi obesitas pada orang dewasa di bawah 10%, yaitu: Kabupaten Teluk Wondama, Kabupaten Teluk Bintuni dan Kabupaten Sorong Selatan.

Tabel 3.3.3.2 menyajikan hasil tabulasi silang status gizi penduduk dewasa menurut IMT dengan beberapa variabel karakteristik responden. Dari tabel ini terlihat bahwa :

- Prevalensi obesitas umum tinggi pada kelompok umur 26-50 kemudian cenderung menurun setelah umur tersebut.
- Prevalensi obesitas umum lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding daerah perdesaan.
- Prevalensi obesitas umum lebih tinggi pada perempuan dari laki-laki.
- Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan cenderung semakin tinggi prevalensi obesitas umum.

Tabel 3.4
Persentase Orang Dewasa diatas 15 Tahun menurut Status Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik			Indeks Massa Tubuh			
			Kurus	Normal	Berat lebih	Obese
Kelompok (Tahun)	umur	dewasa	%	%	%	%
	15-20		22,9	68,2	5,3	3,6
	21-25		16,1	70,1	6,0	7,8
	26-30		10,3	68,4	12,3	9,0
	31-40		7,2	63,5	10,0	19,3
	41-50		8,1	60,1	13,6	18,2
	51-60		14,2	58,6	9,6	17,5
	61-70		22,5	57,0	9,0	11,4
	>70		26,0	58,0	1,2	14,7
Tipe daerah						
	Perkotaan		10,7	54,6	11,1	23,6
	Perdesaan		13,7	69,0	8,9	8,4
Jenis kelamin						
	Laki-laki		11,0	70,3	9,0	9,7
	Perempuan		14,3	58,9	10,2	16,7
Pengeluaran RT per kapita/bulan						
	Kuintil 1		15,6	67,7	7,1	9,6
	Kuintil 2		15,5	63,9	8,0	12,7
	Kuintil 3		13,0	62,5	12,2	12,3
	Kuintil 4		10,5	64,4	10,2	15,0
	Kuintil 5		10,5	61,9	10,7	16,9

Status Gizi Dewasa Berdasarkan Indikator Lingkar Perut (LP)

Tabel 3.3.3.3 dan Tabel 3.3.3.4 menyajikan prevalensi obesitas sentral menurut Kabupaten/kota, jenis kelamin dan karakteristik lain penduduk. Obesitas sentral dianggap sebagai faktor risiko yang erat kaitannya dengan beberapa penyakit degeneratif. Untuk laki-laki dengan LP di atas 90 cm atau perempuan dengan LP di atas 80 cm dinyatakan sebagai obesitas sentral (WHO Asia-Pasifik, 2005).

Prevalensi obesitas sentral untuk tingkat provinsi Papua Barat adalah 21,1%, sedikit lebih tinggi dari angka nasional 18,8%. Tertinggi di kota Sorong dan terendah di Sorong Selatan.

Tabel 3.5
Prevalensi obesitas sentral menurut Kabupaten/kota
Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/kota	Obese (LP: L>90, P>80)
1	Fak-fak	25,4
2	Kaimana	27,3
3	Teluk Wondama	14,4
4	Teluk Bintuni	18,9
5	Manokwari	14,6
6	Sorong Selatan	10,3
7	Sorong	18,2
8	Raja Ampat	15,7
9	Kota Sorong	29,4
Papua Barat		21,1

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

Berdasarkan karakteristik responden, prevalensi obesitas abdominal tertinggi terjadi pada kelompok umur 51 - 60 tahun, yang bertempat tinggal di perkotaan dengan jenis kelamin perempuan. Prevalensi obesitas abdominal pada perempuan hampir dua kali lipat dari laki-laki. Berdasarkan pengeluaran perkapita rumah tangga tampak tingkat obesitas makin tinggi pada kuintil yang makin besar.

Tabel 3.6
Prevalensi obesitas sentral menurut karakteristik responden
Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Obesitas abdominal	
	Normal	Obese (LP: L>90, P>80)
	%	%
Kelompok umur dewasa (Tahun)		
15-20	90,5	9,5
21-25	88,1	11,9
26-30	82,1	17,9
31-40	74,5	25,5
41-50	72,8	27,2
51-60	69,8	30,2
61-70	78,0	22,0
>70	78,2	21,8
Tipe Daerah		
Perkotaan	69,8	30,2
Perdesaan	83,5	16,5
Jenis kelamin		
Laki-laki	85,8	14,2
Perempuan	72,8	27,2
Pengeluaran RT per kapita/bulan		
Kuintil 1	83,1	16,9
Kuintil 2	81,0	19,0
Kuintil 3	78,7	21,3
Kuintil 4	76,5	23,5
Kuintil 5	75,8	24,2

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

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

Tabel 3.3.3.5 dan Tabel 3.3.3.6 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 3.3.3.5
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun, Menurut Kabupaten/kota, Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/ Kota	Risiko KEK
1	Fakfak	16,7
2	Kab, Kaimana	15,7
3	Kab, Teluk Wondama	23,9
4	Kab, Teluk Bintuni	37,5
5	Kab, Manokwari	22,4
6	Kab, Sorong Selatan	10,5
7	Kab, Sorong	14,3
8	Kab, Raja Ampat	17,8
9	Kota, Sorong	17,9
PAPUA BARAT		19,6

Tabel 3.3.3.5 di atas menggambarkan prevalensi KEK berdasarkan Kabupaten/kota. Risiko KEK tinggi di Papua Barat 19,6% tinggi dibandingkan nasional 13,6%. Tertinggi di Kabupaten Bintuni diikuti Manokwari dan terendah di Sorong Selatan dan Sorong.

Kecenderungan risiko KEK berdasarkan tabulasi silang antara prevalensi Risiko KEK dengan karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.3.3.6 adalah:

- Berdasarkan tingkat pendidikan, gambaran risiko KEK menunjukkan pada tingkat pendidikan terendah (tidak sekolah dan tidak tamat SD), risiko KEK cenderung lebih tinggi dibanding tingkat pendidikan lebih tinggi
- Prevalensi risiko KEK lebih tinggi di daerah perdesaan dibanding perkotaan.
- Gambaran provinsi menunjukkan hubungan negatif antara tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita dengan risiko KEK. Semakin tinggi pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan cenderung semakin rendah risiko KEK.

Tabel 3.7
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun, Menurut
Karakteristik, Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Risiko KEK
Tipe tempat tinggal	
Kota	16,4
Desa	21,3
Pendidikan	
Tidak sekolah/Tdk tamat SD	25,5
Tamat SD	22,9
Tamat SMP	12,4
Tamat SMA	17,3
Perguruan tinggi	21,4
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	32,8
Kuintil 2	21,3
Kuintil 3	16,5
Kuintil 4	13,7
Kuintil 5	15,1

3.3.4. 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. 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.

Data pada tabel 3.3.4.1 berikut menunjukkan konsumsi energi dan protein RT di Provinsi Papua Barat sedikit lebih tinggi dari pada angka nasional (1735,5 kkal energi dan (55,5 gram protein). Kabupaten dengan angka konsumsi energi terendah adalah Kabupaten Manokwari (1648,4 gram), dan Kabupaten Raja Ampat (1650,1 gram). Kabupaten dengan angka konsumsi energi tertinggi adalah Kabupaten Sorong Selatan (2372,3 gram). Kabupaten dengan konsumsi protein terendah adalah Kabupaten Raja Ampat (52,1 gram), dan Kabupaten dengan konsumsi protein tertinggi adalah Kabupaten Sorong Selatan (86,9 gram).

Tabel 3.3.4.1
Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari
Menurut Kabupaten/kota, Di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Fakfak	2291,8	909,5	80,3	33,8
Kaimana	2078,5	862,4	55,0	29,5
Teluk Wondama	1662,7	731,1	54,6	31,4
Teluk Bintuni	2211,7	736,3	79,2	36,7
Manokwari	1648,4	625,4	59,3	27,4
Sorong Selatan	2372,4	832,4	86,9	33,0
Sorong	1928,4	777,6	58,3	30,8
Raja Ampat	1650,1	819,0	52,2	26,3
Kota Sorong	1710,1	646,5	63,3	28,4
Papua Barat	1865,6	791,5	62,1	32,1

Sebanyak empat Kabupaten dengan rerata angka konsumsi energi dibawah rerata angka konsumsi energi nasional, yaitu Kabupaten Teluk Wondama, Kota Sorong, Manokwari dan Kabupaten Raja Ampat. Satu-satunya Kabupaten dengan rerata angka konsumsi protein dibawah angka nasional yaitu Kabupaten Raja Ampat.

Data pada tabel 3.3.4.2 berikut menunjukkan bahwa prevalensi RT dengan konsumsi energi dan protein “ rendah” (dibawah rerata nasional yaitu 59,0 % untuk energi dan 58,5 % untuk protein) adalah sebesar 52,0 % (energi) dan 49,4 % (protein). Sebanyak 5 Kabupaten yang prevalensi konsumsi “rendah” (energi lebih kecil dari rerata nasional) adalah Kabupaten Fakfak, Kaimana, Teluk Bintuni, Sorong Selatan dan Sorong sementara yang tertinggi adalah Raja Ampat (67,6%); dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah provinsi Kabupaten Teluk Bintuni(25,6%). Kabupaten yang prevalensi konsumsi protein lebih kecil dari rerata nasional RT yang tertinggi adalah Kabupaten Raja Ampat (64,7%); dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah Kabupaten Sorong Selatan (24,2%).

Tabel 3.3.4.2
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka
Rerata Nasional, Menurut Provinsi, Di Provinsi Papua Barat,
Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Fakfak	33,1	29,4
Kaimana	41,9	58,3
Teluk Wondama	62,7	58,5
Teluk Bintuni	26,3	33,7
Manokwari	62,8	49,3
Sorong Selatan	25,6	24,2
Sorong	46,7	57,8
Raja Ampat	67,6	64,7
Kota Sorong	60,4	44,6
Papua Barat	52,0	49,4

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

Data pada tabel 3.3.4.3 berikut menunjukkan bahwa prevalensi RT di perkotaan yang konsumsi energi “rendah”(dibawah angka rerata nasional) lebih tinggi dari RT di perdesaan, sebaliknya prevalensi RT di perdesaan yang konsumsi protein dibawah angka rerata nasional lebih tinggi dari perkotaan. Menurut kuintil tidak ada kecenderungan perbedaan pengeluaran RT dengan prevalensi RT yang konsumsi energi, namun semakin tinggi pengeluaran per kapita semakin rendah prevalensi RT protein “rendah” (dibawah angka rerata nasional).

Tabel 3.3.4.3
Prevalensi Konsumsi Energi dan Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Klasifikasi Desa dan Kuintil Pengeluaran RT Di Provinsi Papua Barat, Riskedas 2008

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Tipe daerah		
Perkotaan	54,3	41,5
Perdesaan	50,7	53,9
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil – 1	59,0	61,0
Kuintil – 2	53,3	49,3
Kuintil – 3	47,1	45,6
Kuintil – 4	53,4	47,9
Kuintil – 5	48,7	45,4

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

Data pada tabel 3.3.4.4 dan tabel 3.3.4.5 menunjukkan bahwa tidak ada kecenderungan perbedaan prevalensi RT yang konsumsi energi dibawah angka rerata nasional di kota dan di desa.

Tabel 3.8
Prevalensi Konsumsi Energi Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Klasifikasi Desa dan Kuintil Pengeluaran RT, Di Provinsi Papua Barat, Riskedas 2008

No	Kabupaten/kota	Kuintil - 1	Kuintil - 2	Kuintil - 3	Kuintil - 4	Kuintil - 5
1	Fakfak	37,6	23,7	30,5	52,4	28,2
2	Kaimana	48,4	44,1	37,5	38,4	42,5
3	Teluk Wondama	72,0	55,2	53,6	73,3	60,0
4	Teluk Bintuni	27,3	21,7	33,9	18,0	30,5
5	Manokwari	79,6	69,5	53,6	60,5	53,0
6	Sorong Selatan	10,5	52,2	8,9	17,5	25,0
7	Sorong	50,0	65,4	41,4	29,6	48,1
8	Raja Ampat	79,2	55,1	62,1	79,3	64,3
9	Kota Sorong	67,1	63,7	62,7	55,9	52,5
PAPUA BARAT		59,0	53,3	47,1	53,4	48,7

Tabel 3.3.4.5
Prevalensi Konsumsi Protein lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional Menurut Klasifikasi Desa dan Kuintil Pengeluaran RT, Di Provinsi Papua Barat, Riskedas 2008

No	Kabupaten	Kuintil - 1	Kuintil - 2	Kuintil - 3	Kuintil - 4	Kuintil - 5
1	Fakfak	26,8	27,7	29,7	35,0	36,9
2	Kaimana	74,4	55,9	64,9	62,0	34,2
3	Teluk Wondama	72,0	44,8	46,4	63,3	66,7
4	Teluk Bintuni	36,3	26,5	38,3	31,1	36,3
5	Manokwari	75,5	55,3	49,5	39,5	39,9
6	Sorong Selatan	5,3	38,9	8,9	35,0	23,0
7	Sorong	57,7	76,9	55,2	40,7	59,3
8	Raja Ampat	75,0	58,6	58,6	72,4	60,7
9	Kota Sorong	59,3	52,3	42,0	33,4	34,9
PAPUA BARAT		61,0	52,3	45,6	47,9	45,4

Tabel 3.24 menunjukkan bahwa prevalensi konsumsi energi lebih kecil dari angka rerata nasional semua kota di Provinsi Papua Barat berada di bawah angka nasional (61,4%)

,sedangkan desa yang di bawah angka nasional (54,3%) terdapat pada 7 Kabupaten/kota.

Tabel 3.9
Prevalensi Konsumsi Energi Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional
Menurut Klasifikasi, Di Provinsi Papua Barat, Riskedas 2008

No	Kab/Kota	Kota	Desa
1	Fakfak	28,6	35,6
2	Kaimana	47,8	40,0
3	Teluk Wondama	--	62,7
4	Teluk Bintuni	23,8	26,7
5	Manokwari	59,5	65,9
6	Sorong Selatan	33,3	16,7
7	Sorong	--	46,7
8	Raja Ampat	--	67,6
9	Kota Sorong	60,6	46,3
PAPUA BARAT		54,3	50,7

Data pada tabel 3.3.4.6 menunjukkan bahwa di semua Kabupaten prevalensi RT di desa yang konsumsi protein dibawah angka rerata nasional lebih tinggi dari RT di Kota.

Tabel 3.3.4.7 menunjukkan bahwa prevalensi konsumsi protein lebih kecil dari angka rerata nasional pada semua kota di Provinsi Papua Barat berada di bawah angka nasional (56,1% , sedangkan desa yang di bawah angka nasional (60,4%) terdapat pada 7 Kabupaten/kota.

Tabel 3.10
Prevalensi Konsumsi Protein Lebih Kecil dari Angka Rerata Nasional
Menurut Klasifikasi Kota, Di Provinsi Papua Barat, Riskedas 2008

No	Kab/Kota	Kota	Desa
1	Fakfak	30,6	28,8
2	Kaimana	45,7	62,3
3	Teluk Wondama	--	58,5
4	Teluk Bintuni	28,6	34,4
5	Manokwari	41,6	56,6
6	Sorong Selatan	25,0	23,3
7	Sorong	--	57,8
8	Raja Ampat	--	64,7
9	Kota Sorong	44,4	53,7
PAPUA BARAT		41,5	53,9

3.3.5 Konsumsi Garam Beriodium

Kandungan Iodium garam rumah tangga diperiksa dengan melakukan tes garam cepat pada seluruh rumah tangga sampel yang dikunjungi. Terdapat 3 (tiga) katagori yang digunakan dalam menilai hasil tes garam cepat ini, yaitu bila hasil tes menunjukkan tidak ada perubahan warna, berarti tidak ada kandungan Iodium dalam garam; bila menunjukkan warna biru/ungu muda, berarti kandungan Iodium garam tidak cukup (< 30 ppm); dan garam dikatakan mengandung Iodium cukup (≥ 30 ppm) bila hasil tes menunjukkan warna biru/ungu tua.

Tabel 3.11.1
Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Garam Mengandung Cukup Iodium Menurut Kabupaten/kota Di Provinsi Papua Barat, Riskesdas2008

No	Kabupaten/kota	Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Cukup Iodium (%)
1	Fak Fak	95,7
2	Kaimana	96,4
3	Teluk Wondama	97,0
4	Teluk Bintuni	86,2
5	Manokwari	92,6
6	Sorong Selatan	98,9
7	Sorong	90,5
8	Raja Ampat	98,1
9	Kota Sorong	74,8
Papua Barat		90,9

Tabel 3.3.5.1 menggambarkan rumah tangga yang memiliki garam cukup Iodium di Propinsi Papua Barat yaitu mencapai 90,9%. Kota Sorong dan Teluk Bintuni merupakan kab/kota dengan persentase rumah tangga mengonsumsi garam cukup Iodium di bawah target *Universal Salt Iodization* (90%).

Tabel 3.12
Persentase Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Cukup Iodium Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Rumah Tangga Mengonsumsi Garam Cukup Iodium (%)
Pendidikan Kepala Keluarga	
Tidak tamat SD & Tidak sekolah	91,6
Tamat SD	92,8
Tamat SLTP	95,1
Tamat SLTA	89,0
Tamat PT	87,4
Pekerjaan Kepala Keluarga	
Tidak bekerja/Sekolah/Ibu rumah tangga	87,9
TNI/Polri/PNS/BUMN	93,8
Pegawai Swasta	90,5
Wiraswasta/Pedagang/Pelayanan Jasa	85,5
Petani/Nelayan	95,7
Buruh/Lainnya	83,1
Tempat tinggal	
Perkotaan	83,7
Perdesaan	94,8
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	89,9
Kuintil 2	93,6
Kuintil 3	90,0
Kuintil 4	87,3
Kuintil 5	92,5

Pada tabel 3.3.5.2 di atas menunjukkan penggunaan garam beriodium ditingkat rumah tangga menurut karakteristik. Berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa kepala keluarga dengan berpendidikan tamat perguruan tinggi mempunyai persentase paling rendah dalam penggunaan garam cukup iodium. Penggunaan garam cukup iodium di tingkat petani/nelayan menduduki persentase yang paling tinggi, diikuti oleh rumah tangga yang kepala keluarganya memiliki pekerjaan tetap (TNI/POLRI/PNS/BUMN) diikuti oleh pekerja swasta.

Dibandingkan dengan wilayah perkotaan, persentase rumah tangga menggunakan garam cukup iodium di wilayah perdesaan tampak lebih tinggi. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita tidak tampak pola hubungan yang jelas antara kuintil tingkat pengeluaran per kapita dengan persentase penggunaan garam cukup iodium di rumah tangga.

3.4 Kesehatan Ibu dan Anak

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

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

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

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

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

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

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

Cakupan imunisasi pada anak umur 12 – 59 bulan dapat dilihat pada empat tabel (Tabel 3.25 s/d Tabel 3.28). Tabel 3.28 dan Tabel 3.29 menunjukkan tiap jenis imunisasi yaitu BCG, tiga kali polio, tiga kali DPT, tiga kali HB, dan campak menurut provinsi dan karakteristik. Tabel 3.30 dan 3.31 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.

3.4.1 Status Imunisasi

Dari hasil penelitian ini diketahui cakupan imunisasi terhadap balita di Provinsi Papua Barat masih banyak belum tercapai seperti pada tabel-tabel berikut.

Secara umum anak balita di Provinsi Papua Barat telah mendapatkan imunisasi campak (78,2%) dan BCG (77,5%). Imunisasi lain masih rendah yakni Polio3, DPT3 dan terutama HB3 masih sangat sedikit sebesar 42,5%. Imunisasi BCG tertinggi di Kota Sorong (96,8%) terendah di Kabupaten Raja Ampat (56,7%). Imunisasi Polio 3 tertinggi di Kabupaten Sorong (82,1%) dan terendah di Kabupaten Raja Ampat (38,7%). Imunisasi DPT3 paling tinggi di Kabupaten Sorong (85,0%) dan terendah di Kabupaten Teluk Wondama (28,0%). Imunisasi HB3 tertinggi di Kabupaten Sorong (84,4%) dan terendah di Kabupaten Teluk Wondama (20,0%). Imunisasi campak tertinggi di Kabupaten Sorong yakni 95% dan terendah di Kabupaten Kaimana yakni 61,5% (Tabel 3.4.1.1).

Tabel 3.4.1.1
Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	KABUPATEN/KOTA	JENIS IMUNISASI				
		BCG	POLIO 3	DPT 3	HB 3	CAMPAK
1	Fak Fak	94,9	75,0	62,3	39,4	88,9
2	Kaimana	66,0	41,4	36,6	35,1	61,5
3	Teluk Wondama	58,7	43,3	28,0	20,0	69,2
4	Teluk Bintuni	74,2	61,3	58,1	53,3	71,9
5	Manokwari	84,3	74,5	65,3	42,9	87,2
6	Sorong Selatan	78,4	41,7	42,9	46,4	80,6
7	Sorong	95,0	82,1	85,0	84,4	95,0
8	Raja Ampat	56,7	38,7	40,0	40,0	66,7
9	Kota Sorong	96,8	64,4	63,0	52,2	89,7
PAPUA BARAT		77,5	55,7	49,0	42,5	78,2

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

* Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi Papua Barat BCG 84,3%, polio3 64,7%, DPT3 59,4%, HB3 51,0%, campak 80,8%

Bila dibedakan pelayanan imunisasi dasar yang sangat umum yakni BCG antara daerah perdesaan dan perkotaan di Provinsi Papua Barat tidak nampak perbedaan yang bermakna yakni di perkotaan 78,0 % dan di perdesaan 76,6%. Namun bila dibandingkan dengan pendidikan kepala keluarga ternyata semakin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga semakin tinggi persentase anak balita yang memperoleh imunisasi. Persentase balita yang mendapat imunisasi pada anak laki-laki secara umum lebih tinggi dibanding anak perempuan.

Berdasarkan pekerjaan kepala keluarga persentase anak balita yang mendapatkan imunisasi paling rendah pada kepala keluarga nelayan yakni 59,1%. Berdasarkan tingkat pendapatan kepala keluarga tidak nampak perbedaan yang nyata dengan persentase anak balita yang mendapatkan imunisasi (Tabel 3.4.1.2).

Tabel 3.4.1.2
Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi
Dasar menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat,
Riskedas 2008

Karakteristik	Jenis Imunisasi				
	BCG	POLIO 3	DPT 3	HB 3	CAMPAK
Umur (bulan)					
12 – 23	84,3	64,5	59,2	50,7	80,7
24 – 35	75,7	54,8	46,9	34,1	78,0
36 – 47	81,2	51,1	44,0	44,1	75,8
48 – 59	67,5	50,4	43,7	38,5	77,7
Jenis kelamin					
Laki-laki	95,9	70,0	66,8	56,4	90,3
Perempuan	68,8	48,9	40,9	34,2	72,2
Tipe daerah					
Kota	78,0	55,4	47,7	44,7	75,3
Desa	76,6	55,4	49,8	39,7	81,2
Pendidikan KK					
Tidak sekolah	72,0	45,8	41,7	45,0	70,8
Tidak tamat SD	71,6	50,0	41,9	39,7	72,0
Tamat SD	70,1	41,6	32,9	24,2	70,4
Tamat SMP	74,6	58,4	50,5	47,6	81,7
Tamat SMA	87,6	65,9	60,5	53,5	86,4
Perguruan tinggi	91,9	81,6	69,4	46,2	91,9
Pekerjaan KK					
Tidak Bekerja	76,9	46,2	48,0	39,1	73,1
Sekolah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ibu Rumah Tangga	100,0	81,8	36,4	33,3	81,8
Tni/Polri	100,0	100,0	100,0	87,5	100,0
Pns	87,5	70,9	53,7	43,2	83,6
Pegawai/Bumn	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Pegawai Swasta	95,2	71,4	69,2	55,3	87,8
Wiraswasta/Pedagang	92,8	64,1	57,6	47,4	85,7
Pelayan Jasa	100,0	66,7	73,3	69,2	77,8
Petani	69,2	44,0	42,3	33,3	74,3
Nelayan	59,1	42,7	29,6	35,2	71,0
Buruh	88,9	78,4	65,8	58,3	87,2
Lainnya	90,0	63,2	55,6	7,7	77,8
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil 1	67,1	41,5	34,8	35,4	69,7
Kuintil 2	78,0	53,7	50,4	48,5	78,2
Kuintil 3	79,6	60,9	52,4	42,3	79,0
Kuitnil 4	86,7	65,1	60,5	53,5	83,7
Kuintil 5	79,4	59,2	50,0	38,8	80,6

Tabel 3.4.1.3
Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/Kota	Imunisasi Dasar		
		Lengkap	Tdk Lengkap	Tidak Sama Sekali
1	Fak Fak	18,3	81,7	0,0
2	Kaimana	21,7	56,6	21,7
3	Teluk Wondama	11,2	71,6	17,3
4	Teluk Bintuni	48,4	29,0	22,6
5	Manokwari	15,4	75,0	9,6
6	Sorong Selatan	31,6	57,9	10,5
7	Sorong	63,4	31,7	4,9
8	Raja Ampat	31,3	46,9	21,9
9	Kota Sorong	40,4	57,8	1,9
PAPUA BARAT		26,9	61,4	11,7

Imunisasi dasar lengkap:

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

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

* Imunisasi dasar anak umur 12-23 bulan di Provinsi Papua Barat untuk lengkap 37,3%, tidak lengkap 55,1% dan tidak sama sekali 7,6%.

Pada Tabel 3.4.1.3 tampak persentase Imunisasi lengkap untuk Provinsi Papua Barat sebesar 26,9%, tertinggi melebihi angka provinsi adalah di Kabupaten Sorong (63,4%) dan terendah di Kabupaten Teluk Wondama (11,2%). Di 3 Kabupaten masih terdapat persentase tinggi anak balita yang sama sekali tidak pernah mendapat imunisasi yakni Kaimana (21,7%), Teluk Bintuni (22,6%) dan Raja Ampat (21,9%) melebihi angka persentase provinsi (11,8%).

Tabel 3.4.1.4
Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi
Lengkap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat,
Riskesmas 2008

Karakteristik	Status Imunisasi		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Sama Sekali
Jenis kelamin			
Laki-laki	41,8	55,6	2,7
Perempuan	19,8	64,4	15,9
Tipe daerah			
Kota	29,4	58,9	11,7
Desa	23,9	64,7	11,5
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	25,0	46,4	28,6
Tidak tamat SD	28,0	60,2	11,8
Tamat SD	11,7	69,8	18,5
Tamat SMP	29,1	64,1	6,8
Tamat SMA	36,0	59,4	4,6
Perguruan tinggi	32,4	67,6	0,0
PEKERJAAN KK			
Tidak Bekerja	29,6	48,1	22,2
Sekolah	100,0	0,0	0,0
Ibu Rumah Tangga	27,3	54,5	18,2
Tni/Polri	87,5	12,5	0,0
Pns	26,8	69,6	3,6
Pegawai/Bumn	0,0	100,0	0,0
Pegawai Swasta	43,2	54,5	2,3
Wiraswasta/Pedagang	36,5	59,5	4,1
Pelayan Jasa	52,9	47,1	0,0
Petani	18,8	67,2	14,1
Nelayan	14,4	69,5	16,1
Buruh	45,2	47,6	7,1
Lainnya	5,0	90,0	5,0
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	19,2	65,4	15,4
Kuintil 2	28,8	54,0	17,3
Kuintil 3	27,2	62,6	10,2
Kuintil 4	36,4	57,9	5,7
Kuintil 5	27,4	63,2	9,4

Persentase imunisasi lengkap lebih banyak dua kali pada anak balita laki-laki (41,8%) dibandingkan dengan perempuan (19,8%), tidak berbeda nyata antara kota (29,4%) dan desa (23,9%). Persentase imunisasi lengkap anak balita menurut pekerjaan kepala keluarga bervariasi, tertinggi pada yang yang sekolah (100%) terendah pada Pegawai/BUMN (0,0%) diikuti nelayan (14,4%). Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita sedikit bervariasi persentase anak balita yang mendapatkan imunisasi lengkap, terendah pada kuintil 1 (Tabel 3.4.1.4)

3.4.2 Pemantauan Pertumbuhan Balita

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

KMS dan Buku KIA merupakan alat yang paling mudah untuk mengetahui tingkat kenaikan berat badan yang optimal setiap bulan. Dengan KMS atau Buku KIA dapat diketahui kenaikan berat badan sesuai dengan garis pertumbuhan atau tidak.

Penimbangan balita dapat dilakukan di berbagai tempat seperti posyandu, polindes, puskesmas atau sarana pelayanan kesehatan yang lain. Di posyandu selain ibu dapat mengetahui pertumbuhan anaknya, mulai anak umur enam bulan diberikan kapsul vitamin A untuk mengatasi masalah kurang vitamin A yang banyak terjadi pada balita.

Dalam Riskesdas 2008, dikumpulkan data pemantauan pertumbuhan balita, KMS, Buku KIA, dan distribusi kapsul vitamin A. Frekuensi penimbangan ditanyakan dalam 6 bulan terakhir yang dikelompokkan menjadi tidak pernah ditimbang dalam 6 bulan terakhir, ditimbang 1-3 kali yang berarti penimbangan tidak teratur, dan 4-6 kali yang berarti penimbangan teratur.

Umumnya (70,9%) balita di Provinsi Papua Barat mengikuti program penimbangan, di antaranya 42,7% ≥ 4 kali, dan 28,3% 1-3 kali, selebihnya yakni 29,0% balita tidak mengikuti penimbangan. Penimbangan ≥ 4 paling banyak dilakukan di Kabupaten Raja Ampat (96,3%), sementara yang tidak pernah melakukan penimbangan paling banyak di Kabupaten Sorong yakni 42,6% (Tabel 3.4.2.1).

Tabel 3.4.2.1
Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/Kota	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
		Tdk Pernah	1-3 Kali	≥ 4 Kali
1	Fak Fak	21,0	14,5	64,5
2	Kaimana	39,7	28,9	31,4
3	Teluk Wondama	19,5	36,8	43,6
4	Teluk Bintuni	22,5	32,5	45,0
5	Manokwari	36,0	28,0	36,0
6	Sorong Selatan	9,7	29,0	61,3
7	Sorong	42,6	4,3	53,2
8	Raja Ampat	3,7	0,0	96,3
9	Kota Sorong	39,3	31,7	29,0
PAPUA BARAT		29,0	28,3	42,7

Berdasarkan umur balita penimbangan paling banyak dilakukan pada umur 6-11 bulan dengan frekuensi ≥ 4 kali, sementara paling rendah pada umur 48-59 bulan dengan persentase tidak pernah penimbangan sebesar 41,7%. Ada kecenderungan makin tinggi usia anak balita frekuensi penimbangan ≥ 4 kali menurun, sedangkan bayi sampai umur

11 bulan semuanya ditimbang. Berdasarkan jenis kelamin tidak ada perbedaan persentase anak balita laki-laki dan perempuan dengan penimbangan. Ada kecenderungan antara penimbangan dengan pendidikan, pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita. Semakin tinggi pendidikan dan tingkat pengeluaran per kapita semakin besar persentase balita yang mengikuti penimbangan namun tidak berbeda dengan frekuensi penimbangan. Selanjutnya persentase balita yang tidak mengikuti penimbangan lebih tinggi pada Kepala keluarga yang tidak bekerja (Tabel 3.4.2.2).

Tabel 3.13
Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Frekuensi penimbangan (kali)		
	Tidak pernah	1-3 kali	≥ 4 kali
Umur (bulan)			
6 – 11	0,0	22,2	77,8
12 – 23	17,8	25,8	56,4
24 – 35	25,1	26,3	48,6
36 – 47	40,3	26,1	33,5
48 – 59	41,7	26,6	31,7
Jenis kelamin			
Laki-laki	29,6	25,3	45,1
Perempuan	28,4	31,5	40,1
Tipe daerah			
Kota	35,8	29,2	35,0
Desa	26,0	28,0	45,9
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	39,1	13,0	47,8
Tidak tamat SD	36,3	37,4	26,4
Tamat SD	27,8	15,8	56,4
Tamat SMP	25,4	22,0	52,5
Tamat SMA	24,2	30,7	45,1
Perguruan tinggi	25,0	40,6	34,4
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	44,0	16,0	40,0
Ibu rumah tangga	44,4	0,0	55,6
PNS/POLRI/TNI	22,3	29,1	48,5
Wiraswasta	35,2	29,6	35,2
Petani/nelayan/buruh	26,5	26,5	47,0
Lainnya			
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	30,4	33,5	36,0
Kuintil 2	33,1	21,1	45,8
Kuintil 3	34,7	29,9	35,4
Kuitnil 4	25,0	28,6	46,4
Kuintil 5	24,2	32,0	43,8

Penimbangan balita pada 6 bulan terakhir paling banyak dilakukan di posyandu (81,1%) terutama di Kabupaten Sorong, Kabupaten Teluk Wondama dan Kabupaten Teluk Bintuni. Selain itu penimbangan juga banyak dilakukan di Puskesmas di Kabupaten Manokwari 25,8% dan Kabupaten Kaimana 21,1% (Tabel 3.4.2.3).

Tabel 3.4.2.3
Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/Kota	Tempat penimbangan anak				
		RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
1	Fak Fak	6,0	14,0	,0	74,0	6,0
2	Kaimana	1,3	21,1	1,3	75,0	1,3
3	Teluk Wondama	1,1	3,9	0,0	95,0	0,0
4	Teluk Bintuni	0,0	0,0	0,0	90,0	10,0
5	Manokwari	0,0	25,8	3,2	64,5	6,5
6	Sorong Selatan	0,0	15,2	0,0	81,8	3,0
7	Sorong	0,0	0,0	3,4	96,6	0,0
8	Raja Ampat	0,0	6,7	3,3	86,7	3,3
9	Kota Sorong	7,8	12,2	1,7	64,3	13,9
PAPUA BARAT		2,8	10,2	1,0	81,1	4,8

Berdasarkan umur balita penimbangan dalam 6 bulan terakhir paling banyak dilakukan di posyandu pada umur 12-23 bulan (89,4%), sementara paling rendah pada umur 24-35 bulan di polindes (0,7%). Berdasarkan jenis kelamin ada perbedaan persentase anak balita laki-laki dan perempuan dengan tempat penimbangan di rumah sakit. Menurut desa dan kota ternyata penimbangan lebih banyak di kota (5,7%) dari desa (1,7%) di rumah sakit dan di tempat lainnya di kota 11,4% dan di desa 2,4%. Tidak ada kecenderungan dalam 6 bulan terakhir antara tempat penimbangan dengan pendidikan, pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita (Tabel 3.4.2.4).

Tabel 3.4.2.4
Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Tempat penimbangan anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Umur (bulan)					
6 – 11	4,7	2,3	0,0	83,7	9,3
12 – 23	3,0	7,6	0,0	89,4	0,0
24 – 35	0,0	10,9	0,7	84,8	3,6
36 – 47	0,0	14,8	1,5	77,8	5,9
48 – 59	6,5	10,2	0,9	78,7	3,7
Jenis kelamin					
Laki-laki	1,8	9,5	0,7	83,2	4,9
Perempuan	3,8	11,1	1,0	79,2	4,8
Tipe daerah					
Kota	5,7	12,7	1,3	69,0	11,4
Desa	1,7	9,4	1,0	85,6	2,4
Pendidikan KK					
Tidak sekolah	0,0	30,8	0,0	69,2	0,0
Tidak tamat SD	1,8	5,3	0,0	93,0	0,0
Tamat SD	1,0	11,0	1,0	85,0	2,0
Tamat SMP	2,3	13,8	0,0	83,9	0,0
Tamat SMA	3,3	11,7	1,7	73,3	10,0
Perguruan tinggi	0,0	11,5	3,8	61,5	23,1
Pekerjaan KK					
Tidak bekerja	0,0	7,1	0,0	92,9	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	20,0	0,0	80,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	4,8	10,8	1,2	69,9	13,3
Wiraswasta	2,2	15,2	4,3	67,4	10,9
Petani/nelayan/buruh	1,6	11,7	0,4	84,2	2,0
Lainnya					
Tingkat pengeluaran perkap					
Kuintil 1	6,0	10,3	0,9	79,5	3,4
Kuintil 2	0,0	18,4	2,0	77,6	2,0
Kuintil 3	3,9	7,8	0,0	80,4	7,8
Kuintil 4	2,3	7,6	0,0	86,3	3,8
Kuintil 5	2,0	10,9	3,0	75,2	8,9

Lebih dari separoh (66,2%) balita di Provinsi Papua Barat memiliki Kartu menuju sehat (KMS), di antaranya 31,6% dapat menunjukkan dan 34,6% tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain. Sementara yang dapat menunjukkan paling banyak di Kabupaten Raja Ampat yakni 57,6% dan yang memiliki KMS tapi tidak dapat menunjukkan tertinggi di Kabupaten Fakfak 58,3%. Persentase balita yang tidak memiliki KMS di Papua Barat 33,8%, paling banyak di Kabupaten Teluk Wondama (49,1%), (Tabel 3.4.2.5).

Tabel 3.14
Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/kota
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/ Kota	Kepemilikan KMS*		
		1	2	3
1	Fak Fak	18,1	58,3	23,6
2	Kaimana	28,1	28,1	43,8
3	Teluk Wondama	26,4	24,5	49,1
4	Teluk Bintuni	41,3	17,4	41,3
5	Manokwari	23,4	56,3	20,3
6	Sorong Selatan	38,6	31,8	29,5
7	Sorong	47,3	23,6	29,1
8	Raja Ampat	57,6	27,3	15,2
9	Kota Sorong	36,2	45,4	18,3
PAPUA BARAT		31,6	34,6	33,8

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

Berdasarkan umur balita, persentase yang paling banyak tidak memiliki KMS adalah umur 24-35 bulan. Ada kecenderungan makin tinggi umur balita, makin sedikit memiliki KMS yang dapat ditunjukkan. Di desa lebih banyak (40,8%) tidak memiliki KMS dibandingkan dengan di kota (17,9%).

Berdasarkan jenis kelamin tidak ada perbedaan persentase anak balita laki-laki dan perempuan dengan pemilikan KMS. Makin tinggi pendidikan kepala keluarga makin sedikit balita yang tidak memiliki KMS walaupun sebagian besar tidak dapat menunjukkan (56,8%). Selanjutnya tidak ada kecenderungan perbedaan persentase antara pemilikan KMS balita dengan pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita (Tabel 3.4.2.6).

Tabel 3.15
Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Respondendi Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Umur (bulan)			
0 – 5	55,8	20,8	23,4
6 – 11	43,4	30,6	26,0
12 – 23	33,0	39,9	27,1
24 – 35	20,2	38,1	41,7
36 – 47	17,5	42,9	39,5
48 – 59	55,8	20,8	23,4
Jenis kelamin			
Laki-laki	33,5	32,5	34,0
Perempuan	29,4	37,0	33,6
Tipe daerah			
Kota	37,1	45,0	17,9
Desa	29,0	30,2	40,8
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	30,0	20,0	50,0
Tidak tamat SD	31,5	26,0	42,5
Tamat SD	19,8	38,2	42,0
Tamat SMP	30,9	41,4	27,8
Tamat SMA	38,9	34,9	26,2
Perguruan tinggi	31,8	56,8	11,4
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	56,8	24,3	18,9
Ibu rumah tangga	38,5	46,2	15,4
PNS/POLRI/TNI	37,6	44,0	18,4
Wiraswasta	26,1	56,8	17,1
Petani/nelayan/buruh	26,8	29,6	43,6
Lainnya			
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	22,7	30,5	46,8
Kuintil 2	30,3	35,4	34,4
Kuintil 3	29,1	30,7	40,2
Kuintil 4	41,1	39,6	19,3
Kuintil 5	37,5	41,7	20,8

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

Tabel 3.4.2.7 menunjukkan bahwa umumnya (82,0%) balita di Provinsi Papua Barat tidak memiliki Buku KIA di antaranya hanya 8,2% dapat menunjukkan, sementara 9,8% tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain. Persentase balita yang tidak memiliki KMS paling banyak di Kabupaten Fakfak (93,0%), sementara yang dapat menunjukkan paling banyak di Kabupaten Sorong yakni 42,6%.

Tabel 3.16
Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/ Kota	Kepemilikan buku KIA*		
		1	2	3
1	Fakfak	0,0	7,0	93,0
2	Kaimana	10,3	5,1	84,6
3	Teluk Wondama	1,8	8,0	90,2
4	Teluk Bintuni	10,9	4,3	84,8
5	Manokwari	9,7	30,6	59,7
6	Sorong Selatan	13,6	11,4	75,0
7	Sorong	42,6	13,0	44,4
8	Raja Ampat	6,1	15,2	78,8
9	Kota. Sorong	5,6	9,3	85,2
PAPUA BARAT		8,2	9,8	82,0

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

Tabel 3.4.2.8 menunjukkan berdasarkan umur balita, persentase yang paling banyak tidak memiliki Buku KIA adalah umur 36-47 bulan. Menurut jenis kelamin persentase balita laki-laki lebih banyak (11,2%) memiliki Buku KIA dan dapat menunjukkan dari pada perempuan (5,5%). Selanjutnya tidak ada kecenderungan perbedaan antara pemilikan Buku KIA balita dengan tingkat pendidikan, jenis pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita

Tabel 3.4.2.8
Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik
Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
Umur (bulan)			
0 – 5	8,3	2,8	88,9
6 – 11	10,3	10,3	79,3
12 – 23	8,9	10,8	80,3
24 – 35	10,7	13,1	76,2
36 – 47	1,8	8,3	89,9
48 – 59	8,3	2,8	88,9
Jenis kelamin			
Laki-laki	11,2	9,3	79,5
Perempuan	5,5	10,2	84,3
Tipe daerah			
Kota	7,6	9,7	82,7
Desa	8,6	9,9	81,6
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	12,8	10,3	76,9
Tidak tamat SD	10,3	8,6	81,0
Tamat SD	2,5	9,8	87,7
Tamat SMP	6,2	8,2	85,6
Tamat SMA	9,2	12,9	77,9
Perguruan tinggi	18,9	13,5	67,6
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	21,1	5,3	73,7
Ibu rumah tangga	0,0	0,0	100,0
PNS/POLRI/TNI	11,9	14,2	73,9
Wiraswasta	5,0	16,0	79,0
Petani/nelayan/buruh	6,4	8,2	85,4
Lainnya			
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	3,5	8,0	88,5
Kuintil 2	7,9	8,4	83,7
Kuintil 3	11,0	13,2	75,8
Kuintil 4	10,7	7,1	82,1
Kuintil 5	11,6	14,5	73,9

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

3.4.3 Distribusi Kapsul Vitamin A

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

Lebih dari separoh (61,6%) anak umur 6-59 bulan di Provinsi Papua Barat menerima kapsul vitamin A. Persentasi paling banyak di Kabupaten Sorong Selatan (87,8%), sementara penimbangan paling rendah di Kabupaten Teluk Wondama yakni 44,9% (Tabel 3.4.3.1).

Tabel 3.17
Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/Kota	Menerima kapsul vitamin A
1	Fak Fak	83,3
2	Kaimana	56,3
3	Teluk Wondama	44,9
4	Teluk Bintuni	65,1
5	Manokwari	65,6
6	Sorong Selatan	87,8
7	Sorong	79,6
8	Raja Ampat	81,3
9	Kota Sorong	62,6
	PAPUA BARAT	61,6

Berdasarkan umur anak yang menerima kapsul vitamin A paling banyak pada umur 12-23 bulan (72,9%). Tidak ada kecenderungan perbedaan antara persentase anak yang menerima kapsul vitamin A dengan pendidikan, pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita (Tabel 3.4.3.2).

Tabel 3.4.3.2
Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Menerima kapsul vitamin A
Umur (bulan)	
6 – 11	64,9
12 – 23	72,9
24 – 35	62,3
36 – 47	52,4
48 – 59	58,0
Jenis kelamin	
Laki-laki	63,3
Perempuan	59,7
Tipe daerah	
Kota	66,4
Desa	59,5
Pendidikan KK	
Tidak sekolah	64,7
Tidak tamat SD	50,0
Tamat SD	54,8
Tamat SMP	62,5
Tamat SMA	73,3
Perguruan tinggi	57,1
Pekerjaan KK	
Tidak bekerja	62,1
Ibu rumah tangga	69,2
PNS/POLRI/TNI	68,5
Wiraswasta	59,3
Petani/nelayan/buruh	59,9
Lainnya	
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	55,6
Kuintil 2	63,6
Kuintil 3	67,6
Kuintil 4	67,5
Kuintil 5	58,0

3.4.4 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Dalam Riskesdas 2008, dikumpulkan data tentang pemeriksaan kehamilan, jenis pemeriksaan kehamilan, ukuran bayi lahir, penimbangan bayi lahir, pemeriksaan neonatus pada ibu yang mempunyai bayi. Data tersebut dikumpulkan dengan mewawancarai ibu yang mempunyai bayi umur 0 – 11 bulan, dan dikonfirmasi dengan catatan Buku KIA/KMS/catatan kelahiran

Menurut persepsi ibu mengenai ukuran bayinya ketika dilahirkan yakni kecil, normal dan besar dapat dilihat pada tabel-tabel berikut. Tabel 3.4.4.1 menunjukkan bahwa umumnya (71,1%) bayi di Provinsi Papua Barat lahir dengan ukuran normal menurut persepsi ibu. Persentase bayi yang lahir dengan ukuran normal paling banyak di Kabupaten Manokwari (100,0%), sementara yang paling sedikit di Kabupaten Sorong yakni 50,0%.

Tabel 3.18.4.1
Persentase Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/ Kota	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
		Kecil	Normal	Besar
1	Fak Fak	0,0	62,5	37,5
2	Kaimana	14,3	75,0	10,7
3	Teluk Wondama	7,7	76,9	15,4
4	Teluk Bintuni*	50,0	50,0	0,0
5	Manokwari*	0,0	100,0	0,0
6	Sorong Selatan	16,7	83,3	0,0
7	Sorong*	10,0	50,0	40,0
8	Raja Ampat*	-	-	-
9	Kota Sorong	11,1	69,4	19,4
PAPUA BARAT		10,7	71,1	18,2

*Raja Ampat tidak ada data

Catatan:

Kecil : Sangat kecil + Kecil

Normal : Normal

Besar : Besar + Sangat besar

Tabel 3.4.4.2. menunjukkan berdasarkan jenis kelamin bayi, persentase yang paling banyak lahir dengan ukuran normal menurut persepsi ibu adalah laki-laki (75,0%) dibanding perempuan (67,2%). Halnya dengan ukuran kecil dan sangat kecil jauh lebih banyak 3 kali pada perempuan (16,4%) dibanding laki-laki (5,0%). Menurut pendidikan kepala keluarga ternyata persentase bayi lahir dengan ukuran besar sama banyaknya pada kepala keluarga tidak sekolah dan perguruan tinggi yakni 40 %. Selanjutnya persentase bayi lahir dengan ukuran besar lebih banyak pada kepala keluarga tidak bekerja (25,0%) dan nelayan (23,6%) dibandingkan PNS/Polri/TNI (12,5%). Ada kecenderungan perbedaan persentase antara bayi lahir dengan ukuran normal dengan tingkat pendidikan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita.

Tabel 3.19
Persentase Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Karakteristik
Responden Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Jenis kelamin			
Laki-laki	5,0	75,0	20,0
Perempuan	16,4	67,2	16,4
Tipe daerah			
Kota	9,5	71,4	19,0
Desa	11,4	70,9	17,7
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	0,0	60,0	40,0
Tidak tamat SD	17,6	64,7	17,6
Tamat SD	26,7	60,0	13,3
Tamat SMP	0,0	68,2	31,8
Tamat SMA	5,9	85,3	8,8
Perguruan tinggi	0,0	60,0	40,0
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	0,0	75,0	25,0
Ibu rumah tangga			
PNS/POLRI/TNI	0,0	87,5	12,5
Wiraswasta	14,3	71,4	14,3
Petani/nelayan/buruh	12,7	63,6	23,6
Lainnya			
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	10,5	57,9	31,6
Kuintil 2	23,5	58,8	17,6
Kuintil 3	11,5	76,9	11,5
Kuintil 4	3,3	76,7	20,0
Kuintil 5	11,5	73,1	15,4

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

Umumnya (77,0%) ibu hamil yang mempunyai bayi memeriksakan kehamilan di Provinsi Papua Barat. Cakupan pemeriksaan kehamilan ibu paling rendah di Kabupaten Teluk Bintuni (50,0%) dan paling banyak di Kabupaten Manokwari yakni 100,0% (Tabel 3.4.4.3).

Tabel 3.4.4.3
Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut
Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/ Kota	Periksa hamil
1	Fak Fak	88,9
2	Kaimana	55,6
3	Teluk Wondama	59,1
4	Teluk Bintuni	50,0
5	Manokwari	100,0
6	Sorong Selatan	83,3
7	Sorong	90,0
8	Raja Ampat	-
9	Kota Sorong	94,4
PAPUA BARAT		77,0

Berdasarkan desa dan kota ternyata persentase pemeriksaan kehamilan ibu lebih banyak di kota (90,0%) dari desa (68,9%). Berdasarkan pendidikan kepala keluarga, sama persentase pemeriksaan kehamilan ibu yang mengikuti penimbangan pada kepala keluarga yang tidak sekolah dan perguruan tinggi (100%) sementara paling rendah pada pendidikan tidak tamat SD (21,4%). Menurut jenis pekerjaan kepala keluarga, sama persentase pemeriksaan kehamilan ibu pada kepala keluarga tidak bekerja dan PNS/POLRI/TNI yakni 100%. Ada kecenderungan perbedaan persentase antara persentase pemeriksaan kehamilan ibu dengan dan tingkat pengeluaran per kapita. (Tabel 3.4.4.4).

Tabel 3.4.4.4
Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Periksa hamil
Tipe daerah	
Kota	90,0
Desa	68,9
Pendidikan KK	
Tidak sekolah	100,0
Tidak tamat SD	41,2
Tamat SD	50,0
Tamat SMP	82,6
Tamat SMA	78,8
Perguruan tinggi	100,0
Pekerjaan KK	
Tidak bekerja	100,0
Ibu rumah tangga	
PNS/POLRI/TNI	100,0
Wiraswasta	86,7
Petani/nelayan/buruh	54,0
Lainnya	
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	66,7
Kuintil 2	52,9
Kuintil 3	69,6
Kuintil 4	88,5
Kuintil 5	92,3

Pelayanan pemeriksaan kehamilan yang paling banyak dilakukan adalah penimbangan berat badan (BB) yakni 100,0%, pemeriksaa tinggi fundus (perut) yakni 96,4% dan pemeriksaan tekanan 96,4%. Pelayanan yang paling rendah adalah pemeriksaan urine (26,2%) dan pengukuran tinggi badan 42,9%. (Tabel 3.4.4.5).

Tabel 3.4.4.5
Persentase Ibu Hamil Menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/ Kota	Jenis pelayanan*							
		a	b	c	d	e	f	g	H
1	Fak Fak	75,0	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	57,1
2	Kaimana	53,3	92,9	100,0	78,6	64,3	100,0	35,7	7,1
3	Teluk Wondama	15,4	100,0	84,6	84,6	69,2	100,0	69,2	30,8
4	Teluk Bintuni	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
5	Manokwari	50,0	100,0	66,7	66,7	100,0	100,0	50,0	33,3
6	Sorong Selatan	75,0	80,0	100,0	80,0	80,0	100,0	75,0	80,0
7	Sorong	55,6	100,0	100,0	77,8	77,8	100,0	66,7	22,2
8	Raja Ampat	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Kota Sorong	29,0	100,0	100,0	87,1	100,0	100,0	41,9	19,4
PAPUA BARAT		42,9	96,4	96,4	85,5	85,7	100,0	54,8	26,2

Jenis pelayanan kesehatan:

a = pengukuran tinggi badan

b = pemeriksaan tekanan darah

c = pemeriksaa tinggi fundus (perut)

d = pemberian tablet Fe

e = pemberian imunisasi TT

f = penimbangan berat badan

g = pemeriksaan hemoglobin

h = pemeriksaan urine

1. Pemeriksaan tekanan darah ibu.

Berdasarkan desa dan kota ternyata persentase pemeriksaan tekanan darah ibu lebih banyak di kota (100,0%) dari desa (94,1%).

Berdasarkan pendidikan kepala keluarga, jenis pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita tidak ada kecenderungan perbedaan persentase pemeriksaan tekanan darah ibu. (Tabel 3.4.4.6).

2. Pemeriksian tinggi fundus (perut) ibu

Berdasarkan desa dan kota ternyata persentase pemeriksaan tinggi fundus (perut) ibu lebih banyak di kota (100,0%) dari desa (94,1%).

Berdasarkan pendidikan kepala keluarga, jenis pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita tidak ada kecenderungan perbedaan persentase tinggi fundus (perut) ibu. (Tabel 3.4.4.6).

3. Pemberian tablet Fe

Berdasarkan desa dan kota ternyata persentase pemberian tablet Fe ibu sedikit lebih banyak di kota (87,4%) dari desa (84,0%). Berdasarkan pendidikan kepala keluarga, jenis pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita tidak ada kecenderungan perbedaan persentase pemberian tablet Fe ibu (Tabel 3.4.4.6).

4. Pemberian imunisasi

Berdasarkan desa dan kota ternyata persentase pemberian imunisasi ibu lebih banyak di kota (100,0%) dari desa (76,5%). Berdasarkan pendidikan kepala keluarga, jenis pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita tidak ada kecenderungan perbedaan persentase pemberian imunisasi ibu. (Tabel 3.4.4.6).

5. Penimbangan berat badan

Berdasarkan pendidikan kepala keluarga, jenis pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita tidak ada kecenderungan perbedaan persentase penimbangan berat badan ibu. Khusus persentase pada tingkat kepala keluarga semua 100% (Tabel 3.4.4.6).

6. Pemeriksaan hemoglobin

Berdasarkan desa dan kota ternyata persentase pemeriksaan hemoglobin ibu lebih sedikit di kota (45,5%) dari desa (60,8%). Berdasarkan pendidikan kepala keluarga, jenis pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita tidak ada kecenderungan perbedaan persentase pemeriksaan hemoglobin ibu. (Tabel 3.4.4.6).

7. Pemeriksaan urine

Berdasarkan desa dan kota ternyata persentase pemeriksaan urine ibu lebih sedikit di kota (18,2%) dari desa (31,4%). Berdasarkan pendidikan kepala keluarga, jenis pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita tidak ada kecenderungan perbedaan persentase pemeriksaan urine ibu (Tabel 3.4.4.6).

Tabel 3.4.4.6
Persentase Ibu Hamil Menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan
dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Jenis pelayanan*							
	a	b	c	d	e	f	G	H
Tipe daerah								
Kota	34,4	100,0	100,0	87,9	100,0	100,0	45,5	18,2
Desa	49,0	94,1	94,1	84,0	76,5	100,0	60,8	31,4
Pendidikan KK								
Tidak sekolah	20,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Tidak tamat SD	42,9	85,7	100,0	100,0	85,7	100,0	42,9	42,9
Tamat SD	0,0	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	0,0	20,0
Tamat SMP	41,2	94,1	100,0	70,6	77,8	100,0	70,6	16,7
Tamat SMA	37,5	100,0	91,7	84,0	87,5	100,0	54,2	25,0
Perguruan tinggi	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0
Pekerjaan KK								
Tidak bekerja	42,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	14,3	28,6
Ibu rumahtangga								
PNS/POLRI/TNI	62,5	100,0	100,0	93,8	100,0	100,0	75,0	43,8
Wiraswasta	30,0	100,0	100,0	100,0	77,8	100,0	55,6	,0
Petani/ buruh/ nelayan	18,5	92,6	88,9	69,2	77,8	100,0	57,7	11,1
Lainnya								
Status ekonomi								
Kuintil-1	33,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	25,0
Kuintil-2	44,4	90,0	100,0	55,6	60,0	100,0	10,0	,0
Kuintil-3	50,0	100,0	87,5	80,0	68,8	100,0	31,3	12,5
Kuintil-4	31,6	94,7	100,0	78,9	84,2	100,0	60,0	15,0
Kuintil-5	54,2	95,8	100,0	100,0	96,0	100,0	83,3	54,2

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 |

Pemeriksaan kesehatan pada bayi oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu dan bayinya dengan tujuan mengetahui tumbuh kembang bayi, pemberian imunisasi, penyuluhan kesehatan dan pemeriksaan kesehatan bayi. Pemeriksaan oleh tenaga kesehatan tersebut dapat dilakukan di rumah responden maupun di fasilitas kesehatan.

Minimal bayi umur 0 – 7 hari diperiksa 1 kali (KN1) demikian pula pada bayi umur 8–28 hari minimal diperiksa 1 kali (KN2).

Lebih dari separoh (66,3%) ibu pernah melakukan pemeriksaan neonatus di Provinsi Papua Barat. Cakupan pemeriksaan neonatus 0-7 hari di Papua Barat 39,8% dan cakupan pemeriksaan neonatus 8-28 hari 26,5% (Tabel 3.4.4.7).

Tabel 3.4.4.7
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/kota
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/ Kota	Pemeriksaan neonatus	
		Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
1	Fak Fak	33,3	22,2
2	Kaimana	25,9	26,9
3	Teluk Wondama	18,2	18,2
4	Teluk Bintuni	50,0	0,0
5	Manokwari	0,0	33,3
6	Sorong Selatan	80,0	40,0
7	Sorong	44,4	30,0
8	Raja Ampat	-	-
9	Kota Sorong	61,1	29,7
PAPUA BARAT		39,8	26,5

1. Karakteristik neonatus 0-7 hari.

Berdasarkan desa dan kota ternyata persentase pemeriksaan neonatus 0-7 hari lebih banyak di kota (57,5%) dari desa (30,1%). Menurut jenis kelamin persentase laki-laki lebih rendah (38,9%) dari pada perempuan (40,7%). Berdasarkan pendidikan kepala keluarga ada kecendrungan perbedaan persentase, makin tinggi pendidikannya makin besar persentase pemeriksaan neonatus. Kepala keluarga tidak sekolah (20,0%) dengan pendidikan kepala keluarga perguruan tinggi (50,0%). Tidak ada kecendrungan perbedaan persentase antara pemeriksaan neonatus 0-7 hari dengan jenis pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita (Tabel 3.4.4.8).

1. Karakteristik neonatus 8-28 hari

Berdasarkan desa dan kota ternyata persentase pemeriksaan neonatus 8-28 hari tidak berbeda jauh di kota (28,9%) dari desa (24,3%). Menurut jenis kelamin persentase laki-laki sedikit lebih tinggi (27,8%) dari pada perempuan (25,4%). Berdasarkan pendidikan kepala keluarga, sama persentase pemeriksaan neonatus pada kepala keluarga yang tidak sekolah dan perguruan tinggi (40,0%) sementara paling rendah pada pendidikan tidak tamat SD (21,4%). Tidak ada kecendrungan perbedaan persentase antara pemeriksaan neonatus 8-28 hari dengan jenis pekerjaan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita (Tabel 3.4.4.8).

Tabel 3.4.4.8
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Tipe daerah		
Kota	57,5	28,9
Desa	30,1	24,3
Jenis kelamin		
Laki-laki	38,9	27,8
Perempuan	40,7	25,4
Pendidikan KK		
Tidak sekolah	20,0	40,0
Tidak tamat SD	17,6	25,0
Tamat SD	30,0	30,0
Tamat SMP	50,0	21,7
Tamat SMA	53,1	24,2
Perguruan tinggi	50,0	40,0
Pekerjaan KK		
Tidak bekerja	42,9	0,0
Ibu rumahtangga		
PNS/POLRI/TNI	73,3	37,5
Wiraswasta	50,0	28,6
Petani/ buruh/ nelayan	30,0	22,4
Lainnya		
Status ekonomi		
Kuintil-1	33,3	23,5
Kuintil-2	17,6	17,6
Kuintil-3	26,1	8,3
Kuintil-4	64,0	34,6
Kuintil-5	44,4	34,6

3.4.5 Pertolongan Persalinan

Risikesdas di lima provinsi yaitu Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua juga mengumpulkan data tentang pertolongan dan tempat melahirkan, serta jumlah pemeriksaan kehamilan. Penolong persalinan, tempat persalinan dan ANC ditanyakan pada semua ibu yang mempunyai balita dirumah tangga sampel. Tabel berikutnya memberikan gambaran tentang informasi tersebut.

Tabel 3.4.5.1 menunjukkan bahwa hampir separoh (47,3%) penolong pertama persalinan di Provinsi Papua Barat dilakukan oleh bidan, terutama di Kabupaten Sorong, Kota Sorong dan Kabupaten Manokwari. Kalau ditotal bahwa 52,2% penolong pertama persalinan adalah tenaga kesehatan (dokter, bidan dan nakes lain). Penolong bersalin lain yang banyak dilakukan adalah famili/keluarga (22,1%) dan dukun bersalin (21,5%), selebihnya oleh dokter, tenaga kesehatan lain dan tenaga lainnya .

Tabel 3.4.5.1
Cakupan Penolong Pertama Persalinan menurut Kabupaten/kota
di Provinsi Papua Barat, Risikesdas 2008

No	Kabupaten/ Kota	Penolong pertama persalinan					
		Dokter	Bidan	Nakes lain	Dukun bersalin	Famili	Lain-nya
1	Fak Fak	7,4	47,1	0,0	42,6	2,9	0,0
2	Kaimana	0,0	39,1	2,6	5,8	49,4	3,2
3	Teluk Wondama	0,8	29,8	0,0	40,7	19,8	8,9
4	Teluk Bintuni	0,0	43,5	2,2	19,6	34,8	0,0
5	Manokwari	6,3	62,5	1,6	10,9	15,6	3,1
6	Sorong Selatan	4,7	46,5	0,0	4,7	37,2	7,0
7	Sorong	7,4	68,5	1,9	7,4	13,0	1,9
8	Raja Ampat	0,0	38,2	5,9	14,7	35,3	5,9
9	Kota Sorong	7,3	68,2	2,6	15,1	5,7	1,0
PAPUA BARAT		3,6	47,1	1,6	21,4	22,3	3,9

Separoh (50,2%) penolong terakhir persalinan ibu hamil di Provinsi Papua Barat dilakukan oleh bidan (50,2%), terutama di Kabupaten Sorong, Kota Sorong dan Kabupaten Manokwari. Penolong terakhir bersalin lain yang banyak dilakukan adalah famili/keluarga (19,7%%) dan dukun bersalin (20,7%), selebihnya oleh dokter (4,1%), tenaga kesehatan lain dan tenaga lainnya (Tabel 3.4.5.2).

Tabel 3.4.5.2
Cakupan Penolong Terakhir Persalinan menurut Kabupaten/kota
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/kota	Penolong terakhir persalinan					
		Dokter	Bidan	Nakes lain	Dukun bersalin	Famili	Lainnya
1	Fak Fak	8,8	51,5	0,0	36,8	2,9	0,0
2	Kaimana	0,0	51,0	2,5	4,5	41,4	0,6
3	Teluk Wondama	0,8	31,3	0,0	39,8	18,1	10,0
4	Teluk Bintuni	0,0	43,5	2,2	19,6	34,8	0,0
5	Manokwari	6,5	64,5	0,0	12,9	12,9	3,2
6	Sorong Selatan	9,3	46,5	0,0	4,7	30,2	9,3
7	Sorong	7,4	68,5	1,9	9,3	11,1	1,9
8	Raja Ampat	3,0	39,4	3,0	15,2	36,4	3,0
9	Kota Sorong	8,3	68,2	2,6	14,1	5,7	1,0
PAPUA BARAT		4,1	50,2	1,3	20,7	19,7	4,0

Pada tabel 3.4.5.3 dibawah diketahui bahwa tujuh dari 10 Ibu melahirkan (71,2%) masih melahirkan di rumah di Provinsi Papua Barat terutama di Kabupaten Raja Ampat, Kabupaten Teluk Bintuni dan Kabupaten Teluk Wondama. Selebihnya sekitar 25,2% tempat persalinan lain yang banyak dilakukan di sarana kesehatan termasuk rumah sakit (RS) pemerintah (14,5%) dan puskesmas/pustu (7,5%), selebihnya di RS swasta, klinik, polindes dan tempat lainnya.

Tabel 3.20
Tempat Persalinan menurut Kabupaten/kota
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/ Kota	Tempat persalinan						
		RS Pemer intah	RS swa sta	Puskes mas/ Pustu	Polin des	RB/RBIA/ Klinik	Rumah	Lainnya
1	Fak Fak	30,4	0,0	0,0	0,0	5,8	60,9	2,9
2	Kaimana	1,9	0,0	25,5	0,0	0,6	72,0	0,0
3	Teluk Wondama	8,0	0,0	6,4	0,8	0,0	84,7	0,0
4	Teluk Bintuni	4,4	2,2	2,2	2,2	2,2	86,7	0,0
5	Manokwari	25,4	1,6	4,8	1,6	0,0	66,7	0,0
6	Sorong Selatan	7,0	4,7	7,0	2,3	2,3	76,7	0,0
7	Sorong	21,6	7,8	2,0	2,0	2,0	64,7	0,0
8	Raja Ampat	3,1	3,1	6,3	0,0	0,0	87,5	0,0
9	Kota Sorong	27,5	9,5	2,1	1,1	5,8	51,3	2,6
PAPUA BARAT		14,5	3,0	7,5	0,9	2,1	71,2	0,8

Satu dari lima ibu hamil (21,1%) di Provinsi Papua Barat tidak pernah melakukan antenatal care (ANC). Sebanyak 47% melakukan ANC < 4 kali, sementara hanya 31,0% lainnya ANC >= 4 kali. Kabupaten/kota yang melakukan ANC >= 4 kali tertinggi yakni Manokwari (58,3%) diikuti Kota Sorong (54,3%), terendah Kabupaten Teluk Wondama (4,7%), diikuti Kabupaten Sorong (9,6%) seperti pada tabel 3.4.5.4 berikut.

Tabel 3.4.5.4
Cakupan Ante Natal Care menurut Kabupaten/kota
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/ Kota	Ante Natal Care		
		Tidak pernah	< 4 kali	>= 4 kali
1	Fak Fak	12,1	30,3	57,6
2	Kaimana	22,2	62,6	15,2
3	Teluk Wondama	35,3	60,0	4,7
4	Teluk Bintuni	25,0	34,1	40,9
5	Manokwari	11,7	30,0	58,3
6	Sorong Selatan	22,5	32,5	45,0
7	Sorong	15,4	75,0	9,6
8	Raja Ampat	29,6	22,2	48,1
9	Kota Sorong	7,5	38,2	54,3
PAPUA BARAT		21,2	47,7	31,0

Pada tabel 3.4.5.5 berdasarkan lokasi Tipe daerah, persentase yang paling banyak penolong pertama persalinan tenaga kesehatan lebih banyak di kota, sebaliknya penolong pertama oleh dukun dan famili banyak desa.

Berdasarkan tingkat pendidikan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran per kapita makin banyak penolong persalinan pertama yang ditolong dokter dan bidan. Persentase ibu hamil dengan kepala keluarga tidak sekolah ditolong dokter (0,0%) dan bidan (39,5%) lebih sedikit dari pada ibu hamil dengan kepala keluarga berpendidikan perguruan tinggi (22,7% dan 65,9%). Persentase ibu hamil ditolong bidan pada kelompok kuintil 1 (27,2%) lebih sedikit dari kuintil 5. (67,9%). Selanjutnya PNS/PolRI/TNI banyak ditolong oleh dokter (Tabel 3.4.5.5).

Tabel 3.4.5.5
Cakupan Penolong Pertama Persalinan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Penolong pertama persalinan					
	Dokter	Bidan	Nakes lain	Dukun bersalin	Famili	Lainnya
Tipe daerah						
Kota	8,7	69,7	2,7	11,7	6,4	0,8
Desa	1,6	37,9	1,1	25,5	28,5	5,4
Jenis kelamin						
Laki-laki	3,1	49,6	1,5	22,5	20,7	2,6
Perempuan	4,2	44,7	1,5	20,5	23,6	5,5
Pendidikan KK						
Tidak sekolah	0,0	39,5	0,0	26,3	23,7	10,5
Tidak tamat SD	0,0	36,5	0,0	21,7	38,3	3,5
Tamat SD	0,5	31,1	3,2	35,3	24,7	5,3
Tamat SMP	3,7	46,3	1,2	20,1	21,3	7,3
Tamat SMA	4,1	64,5	1,8	13,8	14,3	1,4
Perguruan tinggi	22,7	65,9	2,3	6,8	2,3	0,0
Pekerjaan KK						
Tidak bekerja	2,8	77,8	0,0	8,3	11,1	0,0
Ibu rumahtangga	0,0	42,9	7,1	21,4	28,6	0,0
PNS/POLRI/TNI	10,1	66,7	2,2	10,9	8,0	2,2
Wiraswasta	5,2	73,2	1,0	13,4	7,2	0,0
Petani/ buruh/ nelayan	1,1	32,7	1,3	28,4	30,1	6,4
Status ekonomi						
Kuintil-1	2,1	27,2	0,0	35,6	30,9	4,2
Kuintil-2	1,7	42,2	2,8	18,9	31,1	3,3
Kuintil-3	3,3	49,2	1,1	16,0	24,9	5,5
Kuintil-4	4,3	59,2	2,2	16,3	16,3	1,6
Kuintil-5	7,9	67,9	0,0	13,6	5,7	5,0

Tabel 3.4.5.6 menunjukkan bahwa berdasarkan lokasi, persentase yang paling banyak penolong terakhir persalinan yakni tenaga bidan lebih banyak di kota (71,8%) dari pada di desa (41,6%), Tenaga penolong persalinan famili/keluarga (25,2%) dan dukun (24,5%) lebih banyak di desa dari pada kota (5,7% dan 11,1%). Di kota tenaga dokter lebih banyak (8,8%) dibandingkan dengan di desa (2,3%).

Berdasarkan tingkat pendidikan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran per kapita makin besar persentase yang ditolong dokter dan bidan. Persentase ibu hamil dengan kepala keluarga tidak sekolah ditolong dokter (0,0%) dan bidan (36,8%) lebih sedikit dari pada ibu hamil dengan kepala keluarga berpendidikan perguruan tinggi (25,6% dan 65,1%). Persentase ibu hamil ditolong terakhir persalinan oleh bidan pada kelompok kuintil 1 (27,7%) lebih sedikit dari kuintil 5 (71,4%). Selanjutnya tidak ada kecenderungan perbedaan persentase penolong terakhir persalinan dengan jenis pekerjaan kepala keluarga (Tabel 3.4.5.6).

Tabel 3.21
Cakupan Penolong Terakhir Persalinan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Penolong terakhir persalinan					
	Dokter	Bidan	Nakes lain	Dukun bersalin	Famili	Lainnya
Tipe daerah						
Kota	8,8	71,8	1,9	11,1	5,7	,8
Desa	2,3	41,6	1,1	24,5	25,2	5,3
Jenis kelamin						
Laki-laki	3,8	51,4	1,8	21,4	19,0	2,6
Perempuan	4,6	49,1	0,9	19,7	20,1	5,5
Pendidikan KK						
Tidak sekolah	0,0	36,8	0,0	36,8	18,4	15,8
Tidak tamat SD	0,0	38,8	0,0	20,7	37,1	3,4
Tamat SD	2,1	31,6	1,6	35,8	23,2	5,8
Tamat SMP	3,7	52,4	,6	17,7	18,3	7,3
Tamat SMA	4,6	68,2	3,2	12,4	11,5	0,0
Perguruan tinggi	25,6	65,1	2,3	4,7	2,3	0,0
Pekerjaan KK						
Tidak bekerja	2,7	75,7	5,4	5,4	10,8	0,0
Ibu rumahtangga	0,0	42,9	7,1	21,4	28,6	00
PNS/POLRI/TNI	11,0	72,1	2,2	8,8	5,9	0,0
Wiraswasta	6,1	72,4	2,0	13,3	6,1	0,0
Petani/ buruh/ nelayan	1,8	35,7	,9	27,4	27,0	7,2
Status ekonomi						
Kuintil-1	2,6	27,7	0,5	36,6	26,2	6,3
Kuintil-2	2,8	46,4	1,1	16,2	30,7	2,8
Kuintil-3	3,9	54,2	1,1	14,5	20,7	5,6
Kuintil-4	4,4	62,8	1,1	15,8	14,8	1,1
Kuintil-5	8,6	71,4	1,4	11,4	4,3	2,9

Pada tabel 3.4.5.7 tampak bahwa berdasarkan lokasi Tipe daerah, persentase tempat persalinan di rumah sakit (RS) pemerintah hampir 4 kali lebih banyak di kota (30,0%) dari pada di desa (8,0%). Tempat persalinan di rumah lebih sedikit di kota (43,1%) dari pada di desa (82,7%).

Berdasarkan tingkat pendidikan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran per kapita makin besar persentase tempat persalinan ibu hamil di RS Pemerintah di kota dari pada di desa. Persentase persalinan ibu hamil di RS dengan pendidikan kepala keluarga tidak sekolah (2,8%) lebih kecil dari persentase ibu hamil dengan kepala keluarga berpendidikan perguruan tinggi (50,0%). Persentase tempat persalinan di rumah lebih banyak dengan kepala keluarga tidak sekolah (91,7%) dari ibu hamil dengan kepala keluarga berpendidikan perguruan tinggi (33,3%). Persentase tempat persalinan di RS Pemerintah lebih besar pada ibu hamil keluarga kuintil 5 (24,1%) dari ibu hamil pada keluarga kuintil 1 (7,3%). Persentase tempat persalinan ibu hamil di rumah lebih kecil pada keluarga kuintil 5 (46,8%) dari ibu hamil pada keluarga kuintil 1 (88,5%). Selanjutnya tidak ada kecenderungan perbedaan persentase tempat persalinan dengan jenis pekerjaan kepala keluarga (Tabel 3.4.5.7).

Tabel 3.4.5.7
Cakupan Tempat Persalinan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Tempat persalinan						
	RS Pemerintah	RS swasta	Puskesmas/Pustu	Polindes	RB/RBI A/ Klinik	Rumah	Lainnya
Tipe daerah							
Kota	30,0	7,3	11,9	0,8	5,0	43,1	1,9
Desa	8,0	1,3	6,0	0,8	0,9	82,7	0,3
Jenis kelamin							
Laki-laki	17,0	3,3	8,0	1,6	1,3	67,9	0,9
Perempuan	11,6	2,7	7,1	0,2	3,1	74,6	0,7
Pendidikan KK							
Tidak sekolah	2,8	2,8	2,8	0,0	0,0	91,7	0,0
Tidak tamat SD	4,4	1,8	5,3	0,9	3,5	84,2	0,0
Tamat SD	9,5	0,5	1,6	0,5	0,5	87,3	0,0
Tamat SMP	9,9	1,9	13,0	0,6	3,1	71,4	0,0
Tamat SMA	20,5	6,5	10,2	0,0	2,8	57,7	2,3
Perguruan tinggi	50,0	4,8	4,8	7,1	0,0	33,3	0,0
Pekerjaan KK							
Tidak bekerja	25,0	0,0	21,9	0,0	0,0	40,6	12,5
Ibu rumah tangga	13,3	13,3	20,0	0,0	0,0	53,3	0,0
PNS/POLRI/TNI	29,6	8,9	8,1	2,2	3,7	47,4	0,0
Wiraswasta	27,6	4,1	13,3	0,0	4,1	49,0	2,0
Petani/ buruh/ nelayan	5,3	1,1	4,2	0,7	1,8	87,0	0,0
Status ekonomi							
Kuintil-1	7,3	1,0	2,6	,5	,0	88,5	0,0
Kuintil-2	6,7	2,2	2,8	2,2	1,7	84,3	0,0
Kuintil-3	15,5	4,6	6,9	0,0	1,1	71,8	0,0
Kuintil-4	22,5	2,2	13,7	0,5	5,5	53,8	1,6
Kuintil-5	24,1	6,4	14,9	1,4	3,5	46,8	2,8

Pada tabel 3.4.5.8 berdasarkan lokasi Tipe daerah, persentase yang tidak melakukan *antenatal care* (ANC) lebih banyak di desa (27,5%) dari pada kota (6,3%). Cakupan ANC < 4 kali lebih banyak di kota (52,4%) dari desa (52,4%) dan > = 4 kali lebih banyak di kota (56,9%) dari pada di desa (20,0%).

Tabel 3.4.5.8
Cakupan Ante Natal Care menurut Karakteristik Respondendi Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Ante Natal Care		
	Tidak pernah	< 4 kali	>= 4 kali
Tipe daerah			
Kota	6,3	36,8	56,9
Desa	27,5	52,4	20,0
Jenis kelamin			
Laki-laki	21,1	45,2	33,7
Perempuan	21,3	50,3	28,5
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	41,9	32,3	25,8
Tidak tamat SD	31,3	51,8	16,9
Tamat SD	40,9	39,2	19,9
Tamat SMP	13,3	56,0	30,7
Tamat SMA	10,6	48,5	40,9
Perguruan tinggi	9,3	48,8	41,9
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	10,3	58,6	31,0
Ibu rumahtangga	44,4	22,2	33,3
PNS/POLRI/TNI	6,5	43,5	50,0
Wiraswasta	5,4	49,5	45,2
Petani/ buruh/ nelayan	32,6	48,5	18,9
Status ekonomi			
Kuintil-1	39,2	36,8	24,0
Kuintil-2	34,2	42,9	23,0
Kuintil-3	13,7	50,0	36,3
Kuintil-4	7,9	61,6	30,5
Kuintil-5	8,0	44,0	48,0

Berdasarkan tingkat pendidikan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran per kapita makin kecil persentase ibu hamil yang tidak pernah ANC. Persentase ibu hamil dengan kepala keluarga tidak sekolah lebih besar (41,9%) dari pada ibu hamil dengan kepala keluarga berpendidikan perguruan tinggi (9,3%), namun tidak ada kecenderungan perbedaan dengan frekuensi ANC (ANC < 4 kali atau >= 4 kali).

Persentase ibu hamil tidak pernah ANC lebih besar pada kelompok kuintil 1 (39,2%) lebih sedikit dari kuintil 5 (8,0%), namun ada kecenderungan perbedaan dengan frekuensi ANC > = 4 kali. Makin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, makin besar persentase ANC >= 4 kali. Selanjutnya tidak ada kecenderungan perbedaan persentase ibu hamil peserta ANC dengan jenis pekerjaan kepala keluarga (Tabel 3.4.5.8).

3.5 Penyakit Menular

Penyakit menular yang diteliti pada Riskesdas 2008 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).

Berdasarkan wawancara kepada responden diperoleh data individu mengenai diagnosis (D) dan dengan gejala klinis (DG) penyakit menular yang dialami oleh masing-masing anggota keluarga serta obat yang pernah digunakan dalam upaya penyembuhan penyakitnya. Secara rinci dapat dilihat dalam tabel-tabel berikut.

3.5.1 Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria

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

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

Malaria merupakan penyakit menular yang menjadi perhatian global. Penyakit ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat karena sering menimbulkan KLB, berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta dapat mengakibatkan kematian. Penyakit ini dapat bersifat akut, laten atau kronis. Kepada responden yang

menyatakan “tidak pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan” dalam satu bulan terakhir ditanyakan apakah pernah menderita panas tinggi disertai menggigil (perasaan dingin), panas naik turun secara berkala, berkeringat, sakit kepala atau tanpa gejala malaria tetapi sudah minum obat antimalaria. Untuk responden yang menyatakan “pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan” ditanyakan apakah mendapat pengobatan dengan obat program dalam 24 jam pertama menderita panas.

Sampai saat ini malaria, filariasis dan demam berdarah dengue (DBD) merupakan penyakit tular vektor yang menjadi prioritas dalam program pengendalian penyakit menular, baik di Indonesia maupun di dunia. Malaria di Papua Barat masih menjadi masalah kesehatan yang utama. Malaria termasuk salah satu penyebab kematian utama di Provinsi paling timur Indonesia tersebut.

Tabel 3.5.1.1 menunjukkan prevalensi Malaria yang ditanyakan satu bulan sebelum survei yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan sebesar 16 persen dan sekitar 10 persen dilaporkan mempunyai gejala Malaria. Tampak Malaria dilaporkan di semua Kabupaten/kota, tertinggi di Kabupaten Sorong Selatan diikuti oleh Kabupaten Kaimana. Menurut karakteristik responden, penyakit malaria di laporkan tersebar di semua umur dan tinggi di perdesaan dan pada petani/buruh/nelayan serta responden dengan pendidikan lebih rendah. Dalam Riskesdas ini, juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Hanya ada sekitar 59 persen responden dengan Malaria yang menyatakan minum obat program Malaria. Kemungkinan sebagian dari mereka minum obat malaria yang dijual umum di pasaran.

Program promosi kesehatan juga secara intensif memberikan penerangan kepada masyarakat tentang pencegahan penyakit DBD (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. Data Riskesdas, dalam kurun waktu 12 bulan sebelum survei, prevalensi DBD dari gejala klinis dan yang di diagnosis oleh tenaga kesehatan sekitar 2 persen. Penyakit ini dapat dilaporkan di hampir semua Kabupaten/ Kota Provinsi Papua Barat. Sementara prevalensi DBD yang dilaporkan yang di diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah sekitar 0,4 persen. Prevelensi DBD yang dilaporkan yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan tertinggi di Kota Sorong (0,9 persen) diikuti oleh Kabupaten Sorong Selatan (0,5%). DBD menurut karakteristik terbanyak di umur 1-14 tahun, responden perempuan, dan yang tinggal di perkotaan.

Filariasis merupakan penyakit kronis yang tidak menimbulkan kematian, tetapi menyebabkan kecacatan, antara lain: kaki gajah dan pembesaran kantong buah zakar (*scrotum*). Dalam 12 bulan terakhir sebelum survei, di Provinsi Papua Barat filariasis yang didiagnosis tenaga kesehatan terdeteksi dengan prevalensi sekitar 0,2 persen dengan rentang 0-0,9%. Tertinggi di Kabupaten Kaimana diikuti oleh Kabupaten Sorong dan Kabupaten Manokwari.

Tabel 3.22
Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian
Obat Program Malaria menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat,
Riskesmas 2008

Kabupaten/kota	Filaria		DBD		Malaria		
	DG	D	DG	D	DG	D	O
Fak Fak	0,00	0,00	1,42	0,00	23,3	17,7	67,4
Kaimana	1,29	0,86	0,97	0,32	54,4	24,8	76,9
Teluk Wondama	0,43	0,00	2,08	0,12	22,4	15,2	47,0
Teluk Bintuni	0,25	0,00	1,01	0,00	14,4	9,3	44,8
Manokwari	0,86	0,52	0,34	0,00	24,4	15,3	63,8
Sorong Selatan	0,26	0,26	2,84	0,52	49,9	40,4	59,1
Sorong	0,98	0,78	4,12	0,39	23,1	13,5	50,9
Raja Ampat	0,00	0,00	5,07	0,00	18,4	6,0	68,4
Kota Sorong	0,00	0,00	2,45	0,94	14,3	7,6	38,5
Papua Barat	0,45	0,23	2,03	0,35	26,1	15,7	59,3

D = Diagnosa oleh Nakes DG= Didiagnosis oleh nakes dan dengan gejala O=kasus minum obat

Filariasis klinis dijumpai sampai kelompok umur 55-64 tahun dan sudah ditemukan pada kelompok umur >5 tahun, tidak ada perbedaan prevalensi antara laki-laki dan perempuan, dan tidak ada perbedaan prevalensi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga (RT) per kapita. Filariasis klinis lebih tinggi didapati pada responden di perdesaan dan responden yang tamat SD dan tidak sekolah, tidak bekerja dan petani/nelayan/buruh (Tabel 3.5.1.2)

DBD dahulu dikenal hanya sebagai penyakit pada anak-anak, namun kini banyak ditemukan pada penderita dewasa. Tidak terlihat perbedaan berarti prevalensi DBD pada laki-laki dan perempuan. DBD klinis relatif lebih tinggi di perdesaan, namun kasus yang terdeteksi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan lebih banyak di perkotaan (Tabel 3.5.1.2).

Temuan yang juga perlu menjadi perhatian adalah DBD klinis relatif lebih banyak ditemukan pada responden pendidikan perguruan tinggi. Prevalensi DBD klinis juga cenderung meningkat pada kelompok dengan tingkat pengeluaran rumah tangga (RT) per kapita yang lebih tinggi. Hal ini mungkin berhubungan dengan tingkat kesadaran penderita dalam mengenali penyakit dan mencari pengobatan yang lebih baik di kelompok dengan tingkat pengeluaran RT per kapita yang lebih tinggi tersebut (Tabel 3.5.1.2).

Malaria tersebar merata di semua kelompok umur, prevalensi pada bayi relatif rendah. Prevalensi penyakit ini ditemukan hampir sama pada laki-laki dan perempuan. Prevalensi malaria klinis di perdesaan dua kali lebih besar dari prevalensi di perkotaan, dan cenderung tinggi pada responden dengan pendidikan rendah, kelompok petani/nelayan/buruh (Tabel 3.5.1.2).

Tabel 3.23
Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian
Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua
Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Malaria			DBD		Filaria	
	DG	D	O	DG	D	DG	D
Kelompok umur (tahun)							
<1	17,0	9,5	73,1	2,04	0,00	0,00	0,00
1-4	30,9	18,6	68,3	1,19	0,59	0,00	0,00
5-14	23,8	14,2	62,8	1,99	0,54	0,22	0,11
15-24	24,4	16,2	53,0	2,12	0,32	0,43	0,11
25-34	28,5	16,8	56,5	2,42	0,09	1,02	0,37
35-44	25,5	14,5	56,2	2,49	0,31	0,52	0,21
45-54	26,2	14,1	57,2	1,81	0,16	0,49	0,49
55-64	33,0	22,5	54,5	1,30	0,00	1,30	1,30
65-74	17,8	7,8	47,4	2,94	0,00	0,00	0,00
>75	28,2	20,5	45,5	0,00	0,00	0,00	0,00
Jenis kelamin							
Laki-laki	26,4	15,7	58,7	1,79	0,27	0,43	0,21
Perempuan	25,9	15,6	59,9	2,20	0,42	0,48	0,25
Tipe daerah							
Perkotaan	18,8	12,6	51,2	1,93	0,64	0,00	0,00
Perdesaan	29,5	17,1	61,7	2,06	0,19	0,66	0,34
Pendidikan							
Tidak sekolah	28,4	16,8	43,2	2,40	0,00	1,20	0,48
Tidak tamat SD	27,7	15,5	58,9	2,18	0,18	1,27	0,55
Tamat SD	28,5	16,7	62,0	2,60	0,16	0,41	0,24
Tamat SMP	23,6	15,7	48,0	2,73	0,45	0,23	0,23
Tamat SMA	22,1	13,7	54,8	0,94	0,00	0,10	0,10
Perguruan tinggi	17,1	11,9	62,2	3,96	1,75	1,75	0,44
Pekerjaan							
Tidak bekerja	21,7	11,9	46,7	2,94	0,39	0,78	0,20
Sekolah	23,5	15,4	55,5	2,57	0,30	0,40	0,20
Ibu rumah tangga	24,2	13,4	56,7	2,19	0,00	0,08	0,00
PNS/POLRI/TNI	22,3	15,4	48,5	1,13	0,45	0,46	0,23
Wiraswasta	20,7	14,6	58,5	0,99	0,49	0,00	0,00
Petani/nelayan/buruh	34,9	19,8	60,0	2,67	0,18	1,75	0,92
Lainnya	26,0	16,7	54,2	0,00	0,00	0,00	0,00
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil 1	25,9	13,9	63,7	1,20	0,37	0,15	0,15
Kuintil 2	27,7	14,7	62,9	1,87	0,15	0,52	0,30
Kuintil 3	28,7	17,3	57,8	3,04	0,52	0,59	0,44
Kuintil 4	24,2	14,6	55,8	2,48	0,37	0,53	0,23
Kuintil 5	25,2	18,5	55,3	1,71	0,37	0,45	0,15

Diagnosa oleh Nakes D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala O=kasus minum obat

3.5.2 Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (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.

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan satu bulan sebelum survei dengan prevalensi 19,5 persen (rentang: 6,3% - 38,1%) dan 36,2% menurut diagnosis dan gejala tersebar di seluruh Provinsi Papua Barat dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi. Angka ini jauh lebih tinggi dari nasional (8,1% dan 25,5%). Tertinggi di Kabupaten Raja Ampat diikuti Kabupaten Kaimana dan terendah di Kota Sorong dan Kabupaten Manokwari (Tabel 3.62).

Prevalensi pneumonia satu bulan terakhir di Papua Barat adalah 5,6% (rentang: 1,3% - 18,6%) yang didiagnosis tenaga kesehatan dan gejala; dan 2,1% yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Angka ini lebih tinggi dari angka nasional (2,1% dan 0,6%). Pneumonia dilaporkan menyebar di semua Kabupaten/kota Provinsi Papua Barat. Seperti ISPA, Pneumonia dilaporkan tertinggi di Kabupaten Raja Ampat kemudian diikuti oleh Kabupaten Teluk Wondama, terendah di Teluk Bintuni

Tuberkulosis paru klinis tersebar di seluruh Papua Barat dengan prevalensi 12 bulan terakhir adalah 2,6% dan 1,0% yang pernah didiagnosis tenaga kesehatan. Angka ini jauh lebih tinggi dari angka nasional (1,0% dan 0,4%). Empat Kabupaten di antaranya dengan prevalensi di atas angka rerata provinsi, tertinggi di Sorong Selatan (6,2%) dan terendah di Teluk Bintuni (1,0%).

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit. Dari hasil Riskesdas 2008 ini, responden yang mengaku pernah di diagnosis TB satu tahun sebelum survei sebesar 1,0 persen, sementara yang melaporkan gejala TB saja sebesar 1,6 persen. Angka ini jauh lebih tinggi dari angka nasional (0,4% dan 1,0%). Penyakit ini tersebar di semua Kabupaten/kota Papua Barat, tertinggi di Kabupaten Sorong Selatan diikuti oleh Kabupaten Sorong.

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan termasuk dalam program imunisasi nasional. Di Provinsi Papua barat, dalam 12 bulan terakhir sebelum survei, penyakit ini masih terdeteksi dengan prevalensi 1,1% (rentang 0,2 – 3,5%) yang pernah didiagnosis tenaga kesehatan dan 2,8% dengan gejala. Angka ini

lebih tinggi dari angka nasional (0,7% dan 1,2%). Tertinggi di Kabupaten Raja Ampat (8,8%) dan terendah di Teluk Bintuni dan Manokwari (0,3%).

Tabel 3.24.1
Prevalensi ISPA, Pnemonia, TBC dan Campak menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	ISPA		PNEUMONIA		TBC		CAMPAK	
	DG	D	DG	D	DG	D	DG	D
Fak Fak	38,2	23,2	4,3	1,7	2,5	1,6	2,1	1,0
Kaimana	63,8	30,2	2,9	0,5	1,4	0,8	3,7	2,3
Teluk Wondama	34,6	27,0	7,4	3,6	3,0	0,4	3,3	0,3
Teluk Bintuni	27,3	13,9	1,3	0,3	1,0	0,5	0,3	0,3
Manokwari	22,1	9,7	4,1	2,8	1,6	0,9	0,3	0,2
Sorong Selatan	56,5	24,4	18,6	3,4	6,2	3,4	3,9	0,8
Sorong	26,8	16,8	5,5	2,3	5,1	2,7	4,9	3,5
Raja Ampat	55,8	38,1	9,7	6,9	3,2	0,9	8,8	1,4
Kota Sorong	23,9	6,3	3,8	0,7	1,7	0,7	1,9	1,0
Papua Barat	36,2	19,5	5,6	2,1	2,6	1,0	2,8	1,1

D = Diagnosa oleh Nakes D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala

Responden yang menderita ISPA tersebar di semua umur, terutama di usia muda dan tua. Dua kali lebih tinggi pada responden yang tinggal di perdesaan dari yang tinggal di perkotaan dan tinggi petani/nelayan/buruh dan responden dengan pendidikan yang lebih rendah. (Tabel 3.5.2.2)

Pneumonia tersebar di semua umur terutama di usia tua yang disebabkan fungsi paru yang menurun. Prevalensi pneumonia tinggi pada responden yang tinggal di perdesaan, petani/nelayan/buruh dan pendidikan yang lebih rendah.

Penyakit TB terdapat di semua kelompok umur terutama pada kelompok usia tua. Responden laki-laki dengan TB lebih tinggi dari perempuan dan juga yang tinggal perdesaan lebih tinggi dibanding kan dengan responden yang tinggal di perkotaan. Prevalensi TB yang pernah didiagnosis tenaga kesehatan tinggi pada PNS/Polri/TNI dari responden dengan karaktersitik status pekerja lainnya, sementara tingkat pendidikan dan status ekonomi sangat bervariasi.

Campak lebih tinggi di perdesaan dari perkotaan dan pada status ekonomi yang lebih rendah. Penyakit ini terutama di usia muda dan tidak ditemukan di usia > 45 tahun.

Tabel 3.25
Prevalensi ISPA, Pnemonia, TBC dan Campak menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	ISPA		PNEUMONIA		TBC		CAMPAK	
	DG	D	DG	D	DG	D	DG	D
Kelompok umur (tahun)								
<1	36,1	24,2	4,1	2,0	0,7	0,7	4,1	3,4
1-4	54,8	29,5	6,1	3,2	1,6	0,7	4,3	2,7
5-14	37,0	18,9	5,6	2,1	1,6	0,6	3,7	1,6
15-24	27,1	13,4	5,4	1,9	2,8	1,2	2,3	0,7
25-34	32,3	17,9	4,2	1,3	2,2	0,5	2,0	0,5
35-44	30,7	18,4	5,3	2,2	3,7	1,5	2,9	0,3
45-54	34,2	17,6	6,5	2,0	4,0	1,5	1,2	0,0
55-64	37,1	19,9	8,2	1,6	4,6	2,6	1,0	0,0
65-,74	51,5	32,4	7,1	3,0	5,0	3,9	0,0	0,0
>75	51,3	25,6	12,8	5,1	5,1	5,1	0,0	0,0
Jenis Kelamin								
Laki-laki	36,2	20,6	6,1	2,2	2,61	1,2	3,0	1,2
Perempuan	36,2	18,5	5,1	2,0	2,46	0,9	2,6	1,0
Tipe daerah								
Perkotaan	27,8	11,4	3,6	0,9	1,6	0,7	1,6	0,7
Perdesaan	40,1	23,2	6,5	2,6	3,0	1,2	3,4	1,2
Pendidikan								
Tidak sekolah	38,5	20,1	8,4	2,6	5,0	1,7	2,4	0,2
Tidak tamat SD	36,6	20,1	6,3	2,5	2,4	0,5	2,3	0,8
Tamat SD	31,6	16,7	7,8	3,1	3,8	1,9	3,5	0,6
Tamat SMP	27,6	15,2	3,1	0,9	2,1	1,0	0,7	0,0
Tamat SMA	27,9	15,8	2,9	0,8	2,3	0,4	2,1	0,6
Perguruan tinggi	25,9	14,5	2,6	0,0	2,6	1,8	1,3	1,3
Pekerjaan								
Tidak bekerja	30,7	13,9	5,1	1,6	2,2	1,8	2,0	0,4
Sekolah	27,1	14,9	5,1	1,7	1,3	0,2	2,6	1,0
Ibu rumah tangga	31,8	17,4	4,4	1,9	2,8	0,5	2,1	0,3
PNS/POLRI/TNI	31,0	19,4	2,7	1,4	2,9	2,0	1,8	1,4
Wiraswasta	23,4	13,3	3,7	0,5	2,0	1,0	1,0	0,0
Petani/nelayan/buruh	40,2	22,0	9,3	3,1	5,4	1,7	2,7	0,3
Lainnya	27,3	16,0	4,1	2,0	1,0	1,0	1,0	0,0
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil 1	37,1	15,5	6,8	2,8	1,9	0,8	2,4	1,3
Kuintil 2	39,3	18,1	6,5	1,9	3,4	1,4	3,7	2,2
Kuintil 3	37,0	20,8	5,6	2,2	1,8	0,7	2,6	1,0
Kuitnil 4	35,7	21,0	5,6	2,0	2,9	0,8	3,8	0,5
Kuintil 5	32,8	21,2	3,4	1,6	2,9	1,3	1,7	0,3

D = Diagnosa oleh Nakes D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala

3.5.3 Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare

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

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

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

Tifoid, hepatitis dan diare adalah penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui makanan dan minuman. Tifoid yang dideteksi di Papua Barat dengan prevalensi 0,9 persen yang didiagnosis tenaga kesehatan dan 2,4% dengan gejala dengan penyebaran yang bervariasi. Angka ini lebih tinggi dari angka nasional (0,8% dan 1,6%). Tertinggi di Kabupaten Sorong diikuti di Kabupaten Raja Empat dan terendah di Teluk Bintuni.

Dalam 12 bulan sebelum survei, hepatitis yang dideteksi di Papua Barat dengan prevalensi 0,3% yang didiagnosis tenaga kesehatan dan 1,1% dengan gejala tersebar di semua Kabupaten, tertinggi di Kabupaten Sorong dan diikuti Kabupaten Raja Ampat dan terendah di Kabupaten Manokwari.

Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi Papua Barat merata di seluruh Kabupaten/kota. Prevalensi di provinsi ini sebesar 6,9 % yang pernah didiagnosis tenaga kesehatan dan 12,3% dengan gejala tertinggi ditemukan di Kabupaten Sorong Selatan dan kemudian di susul Kabupaten Kaimana. Dari yang melaporkan menderita diare tersebut, hanya 45% yang mengaku mendapat pengobatan (Tabel 3.5.3.1).

Tabel 3.26
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Kabupaten/kota
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	DG	D	DG	D	DG	D	O
Fak Fak	1,6	1,0	1,1	0,2	9,6	7,0	35,1
Kaimana	1,2	0,1	1,0	0,3	25,8	13,1	55,3
Teluk Wondama	3,5	0,8	0,7	0,1	9,5	5,8	40,7
Teluk Bintuni	0,8	0,0	0,8	0,3	11,7	5,6	26,1
Manokwari	0,7	0,2	0,2	0,0	5,0	3,6	63,3
Sorong Selatan	3,1	2,4	1,3	0,5	27,1	18,1	55,2
Sorong	5,5	4,5	3,5	1,2	8,8	5,1	43,9
Raja Ampat	4,6	3,2	2,3	0,9	13,8	11,4	60,0
Kota Sorong	2,0	0,3	0,9	0,1	8,4	3,1	29,3
Papua Barat	2,4	0,9	1,1	0,3	12,3	6,9	45,3

D = Diagnosa oleh Nakes **D/G**= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala **O**=kasus minum obat

Tifoid tersebar di semua kelompok umur dan bervariasi. Tinggi di perdesaan, laki-laki, responden petani/nelayan/buruh dan yang tidak bekerja serta pendidikan yang lebih rendah.

Hepatitis yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan tersebar di antara umur 5-34 tahun dan 55 tahun keatas. Tinggi di perdesaan dan pada petani/nelayan/buruh. Pendidikan dan status ekonomi bervariasi.

Tampak penyebaran diare di semua umur terutama di umur 1-4 tahun. Diare dilaporkan lebih tinggi pada perempuan, tinggal di perdesaan, pendidikan lebih rendah dan pada petani/nelayan/buruh. (Tabel 3.5.3.2).

Tabel 3.5.3.2
Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Papua Barat, Riskedas 2008

Karakteristik	TIFOID		HEPATITIS		DIARE		
	DG	D	DG	D	DG	D	O
Kelompok umur (tahun)							
<1	2,1	1,4	0,7	0,0	8,9	4,8	76,9
1-4	1,6	0,5	0,1	0,0	17,8	10,7	58,2
5-14	2,1	0,8	0,9	0,4	13,0	7,2	45,0
15-24	3,4	1,8	1,8	0,2	11,0	6,0	39,6
25-34	2,4	0,7	0,9	0,3	9,7	5,6	45,1
35-44	2,3	0,4	1,4	0,0	10,0	5,3	43,8
45-54	2,3	1,5	1,2	0,0	13,5	6,6	37,8
55-64	3,3	2,0	1,6	0,4	12,8	7,5	33,3
65-74	4,0	1,0	2,9	0,2	12,9	7,8	35,7
>75	2,6	2,5	0,0	0,3	5,1	5,1	0,0
Jenis Kelamin							
Laki-laki	2,4	1,2	1,0	0,2	8,2	3,5	45,1
Perempuan	2,4	0,7	1,1	0,3	14,2	8,4	45,7
Tipe Daerah							
Perkotaan	1,6	0,2	0,7	0,1	8,2	3,5	34,3
Perdesaan	2,8	1,3	1,2	0,3	14,2	8,4	48,3
Pendidikan							
Tidak sekolah	3,4	1,2	0,7	0,2	13,9	6,9	30,9
Tidak tamat SD	2,7	1,0	1,4	0,6	13,3	7,6	45,6
Tamat SD	3,9	2,0	1,1	0,2	12,9	6,7	42,4
Tamat SMP	1,9	0,6	1,8	0,5	9,3	6,0	41,5
Tamat SMA	1,6	0,4	1,5	0,1	8,1	4,0	35,1
Perguruan tinggi	0,4	0,4	1,8	0,0	7,5	4,0	41,2
Pekerjaan							
Tidak bekerja	3,4	1,6	2,0	0,4	9,0	5,3	39,1
Sekolah	3,0	0,9	1,1	0,4	12,1	7,1	44,1
Ibu rumah tangga	2,9	0,8	0,9	0,0	9,0	4,7	40,0
PNS/POLRI/TNI	1,4	0,7	1,1	0,0	9,3	4,3	28,2
Wiraswasta	1,2	0,0	1,5	0,3	8,5	4,0	38,9
Petani/nelayan/buruh	3,0	1,8	1,5	0,7	16,0	9,0	43,4
Lainnya	2,0	0,0	2,0	0,0	7,1	4,1	42,9
Tingkat Pengeluaran per Kapita							
Kuintil 1	2,0	0,8	0,8	0,4	14,6	7,7	45,6
Kuintil 2	2,8	0,9	1,0	0,2	12,8	6,9	50,6
Kuintil 3	2,9	1,5	0,9	0,2	13,7	7,3	42,8
Kuintil 4	2,1	0,6	1,4	0,4	11,3	6,8	50,7
Kuintil 5	2,1	0,8	1,3	0,2	10,0	6,0	35,3

D = Diagnosa oleh Nakes **D/G**= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala **O**=kasus minum obat

3.6 Penyakit Tidak Menular

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

Data penyakit tidak menular (PTM) yang disajikan meliputi penyakit sendi, asma, stroke, jantung, DM, hipertensi, tumor/kanker, gangguan jiwa berat, buta warna, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis, rinitis, talasemia, dan hemofilia dianalisis berdasarkan jawaban responden “pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan” (notasi D pada tabel) atau “mempunyai gejala klinis PTM”. Prevalensi PTM adalah gabungan kasus PTM yang pernah didiagnosis nakes dan kasus yang mempunyai riwayat gejala PTM (dinotasikan sebagai DG pada tabel).

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

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

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

Kriteria JNC VII 2003 hanya berlaku untuk usia 18 tahun 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 minum 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.

Prevalensi penyakit sendi di Provinsi Papua Barat (Tabel 3.6.1.1) sebesar 28,8% didiagnosis nakes lebih tinggi dua kali dari angka nasional (14,0%) dan prevalensi berdasarkan diagnosis nakes dan gejala adalah 38,2%. Menurut Kabupaten/kota, prevalensi penyakit persendian tertinggi dijumpai di Kabupaten Sorong Selatan (48,9%) dan terendah di Kabupaten Manokwari (18,4%).

Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas di Provinsi Papua Barat adalah sebesar 20,2%, angka ini lebih kecil dari angka nasional (31,7%). Menurut Kabupaten/kota, prevalensi hipertensi tertinggi di Manokwari (27,3%) dan terendah di Kabupaten Teluk Wondama (9,4%).

Sedangkan prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis nakes adalah 7,3%, responden yang minum obat hipertensi prevalensi hipertensi berdasarkan wawancara ini adalah 7,6%.

Prevalensi stroke di Provinsi Papua Barat ditemukan sebesar 9,2‰, dan yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 5,7‰; angka ini hampir sama dengan angka nasional (8,3‰ dan 6,0‰). Prevalensi stroke tertinggi dijumpai di Kabupaten Raja Ampat dan Kabupaten Sorong (16,5‰) dan terendah di Kabupaten Manokwari (2,9‰).

Tabel 3.6.1.1
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Kabupaten/kota Di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Penyakit						
	persendian (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Fak Fak	22,9	32,1	8,3	8,6	24,7	7,8	7,8
Kaimana	35,4	45,0	11,8	11,9	19,9	2,0	8,0
Teluk Wondama	37,0	48,4	2,7	3,1	9,4	2,2	4,4
Teluk Bintuni	30,2	38,1	2,5	2,5	18,0	9,3	9,4
Manokwari	18,4	32,0	4,7	4,7	27,3	2,9	2,9
Sorong Selatan	48,9	50,5	18,4	19,3	17,4	9,0	13,5
Sorong	25,6	32,4	5,5	5,7	24,8	6,3	15,9
Raja Ampat	41,3	50,8	6,0	6,1	20,2	8,2	16,5
Kota Sorong	18,6	27,5	9,1	9,2	25,5	9,1	13,2
Papua Barat	28,8	38,2	7,3	7,6	20,2	5,7	9,2

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala

D/O = Kasus minum obat atau didiagnosis oleh nakes

U = Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah

*) Penyakit Hipertensi dinilai pada penduduk berumur ≥ 18 tahun

Menurut karakteristik responden di Papua Barat, pada Tabel 3.6.1.2 dapat dilihat bahwa berdasarkan umur, prevalensi penyakit sendi, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur responden sampai dengan kelompok umur 65-74 tahun. Menurut jenis kelamin, prevalensi penyakit sendi sedikit lebih tinggi pada perempuan demikian pula prevalensi hipertensi. Sebaliknya pola prevalensi stroke berbeda, laki-laki penderita stroke baik berdasarkan gejala atau gejala dan diagnosis lebih tinggi dibandingkan perempuan.

Berdasarkan Tipe daerah, prevalensi gangguan sendi tinggi di daerah pedesaan, sebaliknya hipertensi dan stroke tinggi di perkotaan dari di pedesaan.

Pada Tabel 3.6.1.2 juga dapat dilihat bahwa prevalensi penyakit sendi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan rendah dan menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan, hipertensi bervariasi. Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi pada Petani/Buruh/Nelayan ditemukan lebih tinggi dari pada kelompok pekerjaan lainnya. Sedangkan untuk hipertensi tinggi pada kelompok lainnya dan wiraswasta, sementara stroke prevalensi ditemukan lebih tinggi pada kelompok tidak bekerja. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, baik pola prevalensi penyakit sendi dan stroke tampak tidak ada perbedaan yang mencolok, di Papua Barat. Sedangkan untuk hipertensi prevalensi cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan ekonomi.

Tabel 3.6.1.2
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut
Karakteristik Responden Di Provinsi Papua Barat, Riskedas 2008

Karakteristik	Penyakit Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Umur							
18-24 Tahun	11,3	15,6	1,0	1,0	7,2	1,1	4,3
25-34 Tahun	24,3	32,9	3,4	3,6	10,0	1,9	4,7
35-44 Tahun	32,9	45,3	7,8	7,9	21,5	6,2	9,3
45-54 Tahun	41,0	52,8	13,8	14,0	31,4	13,2	14,9
55-64 Tahun	52,4	63,6	17,3	17,5	43,5	13,3	26,6
65-74 Tahun	54,0	66,0	19,0	19,2	47,4	20,2	30,0
75+ Tahun	38,5	55,0	7,9	7,9	44,1	0,0	0,0
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	28,6	36,8	5,74	6,0	19,9	8,0	12,4
Perempuan	29,0	39,4	8,82	9,0	20,3	3,7	7,0
Pendidikan							
Tidak Sekolah	38,0	52,6	7,0	7,3	25,7	7,8	21,0
Tidak Tamat SD	34,4	45,6	6,7	6,8	19,6	6,3	9,6
Tamat SD	36,2	47,3	8,2	8,3	19,6	9,2	12,3
Tamat SMP	25,7	34,4	7,9	8,2	17,1	1,2	2,4
Tamat SMA	19,4	25,0	6,6	7,0	20,8	6,3	7,4
Tamat PT	17,3	23,9	7,5	7,7	21,8	0,0	8,9
Pekerjaan							
Tidak Kerja	20,5	27,7	7,2	7,3	19,8	11,3	18,2
Sekolah	7,0	11,2	1,3	1,3	8,2	0,0	5,6
Ibu RT	33,7	45,4	8,5	8,7	21,0	2,6	3,4
Pegawai	21,1	27,4	8,3	8,4	22,8	9,1	9,1
Wiraswasta	24,5	33,9	8,8	9,5	24,3	5,2	5,3
Petani/Nelayan/Buruh	39,0	50,8	6,3	6,5	17,3	6,5	14,0
Lainnya	28,4	31,3	4,2	5,3	35,9	10,4	10,4
Tipe Daerah							
Perkotaan	19,9	27,6	9,1	9,3	26,6	7,4	10,4
Perdesaan	33,4	43,6	6,5	6,7	16,8	4,9	9,0
Tingkat Pengeluaran per Kapita							
Kuintil 1	27,81	37,4	5,4	5,4	16,5	4,5	10,5
Kuintil 2	30,00	41,7	7,8	8,1	18,2	0,0	5,1
Kuintil 3	29,58	37,9	7,8	7,9	19,5	9,1	9,1
Kuintil 4	27,94	36,9	6,7	7,1	21,8	5,1	11,6
Kuintil 5	26,51	34,7	8,6	9,0	23,1	9,8	12,0

D = Diagnosa oleh Nakes D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala

D/O = Kasus minum obat atau didiagnosis oleh nakes

U = Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah

3.6.2 Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor

Tabel 3.6.2.1 menunjukkan penyakit asma ditemukan sebesar 5,5% (diagnosis dan gejala) di Provinsi Papua Barat dan prevalensi berdasarkan diagnosis nakes adalah 3,6%. Angka tersebut lebih tinggi dari angka nasional (3,5% dan 1,9%). Menurut Kabupaten/kota, prevalensi asma berkisar antara 2,3% di Kabupaten Teluk Bintuni hingga 10,6% di Kabupaten Sorong Selatan.

Prevalensi penyakit jantung di Provinsi Papua Barat berdasarkan wawancara sebesar 6,8% dan 0,9% yang didiagnosis oleh nakes, hampir sama dengan angka nasional (7,2% dan 0,9%). Prevalensi penyakit jantung menurut Kabupaten/kota, berkisar antara 1,1% di Kabupaten Teluk Bintuni sampai 13,4% di Kabupaten Raja Ampat.

Prevalensi penyakit DM di Provinsi Papua Barat berdasarkan diagnosis oleh nakes adalah 0,6% sedangkan prevalensi DM (D/G) sebesar 1,4% hampir sama dengan angka Nasional (0,7% dan 1,1%). Prevalensi DM menurut Kabupaten/kota, berkisar antara 0,3% di Kabupaten Teluk Bintuni hingga 1,8% di Kabupaten Raja Ampat.

Prevalensi penyakit tumor berdasarkan diagnosis nakes di Provinsi Papua Barat sebesar 2,8‰. angka tersebut sedikit lebih rendah dari Nasional (4,3‰). Prevalensi menurut Kabupaten/kota, berkisar antara 0,0‰ di Kabupaten Teluk Wondama hingga 5,4‰ di Kabupaten Kaimana dan Fakfak.

Tabel 3.27
Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor Menurut Kabupaten/kota Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008**

Kabupaten/kota	Asma (%)		Jantung (%)		DM (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Fak Fak	4,1	5,2	1,0	6,6	1,3	1,4	4,8
Kaimana	7,4	10,5	1,8	9,9	0,5	1,0	5,4
Teluk Wondama	2,6	5,1	0,3	4,3	0,1	1,7	0,0
Teluk Bintuni	0,8	2,3	0,3	1,1	0,3	0,3	2,5
Manokwari	1,7	2,9	1,2	4,3	0,3	0,5	3,5
Sorong Selatan	6,2	10,6	1,0	9,0	1,3	1,6	0,0
Sorong	2,5	3,5	1,2	4,1	0,8	1,6	1,9
Raja Ampat	7,8	8,8	0,9	13,4	0,4	1,8	0,0
Kota Sorong	2,5	3,7	0,9	9,2	0,9	1,6	4,4
PAPUA BARAT	3,6	5,5	0,9	6,8	0,6	1,4	2,8

Catatan :

D = Diagnosa oleh nakes,

D/G = Di diagnosis oleh nakes atau degan gejala

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

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

Tabel 3.6.2.2 menunjukkan prevalensi penyakit asma, jantung, dan DM meningkat dengan bertambahnya umur, sementara tumor bervariasi dan sudah terlihat di usia muda sampai dengan kelompok umur 55-64 tahun. Prevalensi asma, jantung dan DM tidak berbeda banyak menurut jenis kelamin, sedangkan prevalensi penyakit tumor dijumpai lebih tinggi pada perempuan. Menurut tingkat pendidikan, ada kecenderungan makin rendah pendidikan makin tinggi prevalensi Asma. Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit Asma tertinggi pada petani/nelayan/buruh dibandingkan jenis pekerjaan lainnya. Sedangkan untuk Jantung dan DM bervariasi.

Prevalensi penyakit Asma lebih tinggi pada responden yang tinggal di pedesaan dari yang tinggal di perkotaan. Sebaliknya prevalensi penyakit Jantung, DM dan tumor lebih tinggi di perkotaan. Pola prevalensi penyakit Asma dan Jantung tinggi pada responden yang tidak sekolah, lainnya bervariasi. Sebaliknya, tumor tinggi pada pendidikan tamat PT dibandingkan jenis pendidikan yang lain. Sementara untuk DM dan tumor pengaruh tingkat pendidikan bervariasi.

Tampak bahwa prevalensi penyakit asma tidak banyak berbeda dengan menurunnya tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, sebaliknya prevalensi penyakit jantung, DM, dan tumor meningkat dengan meningkatnya tingkat pengeluaran.

Tabel 3.28.2.2
Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

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

Catatan :

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

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

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

3.6.3 Penyakit Keturunan

Tabel 3.6.3.1 memperlihatkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat di Provinsi Papua Barat (1,6‰). Prevalensi tertinggi di Kabupaten Fakfak (3,3‰), Sorong Selatan (2,6‰), Kabupaten Teluk Bintuni (2,6‰) dan Sorong Selatan (2,6‰). Di samping itu tidak ditemukan adanya gangguan jiwa berat di Kabupaten Kaimana, dan Kabupaten Raja Ampat.

Prevalensi buta warna di Provinsi Papua Barat (10,2‰), tertinggi di Kabupaten Sorong Selatan (18,1‰), diikuti berturut-turut oleh Kabupaten Raja Ampat (14‰), dan Kabupaten Teluk Wondama (12,4‰). Prevalensi terendah terdapat di Kabupaten Teluk Bintuni (5,1‰) dan Manokwari (5,3‰).

Prevalensi glaukoma (2,8‰) di Provinsi Papua Barat, bibir sumbing (0,7‰), talasemia (2,1‰). Glaukoma hanya terdapat di 5 Kabupaten/kota, bibir sumbing terdapat di 2 Kabupaten yaitu Kabupaten Fakfak (1,6‰) dan Kota Sorong (2,5‰). Demikian juga talasemia ada di Kabupaten Fakfak (1,6‰) dan Kabupaten Teluk Wondama (8,1‰).

Prevalensi dermatitis di Provinsi Papua Barat (43,1‰) lebih rendah dari angka Nasional, terdapat di semua Kabupaten/kota, tertinggi di Kabupaten Fakfak (81,2‰) disusul Kota Sorong dan Kabupaten Sorong Selatan. Prevalensi terendah terdapat di Kab. Manokwari (10,7‰).

Prevalensi rhinitis di Provinsi Papua Barat (21,1‰) jauh lebih rendah dari angka Nasional, tertinggi di Kabupaten Raja Ampat melebihi angka provinsi. Kasus rhinitis terdapat di hampir semua Kabupaten/kota kecuali di Kabupaten Sorong Selatan.

Untuk Talasemia, prevalensi di Provinsi Papua Barat 2,1‰, terdapat hanya di 2 Kabupaten yakni Kabupaten Teluk Wondama dan Kabupaten Fakfak .

Prevalensi Hemofili di Provinsi Papua Barat sebesar 0,9‰ terdapat di semua Kabupaten/kota.

Tabel 3.6.3
Prevalensi Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofili) Menurut Kabupaten / Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008 (Permil)

Kabupaten/kota	Jiwa	Buta Warna	Glaukoma	Sumbing	Dermatitis	Rhinitis	Talasemia	Hemofilia
Fak Fak	3,3	9,7	6,5	1,6	81,2	13,0	1,6	1,6
Kaimana	0,0	9,0	1,1	0,0	15,5	18,8	0,0	0,0
Teluk Wondana	0,0	12,4	2,5	0,0	34,7	18,0	8,1	2,5
Teluk Bintuni	2,6	5,1	0,0	0,0	23,1	7,7	0,0	0,0
Manokwari	1,9	5,3	0,0	0,0	10,7	8,9	0,0	0,0
Sorong Selatan	2,6	18,1	12,9	0,0	51,2	0,0	0,0	0,0
Sorong	2,0	8,0	0,0	0,0	34,0	18,0	0,0	0,0
Raja Ampat	0,0	14,0	0,0	0,0	51,2	56,3	0,0	0,0
Kota Sorong	3,2	10,1	3,2	2,5	68,8	37,3	0,0	0,6
PAPUA BARAT	1,6	10,2	2,8	0,7	43,1	21,0	2,1	0,9

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

3.6.4 Gangguan Mental Emosional

Di dalam kuesioner Riskesdas, pertanyaan mengenai kesehatan mental terdapat di dalam kuesioner individu F01 –F20. Kesehatan mental dinilai dengan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan SRQ diberikan kepada anggota rumah tangga (ART) yang berusia ≥ 15 tahun. Ke-20 butir pertanyaan ini mempunyai pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Nilai batas pisah yang ditetapkan pada survei ini adalah 6 yang berarti apabila responden menjawab minimal 6 atau lebih jawaban “ya”, maka responden tersebut diindikasikan mengalami gangguan mental emosional. Nilai batas pisah tersebut sesuai penelitian uji validitas yang pernah dilakukan (Hartono, Badan Litbangkes, 1995).

Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila terus berlanjut. SRQ memiliki keterbatasan karena hanya mengungkap status emosional individu sesaat (± 30 hari) dan tidak dirancang untuk diagnostik gangguan jiwa secara spesifik. Pada Riskesdas 2008 penilaian gangguan mental emosional menggunakan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan yang dibacakan petugas wawancara kepada seluruh responden.

Saat ini diperkirakan 450 – 500 juta orang di dunia menderita gangguan mental, neurologis maupun masalah psikososial, termasuk kecanduan alkohol dan penyalahgunaan obat. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes tahun 1995, menunjukkan 140 dari 1000 Anggota Rumah Tangga yang berusia ≥ 15 tahun mengalami gangguan mental emosional. SKRT 1995 juga menggunakan SRQ sebagai alat ukur.

Dari Tabel 3.6.4.1 diketahui bahwa prevalensi gangguan mental emosional di provinsi Papua Barat pada penduduk yang berumur ≥ 15 tahun adalah 13,2% Prevalensi ini bervariasi antar Kabupaten/kota dengan kisaran antara 3,8% sampai dengan 20,9%. Prevalensi tertinggi di Kabupaten Fakfak (20,9%) dan yang terendah terdapat di Kabupaten Teluk Bintuni (3,8%).

Tabel 3.6.4.1
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Gangguan Mental Emosional (%)
Fak Fak	20,9
Kaimana	18,1
Teluk Wondama	16,9
Teluk Bintuni	3,8
Manokwari	5,8
Sorong Selatan	8,9
Sorong	7,1
Raja Ampat	11,2
Kota Sorong	12,3
Papua Barat	13,2

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

Dari Tabel 3.6.4.2 terlihat prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan pertambahan usia. Berdasarkan umur, tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (25,0%).

Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional adalah kelompok dengan jenis kelamin perempuan, kelompok yang memiliki pendidikan rendah (paling tinggi pada kelompok tidak sekolah, kelompok yang tidak bekerja, tinggal di desa. Tidak terdapat kecenderungan perbedaan prevalensi dengan tingkat pengeluaran per kapita rumah tangga terendah (pada Kuintil 1: 11,8 % dan kuintil 5: 12,0 %).

Tabel 3.6.4.2
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun
Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut
Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Gangguan Mental Emosional (%)
Kelompok Umur (tahun)	
15-24	13,4
25-34	12,7
35-44	11,5
45-54	12,6
55-64	16,9
65-74	22,5
75+	25,0
Jenis kelamin	
Laki-laki	11,3
Perempuan	15,0
Pendidikan	
Tidak sekolah	16,7
Tidak tamat SD	16,4
Tamat SD	14,5
Tamat SD	10,8
Tamat SMA	11,1
Tamat PT	11,0
Pekerjaan	
Tidak bekerja	14,9
Sekolah	11,7
Ibu RT	14,9
Pegawai	10,3
Wiraswasta	13,1
Petani/nelayan/buruh	12,6
Lainnya	12,8
Tipe Daerah	
Perkotaan	11,4
Perdesaan	14,2
Tingkat Pengeluaran per Kapita	
Kuintil1	11,8
Kuintil 2	14,6
Kuintil 3	13,0
Kuintil 4	14,6
Kuintil 5	12,0

*Nilai Batas Pisah (Cut off Point) ≥ 6

3.6.5 Penyakit Mata

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

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus pada responden berusia enam tahun ke atas. Prevalensi katarak dihitung berdasarkan jawaban responden berusia 30 tahun ke atas sesuai empat butir pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner individu. Notasi D pada tabel 3.6.5.1 dan 3.6.5.2 adalah persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir, sedangkan DG adalah persentase D ditambah persentase responden yang mempunyai gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau), tetapi tidak pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Persentase riwayat operasi katarak didapatkan dari responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak dan pernah menjalani operasi katarak dalam 12 bulan terakhir.

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

Tabel 3.29
Persentase Penduduk Usia 6 Tahun keatas menurut *Low Vision* dan
Kebutaan(dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal)
dan Kabupaten/kotadi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	KABUPATEN/KOTA	<i>Low vision</i> *	Kebutaan**
1	Fakfak	2.0	0,6
2	Kab. Kaimana	1.3	1.1
3	Kab. Teluk Wondama	2.0	0,9
4	Kab. Teluk Bintuni	6.2	2.2
5	Kab. Manokwari	1.3	0,6
6	Kab. Sorong Selatan	0,0	0,4
7	Kab. Sorong	2.4	0,8
8	Kab. Raja Ampat	2.3	0,6
9	Kota. Sorong	3.5	0,2
PAPUA BARAT		2.4	0,7

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

Persentase *low vision* di Provinsi Papua Barat berkisar antara 0 (Kabupaten sorong Selatan) sampai 6,2 (Teluk Bintuni), sedangkan persentase kebutaan berkisar 0,2 (Kota Sorong) sampai 2,2 (Teluk Bintuni). Rendahnya persentase *low vision* Kabupaten Sorong Selatan dan kebutaan di Kota Sorong dikarenakan *respons rate* yang rendah, sehingga persentase tersebut tidak mewakili keadaan di wilayah Kabupaten terkait secara keseluruhan. Dibandingkan dengan persentase *low vision* di tingkat provinsi, 3 dari 9 Kabupaten yang ada masih memiliki persentase lebih tinggi. Persentase kebutaan tingkat provinsi sebesar 0.7, lebih rendah dari persentase tingkat nasional (0,9) dan terdapat 3 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 3.6.5.2
Persentase Penduduk Umur 6 Tahun keatas menurut *Low Vision* dan
Kebutaan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan
Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat,
Risikesdas 2008

Karakteristik	<i>Low vision</i> * (%)	Kebutaan** (%)
Kelompok umur (tahun)		
6 – 14	0,3	0,0
15 – 24	0,8	0,0
25 – 34	1,3	0,2
35 – 44	2,3	0,2
45 – 54	3,6	1,8
55 – 64	10,9	4,3
65 – 74	28,2	12,9
75+	28,1	9,4
Jenis kelamin		
Laki-laki	2,1	0,8
Perempuan	2,6	0,6
Lama pendidikan		
Tidak sekolah	7,8	3,4
Tidak tamat SD	2,4	1,6
Tamat SD	2,7	0,6
Tamat SMP	2,2	0,5
Tamat SMA	1,5	0,0
Tamat PT	2,5	0,0
Pekerjaan		
Tidak bekerja	3,8	2,0
Sekolah	0,2	0,0
Ibu RT	3,9	1,2
PNS/POLRI/TNI	2,5	0,0
Wiraswasta	2,8	0,0
Petani/ Nelayan/ Buruh	3,2	1,3
Lainnya	6,4	2,1
Tempat tinggal		
Kota	3,1	0,4
Desa	2,0	0,9
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	1,9	0,3
Kuintil-2	3,0	0,3
Kuintil-3	2,2	1,2
Kuintil-4	2,2	0,7
Kuintil-5	2,8	1,2

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

**)Kisaran visus $<3/60$ pada mata terbaik

Tabel 3.6.5.2 menunjukkan bahwa persentase *low vision* makin meningkat sesuai pertambahan usia dan meningkat tajam pada kisaran usia 55 tahun ke atas, sedangkan persentase kebutaan meningkat tajam pada golongan usia 65 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 berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi persentasenya, sementara itu sebaran terbesar juga berada pada kelompok penduduk yang tidak bekerja. Kenyataan bahwa persentase penduduk yang kehilangan kemandirian akibat *low vision* dan kebutaan pada umumnya juga mempunyai keterbatasan pendidikan dan pekerjaan/penghasilan, menyebabkan kekhawatiran akan timbulnya kebergantungan mereka kepada orang lain, baik secara fisik maupun finansial, yang makin memperberat beban keluarga, sehingga membutuhkan perhatian dan penanganan khusus dari pihak pemerintah dan sektor terkait lainnya.

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

Tabel 3.6.5.3
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak
menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/Kota	D (%)	DG (%)
1	Fakfak	1.6	21.8
2	Kab. Kaimana	2.4	20.2
3	Kab. Teluk Wondama	0,4	22.4
4	Kab. Teluk Bintuni	1.4	18.8
5	Kab. Manokwari	2.0	11.9
6	Kab. Sorong Selatan	2.0	17.7
7	Kab. Sorong	1.9	12.3
8	Kab. Raja Ampat	9.1	30.7
9	Kota. Sorong	4.3	18.8
PAPUA BARAT		2.4	19.2

Secara keseluruhan, tabel ini memperlihatkan bahwa persentase penduduk usia 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis katarak dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) dalam 12 bulan terakhir hanya sekitar 1:8 di tingkat provinsi, setara dengan rasio tingkat nasional. Fakta ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh nakes di hampir semua Kabupaten di wilayah Papua Barat, kecuali di Kabupaten Raja Ampat yang mempunyai rasio sekitar 1:3, yang dapat berarti bahwa persentase katarak di Kabupaten ini memang rendah. Persentase diagnosis oleh nakes terendah ditemukan di Kota Teluk Wondama (0,4%) dan yang tertinggi adalah di Raja Ampat (9,1%). Meskipun demikian, persentase katarak yang didiagnosis di Provinsi Papua Barat (2,4%) sedikit lebih tinggi dibandingkan persentase tingkat nasional (1,8%). Begitu juga dengan penduduk yang hanya memiliki gejala utama katarak.

Tabel 3.30
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	D (%)	DG (%)
Kelompok umur (tahun)		
30 – 34	6.5	6.5
35 – 44	14.4	14.4
45 – 54	23.1	23.1
55 – 64	33.9	33.9
65 – 74	57.4	57.4
75+	28.2	28.2
Jenis kelamin		
Laki-laki	2.5	17.6
Perempuan	2.3	20.8
Lama pendidikan		
≤ 6 tahun	2.4	22.6
7-12 tahun	2.6	15.2
>12 tahun	1.2	12.3
Pekerjaan		
Tidak bekerja	5.7	22.4
Ibu RT	0,0	30.8
PNS/POLRI/TNI	2.0	20.6
Wiraswasta	1.8	13.8
Petani/ Nelayan/ Buruh	1.4	18.8
Lainnya	2.2	19.1
Tempat tinggal		
Kota	3.5	17.3
Desa	1.9	20.1
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	1.2	18.2
Kuintil-2	2.7	25.2
Kuintil-3	3.0	17.2
Kuintil-4	2.6	18.7
Kuintil-5	1.9	18.1

Tabel 3.6.5.4 menunjukkan bahwa persentase diagnosis katarak oleh nakes meningkat sesuai pertambahan usia, hanya sedikit lebih besar pada laki-laki (2,5%) dan sedikit lebih besar di daerah perkotaan (3,5%). Seperti halnya *low vision* dan kebutaan, persentase diagnosis katarak oleh nakes lebih besar pada penduduk dengan lama pendidikan 7-12 tahun 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 penduduk yang bekerja di sektor informal juga dapat mengakibatkan persepsi negatif bahwa untuk bisa beraktivitas/bekerja sehari-hari, misalnya sebagai petani, atau nelayan, masyarakat tidak memerlukan tajam penglihatan yang maksimal. Persentase diagnosis katarak oleh nakes juga tersebar merata pada 5 kuintil yang dikelompokkan berdasarkan pengeluaran per kapita per bulan dalam rumah tangga, tetapi tampak bahwa prevalensi katarak terendah ditemukan pada kuintil-3 (17,2%). Mengingat bahwa patogenesis katarak berkaitan dengan multifaktor, maka rendahnya prevalensi pada kuintil 3 perlu diinvestigasi lebih lanjut, sehingga dapat diidentifikasi faktor yang menekan terjadinya katarak pada kuintil ini, untuk selanjutnya jika memungkinkan dapat diterapkan pada kelompok kuintil lainnya.

Tabel 3.31
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskedas 2008

No	KABUPATEN/KOTA	Operasi katarak (%)	Pakai kacamata pasca operasi (%)
1	Fakfak	1.2	100.0
2	Kab. Kaimana	0,9	50.0
3	Kab. Teluk Wondama	0,7	0,0
4	Kab. Teluk Bintuni	0,7	100.0
5	Kab. Manokwari	0,0	0,0
6	Kab. Sorong Selatan	0,7	0,0
7	Kab. Sorong	1.4	0,0
8	Kab. Raja Ampat	2.6	0,0
9	Kota. Sorong	0,8	33.3
PAPUA BARAT		0,9	30.0

Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi Papua Barat adalah sebesar 0,9 dan lebih rendah jika dibandingkan dengan keadaan nasional yaitu 18,0. Terlihat tidak ada operasi katarak di Manokwari. Cakupan operasi ini masih sangat rendah, sehingga dapat mengakibatkan penumpukan kasus katarak pada tahun terkait (2008) adalah sebesar 99,1% 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. (Tabel 3.6.5.6)

Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di tingkat provinsi adalah sebesar 30% dengan kisaran terendah adalah di Teluk Wondama, Manokwari, Sorong Selatan, Sorong dan Raja Ampat (0%) dan tertinggi adalah Kab Fak-Fak, dan Kab Teluk Bintuni (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 Kota Sorong (0,8%) cukup baik, sehingga visus pasca operasi mendekati normal dan penderita yang memerlukan kacamata pasca operasi hanya 33,3%. Persentase operasi katarak tertinggi di Raja Ampat tetapi tidak satupun yang memakai kaca mata dengan kata lain penderita katarak pasca operasi tidak memerlukan kaca mata untuk kegiatan harian.

Tabel 3.32
Sebaran Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak yang Pernah
Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008

Karakteristik	Operasi katarak (%)	Pakai kacamata pasca operasi (%)
Kelompok umur (tahun)		
30-34	0,2	0,0
35-44 tahun	0,4	20.0
45-54 tahun	1.7	37.5
55-64 tahun	1.3	25.0
65-74 tahun	2.0	100.0
75+ tahun	0,0	0,0
Jenis kelamin		
Laki-laki	1.0	41.7
Perempuan	0,8	12.5
Lama pendidikan (tahun)		
≤ 6	1.2	18.8
7-12	0,3	66.7
> 12	1.3	100.0
Pekerjaan		
Tidak bekerja	0,6	0.0
Sekolah	0,0	0.0
Ibu RT	1.1	14.3
PNS/POLRI/TNI	0,6	100.0
Wiraswasta	0,7	100.0
Petani/ nelayan/ buruh	0,7	16.7
Lainnya	2.8	0,0
Tempat tinggal		
Kota	1.1	37.5
Desa	0,8	25.0
Tingkat pendapatan per kapita		
Kuintil-1	0,5	0,0
Kuintil-2	1.1	20.0
Kuintil-3	0,4	0,0
Kuintil-4	1.8	55.6
Kuintil-5	0,6	33.3

Persentase operasi katarak pada laki-laki menurut tabel di atas, sedikit lebih tinggi dibandingkan pada perempuan, meskipun persentase diagnosis katarak oleh nakes pada perempuan lebih besar. Fakta ini sekali lagi memperkuat asumsi bahwa kesempatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (operasi katarak) tampaknya lebih besar pada laki-laki dibanding perempuan. Kesenjangan tersebut pada akhirnya dapat menimbulkan penumpukan kasus katarak pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki.

Persentase operasi katarak lebih besar pada penduduk dengan latar belakang kelompok umur 65-74 tahun, lebih besar dari kelompok ibu rumah tangga, dan juga terlihat lebih besar dengan perkotaan.. Hal ini mungkin berkaitan dengan kemudahan akses ke sarana kesehatan yang mempunyai alat operasi di perkotaan pada umumnya lebih mudah dibanding di perdesaan. Persentase yang telah melakukan operasi katarak dilihat dari latar belakang pendidikan umumnya lebih dari 12 tahun. 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 perdesaan.

Menurut kuintil terlihat semakin bagus tingkat perekonomian masyarakat semakin bagus persentase pemakaian kaca mata paska operasi dan dapat terlihat pada kuintil-5.

3.6.6 Kesehatan Gigi

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

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

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

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

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

Dalam Riskesdas 2008 ini dikumpulkan berbagai indikator kesehatan gigi-mulut masyarakat, baik melalui wawancara maupun pemeriksaan gigi-mulut. Wawancara dilakukan terhadap semua kelompok umur, meliputi data masyarakat yang bermasalah gigi-mulut, perawatan yang diterima dari tenaga medis gigi, hilang seluruh gigi asli, jenis perawatan yang diterima dari tenaga medis gigi, dan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi.

Pemeriksaan gigi-mulut dilakukan pada kelompok umur 12 tahun ke atas dengan menggunakan instrumen genggam (kaca mulut dan senter).

Tabel 3.6.6.1 menggambarkan prevalensi penduduk dengan masalah gigi-mulut dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi dalam 12 bulan terakhir menurut Kabupaten/kota.

Sebanyak 23,7% penduduk Papua Barat mengalami masalah gigi mulut dengan 34,7% nya menerima perawatan dari tenaga medis. Terdapat 4 dari 9 Kabupaten/kota di Papua Barat yang mempunyai persentase masalah gigi mulut yang lebih tinggi dibandingkan dengan provinsi. Persentase tertinggi ditemukan di kota Sorong (33,4%), sedangkan terendah di Kabupaten Teluk Wondana (13,4%). Sedangkan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi berkisar antara 21,4% – 61,3% dengan persentase tertinggi di Kabupaten Raja Ampat dan terendah di Kota Sorong.

Tabel 3.6.6.1
Persentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Bermasalah Gigi-Mulut	Menerima Perawatan dari Tenaga Medis Gigi*	Hilang Seluruh Gigi Asli
Fakfak	32,7	40,1	0,8
Kaimana	27,5	45,1	0,4
Teluk Wondana	13,4	36,7	0,8
Teluk Bintuni	16,8	29,5	0,4
Manokwari	19,1	47,9	0,6
Sorong Selatan	26,7	36,0	0
Sorong	17,1	39,6	0,3
Raja Ampat	20,9	61,3	1,4
Kota. Sorong	33,4	21,4	0,9
Papua Barat	23,7	34,7	0,7

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

Pada tabel di atas juga dapat dilihat bahwa persentase penduduk yang kehilangan seluruh gigi asli adalah 0,7%. Angka ini rendah jika dibandingkan dengan angka propinsi yaitu 1,6 %.

Tabel 3.33
Persentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik di
Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Bermasalah Gigi-Mulut	Menerima Perawatan dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
Umur			
< 1	1,5	0	0
1 - 4	9,1	28,5	0
5 - 9	17,2	30,1	0
10 – 14	18,9	27,4	0
15 – 24	23,8	33,4	0
25 – 34	28,3	39,4	0
35 – 44	31,8	38,4	0,7
45 – 54	35,7	33,7	1,9
55 – 64	42,7	40,0	3,1
65+	24,0	28,2	13,3
Jenis Kelamin			
Laki-laki	22,5	35,5	0,6
Perempuan	24,8	34,0	0,7
Tipe daerah			
Perkotaan	31,3	29,8	0,8
Pedesaan	20,1	38,3	0,6
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita			
Kuintil-1	17,6	26,1	0,6
Kuintil-2	25,1	32,7	1,1
Kuintil-3	25,3	32,9	0,4
Kuintil-4	26,2	38,3	0,5
Kuintil-5	25,4	41,3	0,8

Pada tabel 3.6.6.2 menunjukkan bahwa penduduk yang bermasalah pada kesehatan gigi dan mulut adalah kelompok usia 55-64 (42,7%) dan itu juga bisa dikatakan bahwa prevalensi masalah gigi mulut meningkat sejalan dengan penambahan usia, kemudian menurun kembali pada usia >65 tahun. Untuk perawatan gigi dan mulut sendiri yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, prevalensi tertinggi adalah pada kelompok usia 55-64 tahun (40,0%) disusul oleh kelompok usia 25-34 th (39,4%) dan kelompok usia 35-44 tahun (38,4%). Prevalensi hilang seluruh gigi tertinggi pada kelompok usia >65 tahun sebesar 13.3%.

Berdasarkan jenis kelamin, persentase masalah gigi mulut, yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi dan yang hilang seluruh gigi aslinya persentasenya hampir sama .

Masalah gigi mulut lebih banyak pada penduduk perkotaan akan tetapi yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi lebih banyak di desa.

Berdasarkan status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita, persentase masalah gigi mulut di Papua Barat relatif tidak jauh berbeda antar nilai Kuintil pada kisaran 17,6 – 25,4%. Sedangkan untuk yang menerima perawatan dari tenaga medis, persentasenya meningkat sesuai dengan peningkatan ekonomi. Sama halnya dengan masalah gigi dan mulut untuk penduduk yang kehilangan seluruh gigi asli pun relatif tidak jauh berbeda dengan kisaran 0,4 – 1,1% dan persentase tertinggi ada pada Kuintil 2.

Tabel 3.6.6.3
Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi Menurut
Jenis Perawatan dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat,
Riskedas 2008

Kabupaten/ Kota	Jenis Perawatan Gigi				
	Peng- obatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah Gigi	Pemasangan Protesa/ Bridge	Konseling Perawatan/ Kebersihan Gigi	Lain- nya
Fakfak	88,2	56,9	0,9	21,3	0,9
Kaimana	82,4	24,4	3,5	12,8	3,4
Teluk Wondana	86,1	25,0	2,8	16,7	2,8
Teluk Bintuni	83,7	26,4	10,1	27,2	0
Manokwari	85,0	44,1	3,3	20,7	0,7
Sorong Selatan	96,4	25,6	3,0	26,1	3,6
Sorong	76,3	36,8	5,3	18,4	2,6
Raja Ampat	91,0	10,6	1,5	9,1	4,9
Kota. Sorong	96,9	29,1	4,7	38,4	1,6
Papua Barat	88,0	32,4	3,5	22,0	2,2

Persentase pengobatan gigi dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 88,0% dengan kisaran terendah adalah di Kabupaten Kaimana (82,4%) dan tertinggi adalah kota Sorong (96,9%). Persentase penambalan/pencabutan/bedah gigi di Papua Barat adalah 32,4% (kisaran 10,6 – 56,9%) dengan tertinggi pada Kabupaten Fakfak, dan yang terendah pada Kabupaten Raja Ampat. Sedangkan untuk pemasangan gigi palsu lepasan (protesa)/gigi palsu cekatan (bridge) secara keseluruhan di Papua Barat sebesar 3,5% dengan persentase tertinggi di Teluk Bintuni (10,1%) dan terendah di Kabupaten Fakfak (0,9%). Sebanyak 22% penduduk Papua Barat yang mengalami masalah gigi mulut melakukan konseling perawatan/kebersihan gigi dengan kota Sorong mempunyai persentase tertinggi (38,4%) dan Raja Ampat yang terendah (9,1%).

Tabel 3.34
Persentase Jenis Perawatan yang Diterima Penduduk untuk
Masalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat,
Riskesmas 2008

Karakteristik	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah Gigi	Pemasangan Protosa/ Bridge	Konseling Perawatan/ Kebersihan Gigi	Lain- nya
Umur					
< 1	0	0	0	0	0
1 - 4	100,0	0	0	32,9	0
5 - 9	86,3	18,1	1,7	27,2	0
10 - 14	92,8	20,7	2,1	24,7	0
15 - 24	89,4	29,9	0,5	16,6	1,8
25 - 34	89,1	39,1	3,9	29,4	2,6
35 - 44	89,5	29,5	5,2	18,8	2,7
45 - 54	83,5	51,9	3,4	12,6	3,7
55 - 64	81,3	36,4	6,4	23,3	4,5
65+	74,8	36,2	7,3	12,2	
Jenis Kelamin					
Laki-laki	89,2	32,9	2,1	22,3	2,1
Perempuan	86,9	31,9	4,6	21,8	2,4
Tipe daerah					
Perkotaan	89,5	35,1	5,3	30,9	1,4
Pedesaan	87,1	30,8	2,4	17,0	2,7
Tingkat Pengeluaran Perkapita					
Kuintil-1	89,1	33,1	0	19,9	0
Kuintil-2	89,5	28,2	2,3	23,4	3,5
Kuintil-3	89,0	28,6	3,2	17,0	3,6
Kuintil-4	86,2	31,1	5,3	29,0	2,6
Kuintil-5	88,2	40,7	4,6	19,7	0

Pengobatan gigi terdapat di semua kelompok umur dengan persentase tertinggi pada kelompok umur 1- 4 tahun. Penambalan/pencabutan/bedah gigi dan pemasangan gigi palsu mulai umur 5 tahun ke atas. Sedangkan untuk konseling perawatan/kebersihan gigi mulai pada 1 tahun keatas dan juga merupakan persentase tertinggi pada kel 1- 4 tahun. Persentase tertinggi pada Penambalan/pencabutan/bedah gigi ada pada kelompok umur 45 -54 tahun (51,9%) sedangkan untuk pemasangan gigi palsu paling besar pada kelompok umur 65 tahun ke atas (7,3%)

Berdasarkan jenis kelamin, pada semua jenis perawatan gigi, persentase laki-laki lebih besar dibanding perempuan kecuali untuk pemasangan gigi palsu. Penduduk kota lebih banyak melakukan semua jenis perawatan gigi dibandingkan penduduk pedesaan.

Persentase pengobatan pada penduduk berbanding terbalik dengan tingkat pengeluaran, makin tinggi tingkat pengeluaran, cenderung makin rendah persentasenya. Sebaliknya, pada Penambalan/pencabutan/bedah gigi terlihat bahwa makin tinggi tingkat

pengeluaran maka makin tinggi pula persentasenya. pemasangan gigi palsu dan konseling perawatan/kebersihan gigi yang terbanyak pada Kuintil 4

Tabel 3.35
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar
Menggosok Gigi Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat,
Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Berperilaku Benar Menggosok Gigi	
	Ya	Tidak
Fakfak	27,2	72,8
Kaimana	9,2	90,8
Teluk Wondana	10,7	89,3
Teluk Bintuni	13,4	86,6
Manokwari	20,9	79,1
Sorong Selatan	7,2	92,8
Sorong	19,7	80,3
Raja Ampat	16,4	83,6
Kota. Sorong	25,7	74,3
Papua Barat	17,4	82,6

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

Pada 3.6.6.5 disajikan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam menggosok gigi. Dikategorikan berperilaku benar dalam menggosok gigi bila seseorang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari dengan cara yang benar, yaitu dilakukan pada saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Hasil Riskesdas menunjukkan bahwa persentase penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi di Indonesia masih sangat rendah, yaitu 7,3%, Tetapi di Provinsi Papua Barat lebih tinggi dari dari angka nasional yaitu 17,4%. Kabupaten dengan persentase penduduk tertinggi dalam berperilaku benar menggosok gigi adalah Fak-Fak (27,2%).

Tabel 3.36
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar
Menggosok Gigi Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat,
Riskesmas 2008

Karakteristik	Berperilaku Benar Menggosok Gigi	
	Ya	Tidak
Kelompok Umur (tahun)		
10 – 14	13,0	87,0
15 – 24	20,2	79,8
25 – 34	19,1	80,9
35 – 44	18,7	81,3
45 – 54	17,0	83,0
55 – 64	13,8	86,2
65+	12,5	87,5
Jenis Kelamin		
Laki-laki	15,3	84,7
Perempuan	19,3	80,7
Tempat Tinggal		
Perkotaan	27,1	72,9
Perdesaan	12,8	87,2
Tingkat pendapatan per kapita		
Kuintil 1	12,9	87,1
Kuintil 2	15,8	84,2
Kuintil 3	16,3	83,7
Kuintil 4	20,2	79,8
Kuintil 5	22,4	77,6

Catatan :

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

Perilaku benar menggosok gigi menunjukkan variasi menurut karakteristik responden. Menurut umur, ada kecenderungan persentase penduduk berperilaku benar dalam menggosok gigi mengalami penurunan seiring dengan peningkatan umur, terutama mulai umur 25 tahun ke atas. Sedangkan menurut jenis kelamin, persentase perilaku benar dalam menggosok gigi lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Begitu pula menurut tipe daerah, persentase penduduk berperilaku benar menggosok gigi lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan.

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

Tabel 3.37
Persentase Waktu Menyikat Gigi pada Penduduk 10 Tahun ke Atas yang
Menggosok Gigi Setiap Hari Menurut Kabupaten/ Kota
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/ Kota	Menggosok Gigi Setiap Hari					
	Gosok Gigi setiap hari	Saat Mandi pagi/sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lainnya
Fakfak	93,3	90,0	39,5	48,0	49,0	1,5
Kaimana	62,0	88,5	20,6	36,7	34,3	2,5
Teluk Wondana	77,8	88,4	27,7	34,3	25,9	1,8
Teluk Bintuni	82,7	91,5	19,4	40,6	28,1	3,2
Manokwari	88,7	90,8	25,3	38,6	36,4	9,4
Sorong Selatan	92,3	98,7	11,3	25,0	17,1	1,8
Sorong	90,9	84,4	31,6	42,7	46,0	4,5
Raja Ampat	73,2	94,7	39,9	58,4	37,1	4,3
Kota. Sorong	93,6		37,3	64,3	65,5	1,0
Papua Barat	84,1	89,0	29,9	45,6	42,3	2,7

Tabel 3.6.6.7 menunjukkan sebagian besar penduduk Papua Barat yang berumur 10 tahun keatas yang menggosok gigi setiap hari (84,1%) lebih rendah dari angka nasional (91,1%), dari mereka yang menggosok gigi setiap hari sebagian besar dilakukan saat mandi pagi / sore sebanyak 89,0%. Hanya sedikit yang melakukan sesudah makan pagi yaitu (29,9%). Kabupaten/kota yang terendah penduduk yang menggosok gigi sesudah makan pagi, yaitu Sorong Selatan (11,3%). Waktu menggosok gigi sesudah bangun pagi di Papua Barat sebesar 45,6%. Sorong Selatan mempunyai persentase terendah (25,0%) dari 9 Kabupaten/kota. Sedangkan untuk yang menggosok gigi setiap hari sebelum tidur sebanyak 42,3% dengan persentase terendah juga di Sorong Selatan (17,1%). Secara keseluruhan, masih kurang dari 50% penduduk Papua Barat yang berperilaku menggosok gigi dengan benar, yaitu waktu menggosok gigi sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Tabel 3.38
Persentase Waktu Menyikat Gigi Pada Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Waktu Menggosok Gigi					
	Gosok gigi setiap hari	Saat Mandi Pagi / Sore	Sesudah Makan Pagi	Sesudah Bangun Pagi	Sebelum Tidur Malam	Lain nya
Umur						
10 – 14	81,7	88,2	26,0	41,9	33,8	3,3
15 – 24	91,8	88,8	31,9	47,4	43,0	3,5
25 – 34	86,3	89,5	30,4	48,1	44,2	2,8
35 – 44	86,2	90,2	29,6	42,8	45,6	1,8
45 – 54	78,0	88,3	31,2	48,5	44,7	3,0
55 – 64	73,7	90,2	28,9	41,5	38,8	,6
65+	63,3	79,8	29,8	47,0	41,9	1,5
Jenis Kelamin						
Laki-laki	81,9	89,4	28,3	42,1	39,3	2,4
Perempuan	86,1	88,6	31,2	48,5	44,7	3,0
Tipe daerah						
Perkotaan	94,7	88,3	37,3	61,0	62,3	1,5
Perdesaan	79,0	89,4	25,5	36,6	30,7	3,4
Tingkat Pengeluaran RT per Kapita						
Kuintil-1	75,0	91,9	29,5	43,2	31,7	3,1
Kuintil-2	78,1	89,5	31,0	45,8	35,6	2,5
Kuintil-3	85,0	87,8	25,9	44,8	43,8	2,4
Kuintil-4	88,4	91,2	31,3	45,0	46,4	3,2
Kuintil-5	92,2	85,2	30,2	50,9	52,8	2,8

Tabel 3.6.6.8 Perilaku penduduk dalam menggosok gigi menunjukkan variasi menurut karakteristik responden. Menurut umur persentase penduduk yang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari mengalami penurunan seiring dengan bertambahnya umur, kecuali pada kelompok 10-14 tahun. Sedangkan menurut jenis kelamin lebih tinggi presentasi perempuan dari pada laki-laki di provinsi Papua Barat. Menurut tipe daerah persentase penduduk menggosok gigi lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan perdesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita semakin tinggi penduduk yang menggosok gigi setiap hari. Dalam hal waktu menggosok gigi hampir semua waktu menggosok gigi, kecuali pada saat mandi pagi dan atau sore. Penduduk yang tinggal di perkotaan lebih banyak yang menggosok gigi di semua waktu dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di pedesaan, kecuali saat mandi pagi/sore.

Menurut jumlah tingkat pengeluaran perkapita per rumah tangga, waktu menggosok gigi saat mandi pagi dan atau sore dan sesudah makan pagi relatif merata pada semua kuintil. Sedangkan pada sesudah bangun pagi dan sebelum tidur malam, terlihat bahwa semakin tinggi tingkat pengeluarannya, maka persentasenya akan semakin besar.

Tabel 3.6.6.9 menyajikan komponen DMF-T menurut Kabupaten/kota. Indeks DMF-T sebagai indikator status kesehatan gigi, merupakan penjumlahan dari indeks D-T, M-T, dan F-T yang menunjukkan banyaknya kerusakan gigi yang pernah dialami seseorang baik berupa Decay (gigi karies atau gigi berlubang), missing (gigi dicabut), dan filling (gigi ditumpat). Indeks DMF-T secara nasional sebesar 4,85. Ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada penduduk Indonesia 5 buah gigi per orang. Komponen yang terbesar adalah gigi dicabut/M-T sebesar 3,86, dapat dikatakan rata-rata penduduk Indonesia mempunyai 4 gigi yang sudah dicabut atau indikasi pencabutan. Provinsi Papua Barat mempunyai indeks DMF-T yang tidak berbeda dengan angka nasional. DMF-T yang ditemukan pada Riskesdas ini lebih rendah dari temuan SKRT 1995 sebesar 6,4 dan SKRT 2001 sebesar 5,3.

Tabel 3.39
Komponen D, M, F Dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	INDEX DMF-T (X)
Fakfak	1,58	3,99	0,03	5,58
Kaimana	1,63	3,47	0,02	5,15
Teluk Wondana	0,40	1,73	0,01	2,06
Teluk Bintuni	1,25	2,56	0,00	3,83
Manokwari	0,55	1,80	0,04	2,39
Sorong Selatan	1,82	1,41	0,00	3,19
Sorong	0,93	2,49	0,07	3,49
Raja Ampat	1,53	3,19	0,00	4,75
Kota. Sorong	1,41	4,25	0,02	5,71
Papua Barat	1,13	2,91	0,02	4,05

Sebanyak 1,13% penduduk Papua Barat mempunyai gigi berlubang. Persentase terbesar di Kabupaten Sorong Selatan (1,82%) diikuti Kabupaten Kaimana (1,63%). Persentase gigi yang dicabut/indikasi pencabutan di provinsi sebesar 2,91% dan yang tertinggi adalah kota Sorong. Sedangkan untuk jumlah gigi ditumpat, persentasenya sangat kecil sekali, yaitu 0,02%. Bila dilihat dari jumlah kerusakan gigi di Papua Barat sebanyak 4,05%, dimana yang tertinggi adalah kota Sorong (5,71%), Fakfak (5,58%), dan Kaimana (5,15%).

Tabel 3.6.6.10
Komponen D, M, F Dan Index DMF-T Menurut Karakteristik di Provinsi
Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	INDEX DMF-T
Umur				
12	0,49	0,16	0,00	0,68
15	0,59	0,14	0,01	0,75
18	1,49	0,30	0,02	1,52
35 – 44	1,37	2,79	0,03	4,17
65 +	1,18	13,39	0,12	14,83
Jenis Kelamin				
Laki-laki	1,08	2,90	0,03	4,00
Perempuan	1,16	2,93	0,02	4,09
Tipe Daerah				
Perkotaan	1,33	4,11	0,03	5,49
Perdesaan	1,02	2,33	0,02	3,33
Tingkat Pengeluaran RT per Kapita				
Kuintil-1	0,89	2,39	0,00	3,28
Kuintil-2	1,07	3,19	0,01	4,27
Kuintil-3	1,08	2,67	0,04	3,71
Kuintil-4	1,19	2,88	0,02	4,14
Kuintil-5	1,36	3,47	0,05	4,85

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

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

F-T : Rata-rata jumlah gigi di tumpat

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

Tabel 3.6.6.10 menggambarkan bahwa menurut pertambahan umur terlihat bahwa ada kecenderungan bahwa semakin bertambah umur, maka semakin besar persentase gigi berlubang, gigi dicabut, gigi ditumpat, dan jumlah kerusakan gigi tiap orang. Perempuan mempunyai persentase lebih besar dari laki-laki untuk gigi berlubang dan gigi dicabut. Sedangkan jumlah gigi ditumpat ternyata sebaliknya. Jumlah gigi berlubang, gigi dicabut dan ditumpat lebih banyak di perkotaan dibandingkan pedesaan. Dilihat dari tingkat pengeluaran, paling banyak baik untuk gigi lubang, dicabut ataupun ditambal persentase terbesar ada di tingkat pengeluaran yang tertinggi (kuintil-4).

Tabel 3.6.6.11
Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 tahun ke atas Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Karies Aktif	Pengalaman Karies
Fakfak	52,0	78,4
Kaimana	51,2	69,0
Teluk Wondana	20,0	34,4
Teluk Bintuni	50,3	67,4
Manokwari	27,7	50,0
Sorong Selatan	49,4	56,2
Sorong	35,3	60,2
Raja Ampat	48,4	70,3
Kota Sorong	52,6	75,7
Papua Barat	40,8	60,4

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

Tabel 3.6.6.11 menunjukkan bahwa prevalensi karies aktif pada penduduk Papua Barat adalah 40,8% (kisaran 20,0 – 52,6%). Berturut-turut prevalensi yang tertinggi ialah Kota Sorong, Kabupaten Fakfak (52,0%).

Sebanyak 60,4% penduduk Papua Barat mempunyai pengalaman karies, lebih kecil bila dibandingkan dengan angka nasional (67.2%). Prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Fakfak (78,4%), kemudian di kota Sorong (75,7%).

Tabel 3.6.6.12
Prevalensi Karies Aktif Dan Pengalaman Karies Menurut Karakteristik di
Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Karies Aktif	Pengalaman Karies
Umur		
12	20,8	27,4
15	30,0	31,7
18	42,8	46,7
35 – 44	48,3	67,2
65 +	32,5	85,7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	38,8	59,7
Perempuan	42,6	61,0
Tipe Daerah		
Perkotaan	50,6	75,7
Perdesaan	36,0	52,9
Tingkat Pengeluaran per Kapita		
Kuintil-1	34,9	51,5
Kuintil-2	40,1	60,2
Kuintil-3	38,9	57,8
Kuintil-4	43,9	65,2
Kuintil-5	46,2	67,5

Catatan :

Tanpa Karies : orang yang memiliki memiliki D=0

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

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

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

Tabel 3.6.6.12 menunjukkan bahwa prevalensi karies aktif semakin besar dengan meningkatnya umur, namun menurun pada kelompok umur 65 tahun ke atas. Prevalensi karies aktif tertinggi pada kelompok umur 35 - 44 tahun sebesar 48.3% dan yang terendah ada pada kelompok umur 12 tahun 20.8%. Baik karies aktif maupun pengalaman karies lebih banyak terjadi pada perempuan dan penduduk di perkotaan. Semakin besar tingkat pengeluaran, maka semakin besar pula prevalensi karies aktif maupun pengalaman karies meskipun sempat terjadi penurunan di keduanya pada kuintil-3.

Tabel 3.6.6.13
Required Treatment Index (RTI) Dan Perform Treatment Index (PTI)
Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	RTI (D/DMF-T)x100%	PTI (F/DMF-T)x100%	(M/DMF-T)x100%
Fakfak	28,45	0,51	71,67
Kaimana	31,68	0,46	67,35
Teluk Wondana	19,79	0,63	83,96
Teluk Bintuni	32,72	0,05	67,00
Manokwari	23,15	1,78	75,17
Sorong Selatan	57,04	0,21	44,37
Sorong	26,71	2,12	71,52
Raja Ampat	32,32	0,06	67,26
Kota Sorong	24,81	0,43	74,53
Papua Barat	27,9	0,6	72,0

Catatan :

Required Treatment Index (RTI)

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

Performance Treatment Index (PTI)

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

Jumlah kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan (RTI) di provinsi Papua Barat sebesar 27,9% pada kisaran 19,79 – 57,04% dengan tertinggi pada Kab. Sorong Selatan, kemudian kab. Teluk Bintuni (32,72%) dan Kabupaten Raja Ampat (32,32%). Sedangkan motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap (PTI) sebesar 0,6% pada kisaran 0,05 – 2,12%. PTI Kabupaten/kota dari yang terendah berturut-turut adalah Teluk Bintuni (0,05%), Raja Ampat (0,06%).

Tabel 3.6.6.14
Required Treatment Index (RTI) Dan Perform Treatment Index (PTI)
Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	RTI (D/DMF-T)X100%	PTI (F/DMF-T)X100%	(M/DMF-T)X100%
Umur			
12	72,70	0,72	24,13
15	78,76	2,61	19,50
18	98,24	1,13	19,80
35 – 44	32,89	0,86	66,93
65 +	7,98	0,79	90,30
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	27,20	0,85	72,57
Perempuan	28,46	0,41	71,54
Tipe daerah			
Perkotaan	24,36	0,63	74,81
Perdesaan	30,74	0,60	69,75
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita			
Kuintil-1	27,28	0,13	73,02
Kuintil-2	25,27	0,20	74,68
Kuintil-3	29,15	1,12	72,12
Kuintil-4	28,88	0,55	69,63
Kuintil-5	28,11	0,93	71,56

Menurut Tabel 3.91 persentase RTI yang paling banyak pada kelompok umur 18 tahun dan paling sedikit pada umur 65 tahun ke atas. Sedangkan untuk PTI, paling besar persentasenya pada kelompok umur 15 tahun dan paling sedikit pada umur 12 tahun.

RTI lebih banyak pada perempuan sedangkan PTI lebih banyak pada laki-laki. Pada PTI lebih banyak pada penduduk perkotaan sedangkan RTI lebih banyak pada penduduk pedesaan. RTI dan PTI paling besar terjadi pada tingkat pengeluaran kuintil 3.

Tabel 3.6.6.15
Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk
Edentulous Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas
2008

Kabupaten/kota	Fungsi Normal Gigi	Edentulous	Orang dengan Protosa
Fakfak	91,0	1,1	0,9
Kaimana	92,8	0,7	3,5
Teluk Wondana	95,7	1,3	2,8
Teluk Bintuni	94,0	3,0,6	10,1
Manokwari	97,2	0,9	3,3
Sorong Selatan	96,8	0	3,0
Sorong	94,8	0,5	5,3
Raja Ampat	91,8	2,3	1,5
Kota. Sorong	88,5	1,3	4,7
Papua Barat	93,0	1,0	3,4

Catatan :

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

Tabel 3.6.6.15 menunjukkan sebanyak 93,0% penduduk Papua Barat masih mempunyai fungsi gigi normal. Kabupaten Manokwari merupakan daerah dengan prevalensi tertinggi 97,2%, sedangkan yang terendah adalah Kota Sorong (88,5%). Persentase yang kecil sekali terdapat pada orang yang sudah hilang semua giginya, yaitu sebesar 1,0 % untuk Papua Barat. Untuk orang yang memakai protosa di Papua Barat sebesar 3,4% dengan kisaran 0,9 – 10,1% dengan tertinggi di Kabupaten Teluk Bintuni (10.1%).

Tabel 3.6.6.16
Persentase Penduduk dengan Fungsi Normal Gigi dan Penduduk
Edentulous Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Fungsi Normal Gigi	Edentulous	Orang dg Protesa
Umur			
12	100	0	0
15	100	0	0
18	100	0	3,6
35 – 44	95,4	0,7	5,2
65 +	54,4	13,3	7,3
Jenis kelamin			
Laki-laki	93,2	1,0	2,1
Perempuan	92,9	1,1	4,6
Tipe Daerah			
Perkotaan	89,5	1,2	5,3
Perdesaan	94,8	1,0	2,4
Tingkat Pengeluaran RT per Kapita			
Kuintil-1	94,5	1,0	0
Kuintil-2	92,0	1,7	2,3
Kuintil-3	93,8	0,6	3,2
Kuintil-4	93,2	0,8	5,3
Kuintil-5	91,5	1,1	4,6

Pada Tabel 3.6.6.16 tampak bahwa gigi pada penduduk umur 12, 15, dan 18 tahun seluruhnya masih berfungsi normal sehingga pada umur tersebut sama sekali tidak ada orang yang tanpa gigi. Fungsi normal gigi mulai menurun persentasenya pada umur 35 – 44 tahun dimana secara bersamaan pada umur tersebut terdapat 0,7% orang yang tanpa gigi. Sementara, orang yang dengan protesa paling banyak pada umur 65 tahun ke atas karena pada umur tersebut fungsi normal gigi pun sudah makin banyak berkurang.

Fungsi normal gigi lebih banyak pada laki-laki. Sedangkan perempuan lebih banyak yang memakai protesa.

Penduduk pedesaan lebih banyak yang mempunyai gigi yang berfungsi normal sedangkan orang tanpa gigi dan memakai portese lebih banyak pada perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran perkapita per rumah tangga, relatif tersebar merata pada fungsi normal gigi. Sedangkan penduduk tanpa gigi banyak dikuintil-2, kemudian penduduk dengan protesa paling banyak terdapat pada kuintil 4.

3.7. Cedera dan Disabilitas

Data cedera diperoleh berdasarkan wawancara kepada responden semua umur tentang riwayat cedera dalam 12 bulan terakhir. Cedera didefinisikan sebagai kecelakaan dan peristiwa yang sampai membuat kegiatan sehari-hari responden menjadi terganggu. Jumlah responden yang ditanyakan tentang cedera sebesar 6882 orang.

3.7.1 Cedera

Tabel 3.7.1.1 memberikan gambaran bahwa dari 9 Kabupaten di provinsi Papua Barat, prevalensi tertinggi terdapat pada Kabupaten Sorong Selatan (21,0%) sedangkan yang terendah terdapat pada Kabupaten Teluk Bintuni (2,3%).

Apabila dibandingkan dengan angka prevalensi provinsi (10,1%), maka Kabupaten Sorong Selatan mempunyai prevalensi cedera yang lebih tinggi dari prevalensi cedera propinsi. Urutan penyebab cedera terbanyak polanya sama seperti pola penyebab cedera tingkat propinsi yaitu jatuh, kecelakaan transportasi darat dan terluka benda tajam/tumpul, sedangkan untuk penyebab cedera yang lain bervariasi tetapi persentasenya rata-rata kecil atau sedikit. Persentase jatuh paling besar terdapat di Kabupaten Fakfak (79,8%) dimana persentase lebih besar dibanding angka propinsi (63,6%). Persentase kecelakaan transportasi darat terbanyak di Kabupaten Sorong Selatan (34,3%) menunjukkan persentase yang jauh lebih besar dari angka propinsi (22,0%). Adapun untuk persentase terluka benda tajam/tumpul paling tinggi terdapat di Kabupaten Teluk Bintuni (45,9%) melebihi angka persentase propinsi yaitu 21,4%. Penyebab cedera lain yang menonjol adalah Terbakar/terkurung asap menunjukkan angka persentase tertinggi sekitar 8,2% di Kabupaten Teluk Bintuni yang melebihi angka propinsi 1,1%.

Tabel 3.7.1.1

Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/ kota	Cedera	Penyebab cedera														
		Kecelakaan transportasi di	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Fak-fak	16,6	12,6	0	0	79,8	15,0	0	0	0	0	0,8	0,8	0	0	0	2,2
Kaimana	6,2	14,0	0	0	60,6	23,3	0	0	0	0	0	0	0	0	2,5	4,7
Teluk Wondama	11,0	16,2	0	0	63,8	23,8	0	0	0	0	0	0	2,5	0	0	1,3
Teluk Bintuni	2,3	13,1	5,0	8,2	16,3	45,9	8,2	0	0	0	0	0	8,2	0	0	8,6
Manokwari	5,5	23,7	1,5	0	44,5	29,6	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	4,8
Sorong Selatan	21,0	34,3	2,5	0,8	73,1	25,4	3,3	0	1,7	0	0	1,5	0	0	0	2,3
Sorong	11,5	18,2	0	0	57,6	16,7	3,0	1,5	0	0	0	0	0	0	0	4,5
Raja Ampat	5,1	3,5	3,5	0	44,8	37,9	10,3	0	3,5	0	3,6	0	0	0	3,6	17,8
Kota Sorong	9,9	34,3	1,1	0	58,9	17,6	0	0	0	1,1	0	0	1,3	0	0	4,5
Papua Barat	10,1	22,0	0,7	0,2	63,6	21,4	1,1	0,1	0,3	0,3	0,2	0,3	1,1	0	0,3	3,3

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

* Kolom penyebab cedera usaha bunuh diri dihilangkan karena tidak ada kasus(0).

Tabel 3.7.1.2
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan	Kontak dengan bahan keracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik. radiasi	Terbakar/terkuru nu asan	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Kelompok umur (tahun)																	
< 1	4,2	10,7	10,000	0	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 - 4	10,000	1,5	0	0	87,3	13,9	0,5	0	0	0	0	1,0	0,8	2,0	0	1,0	5,6
5 – 14	10,000	15,8	0	0	74,6	11,2	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,7
15 – 24	12,000	33,8	,6	0	53,7	22,0	2,0	0,8	0	1,0	0	0	0	2,0	0	0	0,3
25 – 34	9,5	30,5	2,8	0	50,0	30,3	2,1	0	1,0	0	0	0	0,5	3,0	0	0	2,4
35 – 44	8,8	27,6	0,5	0,	51,7	31,8	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,6
45 – 54	10,000	23,7	0,7	1,	55,6	30,3	1,4	0	1,1	0	0	0	1,3	0	0	0,	3,4
55 – 64	6,3	35,6	0	0	57,3	43,1	0	0	0	0	0	2,2	0	0	0	0	0
65 – 74	14,000	27,7	0	0	54,1	23,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75+	5,4	0,0	0	0	0	0	16,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	83,5
Jenis kelamin																	
Laki-laki	12,000	26,0	0,9	0	60,8	23,2	1,1	0	0,3	0	0	0,1	0,4	0,	0	9,	3,3
Perempuan	8,3	16,8	0,5	0,	67,3	19,0	1,0	0,3	0,2	0,	0	0,3	0,2	2,	0	9,	3,5
Pendidikan																	
Tidak sekolah	10,000	8,1	0	0	60,8	24,1	3,7	2,0	1,5	0	0	0	0	0	0	0	4,0
Tidak tamat SD	10,000	16,2	0	0	73,9	18,0	0,3	0	0	0	0	0	0,7	2,	0	0,	4,0
Tamat SD	10,000	25,7	1,6	0	55,8	25,5	2,4	0	0,5	0	0	0,3	0	2,	0	0	2,8
Tamat	9,1	35,2	0	0,	41,8	39,8	0,4	0	0	2,	0	0	0	0	0	0	3,1
Tamat	9,5	42,5	2,5	0	43,0	26,2	1,1	0	0,4	0	0	0	0,6	0,	0	0	3,3
Tamat PT	7,1	65,0	0	4,	35,8	5,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pekerjaan																	
Tidak	9,3	32,7	0,8	0	52,7	10,2	6,4	2,5	3,6	0	0	0	1,7	0,	0	0,	3,7
Sekolah	11,000	24,7	0,6	0	67,6	12,8	6,8	2,6	0	1,	0	0	0	0	0	0	5,6
Ibu RT	6,5	23,3	0	0	46,5	8,0	3,2	0	0	0	0	0	0	2,	0	0	1,7
Pegawai	9,3	42,8	4,5	1,	32,3	25,9	3,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,7
Wiraswast	11,000	46,7	1,0	0	58,6	28,8	6,5	9,6	1,7	0	0	0	1,2	6,	0	0	2,8
Petani/nelayan/buruhan	12,000	22,3	0,9	0,	56,3	16,9	3,1	1,7	1,3	0	0	0,3	0	0	0	0	2,7
Lainnya	16,000	16,2	0	0	70,7	17,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tipe daerah																	
Perkotaan	9,7	31,8	1,1	0	60,8	18,2	0,5	0	0	0,	0	0	0,3	0,	0	0,	5,5
Perdesaan	10,000	17,7	0,6	0,	64,9	22,8	1,3	0,2	0,4	0	0	0,3	0,3	1,	0	0,	2,4
Tingkat pengeluaran per kapita																	
Kuintil 1	8,8	13,9	1,1	0	73,2	23,6	2,2	0,8	0,6	0	0	0,0	0,0	0	0	0	3,1
Kuintil 2	9,8	18,5	0,8	0	66,6	28,3	2,1	0	0,8	0	0	0	0	1,	0	0	2,4
Kuintil 3	11,000	30,5	0	0	63,0	18,3	,7	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	1,5
Kuintil 4	9,5	24,9		0,	53,3	21,0		0	0	1,	0	0	0	3,	0	0	3,8
Kuintil 5	10,000	24,5	2,0	0,	57,7	17,1	,8	0	0	0	0	0,0	0,0	0,	0	1,	6,8

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

Tabel 3.7.1.2 menunjukkan bahwa untuk prevalensi cedera secara total (dengan berbagai sebab) di provinsi Papua Barat adalah 10.1% dan urutan tiga terbanyak sebagai penyebab cedera meliputi jatuh (63,6%). Kecelakaan transportasi darat (22,0%)

dan terluka benda tajam/tumpul (21,4%). sedangkan cedera menurut kelompok yang menduduki peringkat tertinggi adalah 65-74 tahun sekitar 14,2% dan diikuti oleh kelompok 15-24 (12,0%) dan 5 - 14 (10,7%). Adapun untuk penyebab cedera jatuh menunjukkan persentase terbesar hampir disemua kelompok kecuali pada 75 tahun keatas 0%. Persentase jatuh paling besar pada kelompok dibawah 1 tahun (100%) dan 1-4 tahun (87,3%), kemudian untuk 5-14 (74,6%). Persentase kecelakaan transportasi darat dan terluka benda tajam/tumpul terbanyak pada kelompok umur 55 – 64 tahun 35,6% dan 43,1%. Penyebab cedera lain yang menonjol adalah terbakar/terkurung asap tertinggi ada pada kelompok umur 25 – 34 tahun (3,2%).

Prevalensi cedera berdasarkan pembagian kelompok jenis kelamin. tampak bahwa pada laki-laki lebih mendominasi (12,0%) dibandingkan dengan perempuan (8,3%). Hasil ini sesuai dengan berbagai hasil survei yang mana risiko mengalami cedera lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Berdasarkan penyebabnya juga terlihat bahwa hampir semua penyebab cedera mempunyai persentase yang lebih tinggi pada kelompok laki-laki dibandingkan dengan perempuan kecuali pada cedera karena terjatuh pada perempuan lebih tinggi yaitu 67,3% dibandingkan pada laki-laki (60,8%).

Tingkat pendidikan tamat SD menduduki posisi pertama (10,9%) untuk prevalensi cedera dan terendah pada tingkat tamat perguruan tinggi (7,1%). Untuk penyebab cedera karena kecelakaan transportasi darat persentase tertinggi pada tingkat pendidikan tamat perguruan tinggi (65,0%). Adapun untuk penyebab cedera jatuh mayoritas pada tingkat pendidikan rendah yaitu tidak sekolah sampai dengan tamat SD. Penyerangan secara keseluruhan tidak berbeda tetapi tampak persentase lebih tinggi pada tingkat pendidikan tidak sekolah yaitu (3,7%).

Jenis pekerjaan prevalensi cedera terbesar pada jenis pekerjaan petani/nelayan/buruh (12,3%) disusul masih sekolah (11,5%) demikian juga dengan prevalensi penyebab cedera karena jatuh pada pekerjaan lainnya dan juga sekolah 70,7% dan 67,6%. Untuk penyebab cedera karena kecelakaan transportasi darat dan terluka benda tajam/tumpul persentase terbesar pada wiraswasta (46,7%) dan (28,8%)

Tipe daerah terlihat seimbang yaitu desa 10,2% kota 9,7%. Sedangkan berdasarkan penyebab cedera bervariasi. untuk cedera karena jatuh (64,9%) dan karena luka (22,8%) lebih banyak di desa. sementara transportasi darat persentase lebih besar pada kota (31,8%) dibandingkan desa (17,1%) .

Jenis Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera

Pembagian kategori 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 3.7.1.3
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/kota
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Bagian tubuh terkena cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut. punggung. panggul	Bahu. lengan atas	Siku. lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul. tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Fak-fak	15,2	0,8	1,6	11,5	2,3	19,1	19,4	6,0	37,4	20,0
Kaimana	6,9	0	4,7	16,1	11,8	18,6	11,7	6,9	37,0	21,2
Teluk Wondama	17,9	0	10,3	16,7	3,8	10,3	17,9	6,4	15,4	17,5
Teluk Bintuni	0	8,6	8,6	34,5	0	34,5	8,6	0	22,4	8,2
Manokwari	6,3	0	9,2	6,0	8,7	24,8	36,3	5,9	24,8	25,6
Sorong Selatan	37,9	13,2	20,7	27,3	20,4	13,0	33,1	9,9	21,9	19,1
Sorong	18,5	1,5	4,6	6,2	14,1	6,2	21,5	3,1	12,3	12,1
Raja Ampat	14,8	11,1	7,4	32,1	3,6	25,0	14,3	3,6	20,7	27,6
Kota Sorong	16,9	0	5,8	9,0	5,9	15,2	14,7	3,5	41,2	23,2
Papua Barat	18,0	2,1	8,1	14,4	7,7	14,6	19,7	5,7	27,6	19,6

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

Persentase tertinggi bagian tubuh yang terkena cedera berdasarkan Kabupaten di propinsi Papua Barat tampak adalah sebagai berikut: bagian lutut dan tungkai bawah 27,6% (Kabupaten Fakfak, 37,4%). bagian pergelangan tangan dan tangan 19,7% (Kabupaten Manokwari, 36,3%), bagian kaki 19,6% (Kabupaten Manokwari, 25,6%), bagian kepala 18,0% (Kabupaten Sorong Selatan, 37,9%), bagian siku/lengan bawah 14,6% (Kabupaten Teluk Bintuni).

Tabel 3.7.1.4
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kelompok Umur
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Bagian tubuh terkena cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut. punggung-panggul	Bahu. lengan atas	Siku. lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul. tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Kelompok umur (tahun)										
< 1	39,0	10,7	46,7	35,9	25,1	10,7	0	0	0	0
1—4	40,3	2,2	7,9	12,1	2,7	6,5	19,1	5,4	21,6	7,4
5 – 14	14,1	1,5	7,5	8,0	2,4	15,2	17,3	1,9	37,4	21,6
15 – 24	8,8	0,8	8,1	15,8	13,3	23,0	27,7	6,9	26,1	20,6
25 – 34	15,2	4,0	7,9	15,6	11,5	19,6	23,3	8,5	21,6	19,9
35 – 44	16,3	1,6	5,8	19,3	10,9	7,9	19,7	8,2	27,7	21,5
45 – 54	17,6	1,1	6,9	19,5	11,6	11,3	13,7	7,3	23,4	26,8
55 – 64	19,2	10,4	22,1	17,7	3,5	16,1	16,3	10,4	20,2	16,1
65 – 74	25,3	0	0	33,7	0	5,8	5,8	6,2	27,1	5,8
75+	83,5	0	16,5	0	16,5	0	0	0	0	0
Jenis kelamin										
Laki-laki	15,1	0	8,6	19,9	3,2	15,4	26,5	5,1	16,3	17,5
Perempuan	14,3	3,1	5,1	21,7	6,4	17,3	18,7	7,0	33,8	18,0
Pendidikan	11,6	3,2	7,4	16,3	12,0	15,6	17,8	6,6	23,5	24,0
Tidak sekolah	14,6	0,8	7,1	5,8	6,8	18,6	21,9	5,5	25,8	30,5
Tidak tamat SD	15,6	1,7	9,0	14,6	12,8	19,4	23,8	8,5	28,5	21,0
Tamat SD	9,7	4,1	9,3	7,3	20,6	8,0	15,8	8,4	26,7	21,6
Tamat SMP										
Tamat SMA	13,4	0	4,1	17,6	11,7	19,2	21,2	5,6	31,6	19,9
Tamat PT	7,0	1,3	5,0	9,8	6,0	20,8	23,3	4,6	34,6	28,3
Pekerjaan	8,8	0	11,1	12,4	5,2	12,9	26,2	4,5	23,9	20,3
Tidak kerja	11,3	1,6	11,3	10,1	9,1	15,4	14,8	8,3	19,7	24,7
Sekolah	23,8	4,7	12,4	12,1	12,6	21,5	29,3	3,1	35,6	30,6
Ibu RT	18,5	4,1	5,9	24,9	11,8	13,8	14,5	8,9	20,5	16,5
Pegawai	23,8	5,4	4,0	13,4	22,8	12,1	17,1	26,8	26,5	5,5
wiraswasta										
Petani/nelayan/buruh	18,5	2,3	7,6	15,9	8,2	13,4	20,1	5,9	27,3	20,0
Lainnya	17,3	1,9	8,8	12,6	7,2	16,1	19,1	5,4	28,0	19,0
Tipe daerah										
Perkotaan	15,7	0	5,4	8,8	6,6	15,1	17,4	4,2	37,0	25,1
Perdesaan	19,0	3,0	9,3	16,9	8,3	14,4	20,7	6,4	23,5	17,2
Tingkat pengeluaran per kapita										
Kuintil 1	17,4	3,4	13,2	13,6	8,5	13,9	24,6	8,5	29,0	21,9
Kuintil 2	23,1	5,4	8,7	16,7	9,0	18,3	26,0	3,9	28,6	13,1
Kuintil 3	15,7	,9	5,8	6,9	7,6	17,8	17,3	6,0	37,4	21,6
Kuintil 4	13,9	,7	7,6	14,0	8,3	13,3	14,9	6,1	28,1	21,7
Kuintil 5	19,8	,8	4,2	16,3	7,0	10,2	18,1	3,7	17,4	23,5

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

Pada kelompok umur menggambarkan bahwa cedera di bagian kepala. bagian dada kemudian bahu. lengan atas dan perut. punggung dan pinggul persentase tertinggi ada pada kelompok umur kurang dari 1 tahun, yaitu sekitar 39,0%, 46,7%, 35,9% dan 46,7%,

Cedera terbanyak dialami oleh kelompok wiraswasta kecuali pada luka di pinggul tungkai atas dialami oleh kelompok petani/nelayan/buruh. Pada kelompok wiraswasta cedera terbanyak di kepala (23,8%), cedera di leher (4,7%), dada (12,4%), bahu lengan atas (12,6%). Cedera bagian pinggul dan tungkai atas banyak dialami oleh kelompok petani/nelayan/buruh (8,9%).

Berdasarkan jenis kelamin tampak bahwa tiga urutan terbanyak bagian tubuh yang mengalami cedera pada laki-laki adalah kepala (18,5%), leher (2,3%; perut, punggung, pinggul (15,9%); bahu, lengan atas (8,2%); pergelangan tangan dan tangan (20,1%). Adapun cedera untuk perempuan adalah dada (8,8%), siku lengan bawah benda tajam/tumpul (16,1%), pinggul tungkai atas tangan (5,9%) .

Berdasarkan tipe daerah terlihat pada perdesaan lebih banyak dibandingkan dengan perkotaan dan hampir di semua bagian tubuh kecuali untuk siku lengan bawah dan bagian lutut dan tungkai bawah juga bagian tumit dan kaki.

Sebagian besar yang mengalami cedera berada pada kelompok kuintil-2, kecuali bagian dada ada pada kuintil-1 (13,2%) juga pada bagian tumit dan kaki (21,9%).

Tabel 3.7.1.5
Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/ Kota	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	keracunan	Lainnya
Fak-fak	45,7	48,0	20,5	0,8	13,5	2,3	0,8	0,8	5,5
Kaimana	35,0	18,4	23,0	0	18,4	7,2	0	0	9,5
Teluk Wondama	39,2	31,6	24,1	1,3	11,3	1,3	1,3	0	1,3
Teluk Bintuni	49,1	21,3	18,1	13,1	24,6	16,3	8,2	8,6	0
Manokwari	47,4	51,8	15,7	0	13,5	5,5	0	0	1,5
Sorong Selatan	63,0	47,3	26,9	5,5	35,7	3,3	4,1	1,7	1,5
Sorong	40,9	27,3	15,1	1,5	6,1	6,1	1,5	1,5	9,1
Raja Ampat	28,6	21,4	37,9	3,6	6,9	3,6	3,6	3,6	0
Kota Sorong	31,2	62,2	25,4	0,2	6,7	3,6	2,3	0	3,4
Papua Barat	41,4	42,1	23,1	1,5	13,8	3,5	1,7	0,6	3,8

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

Berdasarkan Tabel 3.7.1.5 diperlihatkan bahwa persentase jenis cedera tertinggi di propinsi Papua Barat yang terdiri dari 9 Kabupaten yaitu: benturan 63,0% (Kabupaten

Sorong Selatan), luka lecet 62,2% (kota Sorong), luka terbuka 37,9% (Kabupaten Raja Ampat), luka bakar 13,1% (Kabupaten Teluk Bintuni), terkilir/teregang 35,7% (Kabupaten Sorong Selatan), patah tulang 16,3% (Kabupaten Teluk Bintuni), anggota gerak terputus (amputasi) 8,2% (Kabupaten Teluk Bintuni), keracunan 8,6% (Kabupaten Teluk Bintuni).

Persentase Jenis Cedera

Klasifikasi jenis cedera di sini merupakan modifikasi dari klasifikasi menurut ICD-10 (*The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Jenis cedera dapat diartikan juga sebagai jenis luka yang dialami oleh responden yang mengalami cedera. Persentase jenis cedera merupakan angka persentase dari responden yang mengalami cedera. Jenis cedera yang dialami oleh responden bisa lebih dari satu jenis cedera (*multiple injury*).

Tabel 3.7.1.6
Persentase Jenis Cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi Papua Barat,
Riskesmas 2008

Kelompok umur (tahun)	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir. teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Kelompok umur (tahun)									
< 1	25,1	28,2	0	0	32,1	0	0	0	0
1—4	53,8	35,7	16,6	1,4	6,7	1,1	0	0	2,6
5 – 14	40,2	55,0	18,6	0,8	11,2	1,8	2,6	0,4	2,0
15 – 24	35,4	49,1	21,1	4,1	12,6	5,1	1,6	0,8	3,1
25 – 34	45,7	34,1	39,9	2,2	15,0	4,9	1,4	2,4	1,7
35 – 44	34,0	35,8	19,6	0,5	21,2	4,1	3,1	0	4,0
45 – 54	33,2	27,3	26,5	0,6	17,1	8,9	0,6	0	14,5
55 – 64	48,9	38,8	21,2	0	21,6	0	3,5	0	11,9
65 – 74	67,2	23,7	39,9	0	0	0	0	0	0
75+	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jenis kelamin									
Laki-laki	39,9	38,1	18,5	1,9	8,2	8,6	1,9	5,4	1,5
Perempuan	36,7	30,3	26,3	2,3	13,5	4,5	1,5	0,6	3,9
Pendidikan									
Tidak sekolah	37,3	44,8	27,6	0	12,5	7,4	4,6	0	6,6
Tidak tamat SD	35,2	40,2	36,1	3,1	21,9	4,2	1,0	0,4	3,8
Tamat SD	62,1	51,0	8,3	0	13,3	7,7	0	0	0
Tamat SMP									
Tamat SMA	41,1	41,2	20,0	4,5	10,0	6,4	2,5	3,6	5,1
Tamat PT	29,6	53,9	20,1	0,6	12,6	6,8	2,6	0	2,4
Pekerjaan									
Tidak kerja	48,4	34,5	19,8	0	25,4	3,7	0	0	4,3
Sekolah	41,0	51,4	47,0	9,0	28,8	6,5	9,6	1,7	1,1
Ibu RT	39,8	29,4	30,8	0,5	16,1	3,1	1,7	1,3	8,1
Pegawai	40,1	21,5	18,4	5,4	17,4	0	0	0	0
wiraswasta									
Petani/nelayan/ buruh	40,8	43,2	26,8	0,9	15,4	2,9	2,2	0,5	3,1
Lainnya	42,1	40,7	18,1	2,3	10,7	4,4	1,1	0,8	4,7
Tipe daerah									
Perkotaan	35,6	54,8	25,4	0,7	8,9	4,4	1,7	0	4,5
Perdesaan	43,9	36,5	22,0	1,8	15,3	3,1	1,8	0,9	3,4
Tingkat pengeluaran per kapita									
Kuintil 1	51,0	49,8	18,7	2,4	16,9	2,0	1,3	1,5	2,9
Kuintil 2	46,1	45,2	24,9	0,7	14,0	3,1	1,0	1,3	4,9
Kuintil 3	31,7	51,5	23,6	1,3	15,1	6,2	4,9	0	1,8
Kuintil 4	35,4	34,5	22,5	1,8	11,9	1,7	0	0	3,6
Kuintil 5	40,5	35,0	25,9	1,7	9,7	4,7	1,3	0,5	6,6

Pada kelompok umur menunjukkan bahwa. untuk jenis cedera yang mempunyai persentase tertinggi meliputi: benturan sekitar 67,2% (65 - 74), luka lecet 55% (5-14), luka terbuka 39,9% (25-34), luka bakar 4,1% (15-24), terkilir/teregang 32,1% (< 1), patah tulang 8,9% (45-54), anggota gerak terputus (amputasi) 3,5% (55-64 0,), keracunan 2,4% pada (25-34), serta jenis cedera lainnya 14,5% (45-54)

Persentase tertinggi menurut kelompok pendidikan meliputi: benturan sekitar 62,1% dan luka lecet 51% pada kelompok tamat PT. Untuk luka terbuka 36,1%, luka bakar 3,1% dan terkilir/teregang 21,9% pada kelompok pendidikan tamat SMA. Patah tulang 8,8% dan keracunan 5,4% pada kelompok tidak sekolah, anggota gerak terputus (amputasi) 4,6% dan jenis cedera lainnya 6,6% pada kelompok pendidikan SMP.

Pervalensi berdasarkan jenis pekerjaan responden. menurut kelompok pekerjaan meliputi: benturan sekitar 48,4% pada kelompok pegawai (negeri, swasta dan POLRI), luka lecet 53,9% dan patah tulang 6,8% pada kelompok masih sekolah, luka terbuka 47%, luka bakar 9% dan terkilir/teregang 28,8%, anggota gerak terputus (amputasi) 9,6% pada kelompok wiraswasta, keracunan 3,6% pada kelompok tidak bekerja dan jenis cedera lainnya 6,6% pada kelompok petani/nelayan ataupun buruh.

Persentase jenis cedera menurut katagori jenis kelamin memberikan gambaran bahwa luka lecet. luka terbuka. terkilir dan anggota gerak terputus banyak dialami pada laki-laki. Sedangkan jenis luka benturan. luka baker. patah tulang dan keracunan lebih banyak dijumpai pada wanita.

Persentase terbesar di perdesaan adalah benturan 43,9%, luka bakar (1,8%), terkilir teregang (15,3%), dan anggota gerak terputus (1,8%) sedangkan untuk luka lecet 54,8%, luka terbuka (25,4%) dan patah tulang 4,4% di perkotaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita yang dibagi dalam kuintil, maka pada benturan (51%), luka bakar (2,4%), terkilir/teregang (16,9%) banyak terjadi di kuintil-1, luka lecet (51,5%) dan patah tulang (6,2%) pada kuintil-3; luka terbuka pada kuintil-5 (25,9%).

3.7.2 Status Disabilitas/ketidakmampuan

Pertanyaan yang dipakai disini merupakan pertanyaan International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Tujuan pertanyaan ini adalah untuk mendapatkan informasi mengenai kesulitan/ketidakmampuan yang dihadapi oleh responden dalam melakukan aktivitas yang disebabkan oleh kondisi kesehatannya yaitu penyakit atau kesakitan, permasalahan kesehatan lain baik yang berlangsung dalam jangka waktu singkat atau lama, cedera, kesehatan mental atau masalah emosi, dan penyalahgunaan obat atau minuman beralkohol.

Pertanyaan bagian ini mencakup kesehatan fisik dan mental dan merujuk pada pengalaman ART dalam 1 bulan terakhir.

Dalam analisis ke 5 kriteria status disabilitas dikelompokkan menjadi 2 bagian besar yaitu status disabilitas dengan kriteria "Tidak bermasalah" dan kriteria "Bermasalah".

Kriteria "Tidak bermasalah" apabila responden menjawab 20 buah pertanyaan disabilitas dengan kriteria 1 (Tidak ada), atau 2 (Ringan), dan kriteria "Bermasalah" apabila salah satu dari 20 buah pertanyaan dijawab dengan kriteria 3 (Sedang), 4 (berat/ sulit) atau 5 (sangat berat/ sangat sulit).

Untuk kriteria "Sangat bermasalah" apabila responden menjawab status disabilitas dalam kriteria "Bermasalah dan membutuhkan bantuan orang lain", sedangkan yang "Bermasalah" apabila tidak membutuhkan bantuan orang lain.

Tabel 3.40
Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Status Disabilitas
Dalam 1 bulan terakhir di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Fungsi Tubuh/Individu/Sosial	Bermasalah*
Melihat jarak jauh (20 m)	9.3
Melihat jarak dekat (30 cm)	8.5
Mendengar suara normal dalam ruangan	4.3
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	4.3
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	8.1
Nafas pendek setelah latihan ringan	7.7
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	4.3
Mengalami gangguan tidur	7.3
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	6.4
Kesulitan berdiri selama 30 menit	7.1
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	8.5
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	6.7
Membersihkan seluruh tubuh	2.5
Mengenakan pakaian	2.0
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	4.3
Paham pembicaraan orang lain	3.9
Bergaul dengan orang asing	5.7
Memelihara persahabatan	3.9
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	5.2
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	6.0

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

Tabel 3.7.2.1 tampak bahwa penduduk umur 15 tahun ke atas yang bermasalah dalam hal penglihatan jarak jauh, penglihatan jarak dekat, berjalan jauh, merasa nyeri/merasa tidak nyaman, dan napas pendek setelah latihan ringan merupakan disabilitas yang menonjol. Sedangkan yang bermasalah dalam hal membersihkan seluruh tubuh, dan mengenakan pakaian hanya sekitar kurang dari 3%.

Tabel 3.41
Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas
Dalam 1 bulan terakhir dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat,
Riskesdas 2008

No	Kabupaten/kota	Sangat masalah	Masalah
		7,2	40,9
2	Kab. Kaimana	3,6	17,7
3	Kab. Teluk Wondama	2,7	26,1
4	Kab. Teluk Bintuni	0,9	22,4
5	Kab. Manokwari	2,6	14,5
6	Kab. Sorong Selatan	3,3	30,9
7	Kab. Sorong	2,2	18,4
8	Kab. Raja Ampat	3,1	26,6
9	Kota. Sorong	8,3	23,5
PAPUA BARAT		4,5	24,3

Tabel 3.7.2.2 menunjukkan persentase status disabilitas di Papua Barat sangat masalah sebesar 4,5%, bermasalah sebesar 24,3% sementara yang tidak masalah sebesar 71,2 %. Status disabilitas bervariasi menurut Kabupaten/kota, tertinggi yang sangat bermasalah di Kota Sorong, yang merupakan masalah di Kabupaten Fakfak, sementara yang tidak merupakan masalah Kabupaten Manokwari.

Tabel 3.42
Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas
Dalam 1 bulan terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua
Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Sangat masalah	Masalah
Golongan umur:		
15-24 tahun	1,9	17,9
25-34 tahun	4,3	17,4
35-44 tahun	3,7	21,4
45-54 tahun	4,7	33,3
55-64 tahun	9,3	44,0
65-74 tahun	17,0	56,5
>75 tahun	21,7	59,8
Jenis kelamin:		
Laki-laki	3,4	20,7
Perempuan	5,4	27,3
Pendidikan:		
Tidak sekolah	8,1	33,0
Tidak tamat SD	5,2	29,3
Tamat SD	3,9	26,3
Tamat SMP	3,8	20,7
Tamat SMA	3,7	19,9
Tamat SMA+	5,4	18,3
Pekerjaan:		
Tidak bekerja	7,2	20,1
Sekolah	2,5	15,3
Mengurus RT	5,5	29,0
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	3,9	16,9
Wiraswasta	7,2	20,1
Petani/Nelayan/Buruh	2,5	15,3
Lainnya	5,5	29,0
Daerah:		
Perkotaan	7,2	24,0
Perdesaan	3,2	24,4
Status ekonomi:		
Kuintil 1	3,6	18,8
Kuintil 2	5,8	26,9
Kuintil 3	4,0	23,4
Kuintil 4	5,3	27,9
Kuintil 5	3,8	23,5

Tabel 3.7.2.3 berdasarkan karakteristik umur tampak bahwa status disabilitas yang merupakan sangat masalah persentasenya meningkat sesuai dengan pertambahan umur, kecuali pada kelompok umur 35-44 tahun tampak ada sedikit penurunan tetapi mulai meningkat lagi pada umur 45-54 tahun. Status disabilitas yang merupakan masalah juga tampak meningkat sesuai dengan bertambahnya umur. Sebaliknya persentase status disabilitas yang tidak masalah menurun sesuai dengan bertambahnya umur.

Berdasarkan jenis kelamin, persentase status disabilitas sangat masalah dan masalah lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Berdasarkan tingkat pendidikan, terlihat makin rendah pendidikan responden status disabilitas sangat masalah cenderung tinggi, kecuali responden dengan pendidikan Perguruan tinggi sedikit meningkat. Pada kolom masalah, tampak bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah persentase status disabilitanya.

Berdasarkan pekerjaan, status disabilitas sangat masalah persentase tertinggi tampak pada penduduk yang tidak bekerja dan wiraswasta diikuti mengurus Rumah Tangga. Sementara pada kolom masalah persentase status disabilitas tertinggi responden yang mengurus Rumah Tangga, diikuti tidak bekerja dan wiraswasta.

Berdasarkan status ekonomi, tampak bahwa persentase tertinggi status disabilitas di kolom sangat masalah ada pada kuintil 2, diikuti dengan kuintil 4. Pada kolom masalah tampak persentase tertinggi pada kuintil 4 diikuti kuintil 2.

Tabel 3.43
Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas yang membutuhkan bantuan orang lain dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

No	Kabupaten/kota	Bantuan dalam kondisi		
		Merawat diri	Melakukan aktivitas	Berkomunikasi
1	Kab Fakfak	9,6	9,5	8,8
2	Kab. Kaimana	13,4	12,6	12,9
3	Kab. Teluk Wondama	7,0	7,8	7,8
4	Kab. Teluk Bintuni	1,2	1,2	0,9
5	Kab. Manokwari	6,4	6,4	6,7
6	Kab. Sorong Selatan	4,9	4,5	5,1
7	Kab. Sorong	5,2	5,2	5,4
8	Kab. Raja Ampat	5,9	6,5	6,5
9	Kota. Sorong	12,0	12,0	13,3
PAPUA BARAT		8,6	8,7	9,0

Tabel 3.7.2.4 terlihat sebaran penduduk umur 15 tahun ke atas menurut masalah disabilitas yang membutuhkan bantuan orang lain menurut Kabupaten/kota di Di Papua Barat. Persentase responden yang masih membutuhkan bantuan orang lain untuk merawat diri, melakukan aktivitas dan berkomunikasi berturut-turut 8,6%, 8,7% dan 9%. Persentase tertinggi responden yang masih membutuhkan bantuan orang lain dalam perawatan diri dan dalam melakukan aktifitas adalah Kabupaten Kaimana diikuti Kota Sorong. Persentase tertinggi responden yang masih membutuhkan bantuan orang lain dalam berkomunikasi adalah Kota Sorong diikuti Kabupaten Kaimana.

Tabel 3.7.2.5
Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas
yang membutuhkan bantuan orang lain menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Papua Barat, Riskedas 2008

Bantuan dalam kondisi / Karakteristik	Merawat diri		Melakukan		Berkomunikasi	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Golongan umur:						
15-24 tahun	6,2	93,8	6,2	93,8	6,6	93,4
25-34 tahun	9,3	90,7	9,7	90,3	10,3	89,7
35-44 tahun	8,9	91,1	8,5	91,5	9,0	91,0
45-54 tahun	6,9	93,1	7,0	93,0	7,6	92,4
55-64 tahun	13,7	86,3	13,9	86,1	11,6	88,4
65-74 tahun	11,5	88,5	13,7	86,3	16,1	83,9
≥75 tahun	19,9	80,1	18,0	82,0	13,8	86,2
Jenis kelamin:						
Laki-laki	7,3	92,7	7,5	92,5	7,4	92,6
Perempuan	9,8	90,2	9,7	90,3	10,5	89,5
Pendidikan:						
Tidak sekolah	10,3	89,7	10,5	89,5	11,2	88,8
Tidak tamat SD	8,2	91,8	8,1	91,9	7,6	92,4
Tamat SD	6,8	93,2	7,1	92,9	7,1	92,9
Tamat SMP	9,1	90,9	8,8	91,2	10,1	89,9
Tamat SMA	9,2	90,8	9,3	90,7	9,7	90,3
Tamat SMA+	11,4	88,6	11,4	88,6	11,1	88,9
Pekerjaan:						
Tidak bekerja	10,4	89,6	10,2	89,8	11,5	88,5
Sekolah	7,5	92,5	7,0	93,0	7,7	92,3
Mengurus RT	9,6	90,4	9,7	90,3	10,2	89,8
Pegawai (Negeri, Swasta,	10,6	89,4	10,5	89,5	10,3	89,7
Wiraswasta	9,0	91,0	9,0	91,0	10,1	89,9
Petani/Nelayan/Buruh	5,9	94,1	6,2	93,8	6,0	94,0
Lainnya	11,6	88,4	12,4	87,6	13,8	86,2
Daerah:						
Perkotaan	11,9	88,1	11,7	88,3	12,6	87,4
Perdesaan	6,9	93,1	7,1	92,9	7,2	92,8
Status ekonomi:						
Kuintil 1	6,2	93,8	6,2	93,8	6,4	93,6
Kuintil 2	8,9	91,1	8,8	91,2	9,3	90,7
Kuintil 3	7,5	92,5	7,6	92,4	8,2	91,8
Kuintil 4	10,7	89,3	11,3	88,7	11,3	88,7
Kuintil 5	9,2	90,8	9,0	91,0	9,3	90,7
Papua Barat	8,6	91,4	8,7	91,3	9,0	91,0

Berdasarkan Tabel 3.7.2.5 presentase penduduk dengan ketidakmampuan dan membutuhkan bantuan oranglain berdasarkan karakteristik umur, secara umum tampak bahwa semakin tinggi usia semakin tinggi presentase responden dengan disabilitas dalam merawat diri, aktifitas dan berkomunikasi khususnya umur >55 tahun.

Berdasarkan jenis kelamin, presentase perempuan dengan disabilitas dalam merawat diri, aktifitas dan berkomunikasi lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki.

Berdasarkan tingkat pendidikan, tamat PT memiliki presentase disabilitas dalam merawat diri, aktifitas dan dalam berkominikasi yang paling tinggi, diikuti tidak bersekolah.

Berdasarkan jenis pekerjaan, pegawai tampak memiliki presentase merawat diri dan melakukan aktifitas paling tinggi, diikuti dengan tidak bekerja. Dalam kolom berkomunikasi, tertinggi tidak bekerja diikuti pegawai, Ibu RT dan wiraswasta.

Berdasarkan tempat tinggal, responden kota cenderung mempunyai disabilitas dalam merawat diri, melakukan aktifitas dan berkomunikasi tinggi dibandingkan responden desa.

Berdasarkan status ekonomi, presentase tertinggi penduduk dengan disabilitas yang merawat diri tampak pada kuintil 4 diikuti dengan kuintil 5. Hal ini juga tampak sama pada kolom melakukan aktivitas dan berkomunikasi.

3.8 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Pengetahuan, sikap dan perilaku dalam Riskesdas 2008/2008 ditanyakan kepada penduduk umur 10 tahun ke atas. Pengetahuan dan sikap yang berhubungan dengan penyakit flu burung dan HIV/AIDS ditanyakan melalui wawancara individu. Demikian juga perilaku higienis yang meliputi pertanyaan mencuci tangan pakai sabun, kebiasaan buang air besar, penggunaan tembakau/ perilaku merokok, minum minuman beralkohol, aktivitas fisik, perilaku konsumsi buah dan sayur, dan pola konsumsi makanan berisiko.

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

3.8.1 Perilaku Merokok

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

Tabel 3.8.1.1 menunjukkan bahwa di Provinsi Papua Barat persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok tiap hari 19.5%. Persentase tertinggi ditemukan di Kabupaten Teluk Bintuni (28.6%), diikuti dengan Raja Ampat (27.3%) dan Kaimana (25.3%). Sedangkan persentase terendah dijumpai di Kabupaten Manokwari (13.4%).

Tabel 3.8.1.1

Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok di Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok kadang-kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Fakfak	18.3	7.5	2.3	71.9
Kaimana	25.3	10.4	2.9	61.4
Teluk Wondama	17.3	10.4	2.2	70.1
Teluk Bintuni	28.6	4.4	0.3	66.6
Manokwari	13.4	6.2	1.8	78.6
Sorong Selatan	21.9	4.4	1.0	72.7
Sorong	22.2	3.5	0.7	73.7
Raja Ampat	27.3	5.7	0.8	66.2
Kota Sorong	16.9	6.2	1.9	75.1
Papua Barat	19.5	7.4	1.8	71.3

Tabel 3.8.1.2 menggambarkan perilaku merokok penduduk umur 10 tahun ke atas menurut karakteristik responden. Persentase tinggi pada kelompok umur produktif (25-54 tahun) dengan rata-rata persentase 25.1 sampai 29.8 persen. Pada laki-laki (37.2%)

10 kali lebih tinggi dari pada perempuan (3.8%). Menurut pendidikan, persentase tertinggi pada penduduk tamat SMA (23.7 %). selanjutnya kelompok tidak sekolah (22.9). Tidak tampak perbedaan pada tingkat pengeluaran perkapita per bulan, yaitu rata-rata 19.6 persen .

Pada perokok kadang-kadang, persentase tinggi mulai pada kelompok umur 15-24 tahun (7.1%). pada laki-laki (11.7%) 3 kali lebih banyak dibandingkan perempuan (3.6%). Sedangkan persentase mantan perokok tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun atau lebih .

Tabel 3.44
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008

Karakteristik	Perokok saat ini		Tidak Merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Kelompok Umur				
10-14	0.8	1.1	0.2	97.9
15-24	12.9	7.1	0.7	79.3
25-34	25.1	8.9	1.5	64.4
35-44	24.8	9.4	1.6	64.3
45-54	29.8	7.5	3.9	58.8
55-64	29.8	11.3	5.0	53.9
65-74	17.4	11.7	9.4	61.5
75+	37.4	6.7	0.9	55.1
Jenis kelamin				
Laki-laki	37.2	11.7	3.4	47.7
Perempuan	3.8	3.6	0.5	92.1
Tipe daerah				
Perkotaan	17.1	5.9	1.9	75.1
Perdesaan	20.7	8.1	1.8	69.4
Pendidikan				
Tidak sekolah	22.9	10.7	0.9	65.5
Tidak tamat SD	16.8	7.4	1.5	74.3
Tamat SD	19.8	7.1	1.7	71.3
Tamat SMP	17.6	7.3	1.7	73.5
Tamat SMA	23.7	7.1	3.0	66.1
Tamat PT	16.1	5.3	1.3	77.3
Tingkat				
Kuintil 1	18.6	8.1	0.9	72.4
Kuintil 2	19.8	8.0	2.5	69.7
Kuintil 3	19.7	7.8	1.2	71.4
Kuintil 4	21.7	6.8	1.9	69.6
Kuintil 5	18.0	7.2	1.9	72.8
Papua Barat	19.6	7.5	1.7	71.2

Tabel 3.8.1.3 menunjukkan perilaku merokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap menurut provinsi. Perokok saat ini adalah perokok setiap hari dan perokok kadang-kadang. Prevalensi perokok saat ini di Kabupaten Manokwari secara nyata paling rendah (19.6%) dibandingkan Kabupaten lainnya (23.1-35.7%) di bawah rata-rata Propinsi Papua Barat (26.9%). Rerata jumlah rokok yang diisap paling tinggi di Kabupaten Sorong Selatan (12.5 batang/hari). sedangkan yang terendah yakni 9.0 batang/hari masing-masing di Kabupaten Fakfak dan kota Sorong.

Tabel 3.8.1.3
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Perokok saat ini	
	%	Rerata jumlah batang rokok /hari
Fak fak	25.9	8.7
Kaimana	35.7	11.5
Teluk Wondama	27.7	10.9
Teluk Bintuni	33.1	12.3
Manokwari	19.6	10.8
Sorong Selatan	26.4	12.5
Sorong	25.6	9.5
Raja Ampat	33.0	10.5
Kota Sorong	23.1	9.0
Papua Barat	26.9	10.5

Tabel 3.8.1.4 menggambarkan prevalensi perokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap per hari menurut karakteristik responden.

Prevalensi penduduk laki-laki perokok saat ini di Provinsi Papua Barat sebesar 48.9 persen. sedangkan pada perempuan 7.4 persen. Menurut pendidikan persentase paling tinggi pada kelompok tidak sekolah yakni sebesar 33.6% sementara menurut umur paling banyak pada kelompok umur 75 tahun lebih yakni sebesar 44.1%. Tidak ada kecenderungan perbedaan persentase perokok dengan tingkat pengeluaran per kapita.

Menurut umur rerata jumlah rokok yang diisap paling tinggi umur 10-14 tahun (13.1 batang/hari). sedangkan yang terendah yakni pada umur 65-74 tahun (6.1 batang/hari). Rerata jumlah rokok yang diisap laki-laki (10.8 batang/hari) lebih banyak dari perempuan (8.6 batang/hari). Menurut pendidikan rerata jumlah batang rokok bervariasi. Paling banyak pada penduduk tidak sekolah (12.1 batang/hari).

Tabel 3.8.1.4
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di
Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Perokok Saat ini	Rerata Jumlah Batang Rokok yang dihisap
Kelompok Umur (tahun)		
10-14	1.9	13.1
15-24	20.0	8.4
25-34	34.1	10.1
35-44	34.1	11.6
45-54	37.3	12.3
55-64	41.1	9.9
65-74	29.1	6.1
75+	44.1	7.3
Jenis Kelamin		
Laki – Laki	48.9	10.8
Perempuan	7.4	8.6
Tipe daerah		
Perkotaan	23.0	9.8
Perdesaan	23.8	10.8
Pendidikan		
Tidak Sekolah	33.6	12.1
Tidak Tamat SD	24.2	11.0
Tamat SD	27.0	12.1
Tamat SMP	24.9	12.1
Tamat SMA	30.8	12.1
Tamat SMA +	21.4	11.0
Pekerjaan		
Tidak kerja	23.9	10.0
Sekolah	4.8	10.3
Ibu RT	8.4	8.5
Pegawai	33.2	11.2
wiraswasta	43.1	12.8
Petani/nelayan/	59.4	10.2
Lainnya	50.1	9.1
Tingkat Pengeluaran RT per Kapita		
Kuintil-1	26.8	9.2
Kuintil-2	27.8	9.9
Kuintil-3	27.5	10.7
Kuintil-4	28.5	11.3
Kuintil-5	25.2	11.7

Tabel 3.8.1.5 menunjukkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari. Usia mulai merokok tiap hari ini penting diketahui untuk melihat lamanya paparan rokok pada penduduk. Secara nasional persentase usia mulai merokok tiap hari umur 15-19 tahun menduduki tempat tertinggi, yaitu 33.4%. Untuk kelompok usia muda (5-9 tahun), Sorong menduduki tempat tertinggi (2.0%), 20 kali lebih besar dibandingkan dengan angka nasional (0.1%). Menurut Kabupaten/Kotamadya hampir merata pada seluruh kelompok umur kecuali di Kabupaten Fakfak, Sorong Selatan dan Raja Ampat, umur mulai merokok tiap hari adalah 10-14 tahun

Tabel 3.8.1.5
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Usia Mulai Merokok Tiap Hari (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Fakfak	1.9	10.1	35.6	24.4	12.0	5.5	10.4
Kaimana	1.7	3.6	48.3	14.7	2.6	5.2	24.0
Teluk Wondama	1.1	8.8	22.0	16.5	5.5	2.2	44.0
Teluk Bintuni	1.0	8.8	34.2	12.6	4.4	1.5	37.5
Manokwari	0.0	2.2	35.1	28.0	3.8	1.2	29.8
Sorong Selatan	1.0	11.0	28.2	8.2	4.1	0.0	47.5
Sorong	2.0	7.1	28.6	18.4	14.3	8.2	21.4
Raja Ampat	0.0	4.8	10.6	22.1	11.5	7.7	43.3
Kota Sorong	0.9	5.4	40.0	20.8	7.1	7.9	17.9
Papua Barat	1.2	6.8	33.4	18.0	6.7	4.6	29.3

Tabel 3.8.1.6 menunjukkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari dan karakteristik responden. Berdasarkan kelompok umur, 19% penduduk umur 10-14 tahun sudah mulai merokok tiap hari pada usia 10-14 tahun, bahkan 1.4% mulai merokok tiap hari pada usia 5-9 tahun. Umur pertama kali merokok setiap hari pada penduduk umur 10 tahun atau lebih, paling tinggi pada kelompok umur 15-19 tahun (51.9%).

Tabel menunjukkan, 11 persen penduduk umur 10-14 tahun mulai merokok tiap hari dan 1.2 persen penduduk sudah mulai merokok tiap hari pada kelompok umur 5-9 tahun. Umur pertama kali merokok tiap hari pada laki-laki lebih tinggi pada umur 10-19 tahun dibandingkan pada perempuan. Menurut pendidikan, umur mulai merokok tiap hari sangat bervariasi. Pada kelompok umur 5-9 tahun mulai merokok tiap hari, paling banyak pada penduduk tamat perguruan tinggi (2.4%). Menurut Tingkat pengeluaran perkapita per bulan, umur mulai merokok tiap hari paling tinggi pada penduduk menengah dan kaya (kuintil3 dan kuintil 5) tidak tampak perbedaan yang nyata antara penduduk kaya dan miskin (kuintil 1, 2).

Tabel 3.8.1.6
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Usia Mulai Merokok Tiap Hari(tahun)						Tidak Tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Kelompok Umur							
10-14	0.0	13.0	0.0	0.0	0.0	0.0	87.0
15-24	0.5	11.7	51.9	14.2	0.0	0.0	21.7
25-34	1.2	6.2	42.8	22.9	4.3	0.6	21.8
35-44	1.3	6.4	32.4	15.1	8.9	4.3	31.7
45-54	1.9	6.3	20.0	22.6	11.4	6.5	31.4
55-64	0.9	2.1	25.1	15.8	9.5	16.9	29.7
65-74	0.0	0.0	11.5	17.0	5.1	12.1	54.4
75+ T	0.0	17.7	33.3	2.6	10.6	23.6	12.1
Jenis Kelamin							
Laki-laki	1.3	7.2	34.5	19.2	6.7	4.4	26.8
Perempuan	0.6	3.8	24.8	8.7	6.3	6.8	49.1
Daerah							
Perkotaan	0.6	7.0	44.1	18.7	6.4	7.1	16.1
Perdesaan	1.4	6.8	29.1	17.7	6.8	3.6	34.6
Pendidikan							
Tidak sekolah	1.3	1.6	28.6	12.3	4.8	4.5	46.8
Tidak tamat SD	2.1	8.3	28.3	10.2	4.5	3.4	43.2
Tamat SD	0.3	9.3	34.9	16.2	5.7	6.4	27.2
Tamat SMP	0.0	6.4	34.6	21.5	6.8	2.0	28.8
Tamat SMA	1.8	4.8	39.4	25.6	9.1	4.8	14.5
Tamat PT	2.4	9.0	24.9	28.3	12.0	10.7	12.6
Tingkat Pengeluaran RT per Kapita							
Kuintil-1	0.5	5.9	32.5	18.4	4.2	2.0	36.4
Kuintil-2	0.7	7.0	34.5	16.2	7.3	4.3	30.1
Kuintil-3	2.0	7.3	32.1	15.9	6.5	3.5	32.6
Kuintil-4	0.4	7.0	33.4	20.9	4.5	6.6	27.2
Kuintil-5	1.3	6.4	36.2	18.7	9.7	6.9	20.9

Tabel 3.8.1.7 memperlihatkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia pertama kali merokok/mengunyah tembakau. Usia mulai merokok atau mengunyah tembakau mencakup juga penduduk yang baru pertama kali mencoba merokok atau mengunyah tembakau

Persentase tertinggi usia pertama kali merokok terdapat pada kelompok usia 15-19 tahun (28.9%). disusul usia 10-14 tahun (6.5%). Menurut Kabupaten. perokok yang mulai merokok pada usia 15-19 tahun tertinggi dijumpai di Kabupaten Manokwari (38.4%). disusul oleh Fakfak (38.3%). Perokok yang mulai merokok pertama kali pada usia 10-14 tahun terbanyak di Kabupaten Sorong (12.9%). selanjutnya Sorong Selatan (9.3%). dan Kota Sorong(9.3%). Sedangkan perokok dengan umur mulai merokok pada umur 5-9 tahun tertinggi di Teluk Bintuni (1.6%). disusul Kaimana (1.2%).

Tabel 3.8.1.7
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Umur Pertama Kali Merokok/MengunyahTembakau dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Usia Pertama Kali Merokok/Kunyah Tembakau (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Fakfak	0.0	9.0	38.3	20.6	7.3	4.2	20.6
Kaimana	1.2	2.9	30.8	14.9	2.3	2.9	45.0
Teluk Wondama	0.7	3.3	17.0	12.4	3.9	3.3	59.5
Teluk Bintuni	1.6	8.1	32.9	14.6	4.6	1.3	36.8
Manokwari	0.9	4.0	38.4	14.0	0.7	0.5	41.5
Sorong Selatan	0.0	9.3	25.9	7.5	1.9	0.9	54.5
Sorong	0.9	12.9	22.4	18.1	9.5	3.5	32.8
Raja Ampat	0.0	6.2	22.5	15.5	0.8	3.1	51.9
Kota Sorong	0.6	9.3	37.2	13.0	5.5	4.3	30.1
Papua Barat	0.7	6.5	28.9	14.2	4.3	3.1	42.3

Tabel 3.8.1.8 menggambarkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia pertama kali merokok/mengunyah tembakau dan karakteristik responden. Perokok umur 15-24 tahun umumnya mulai merokok pertama kali pada usia 15-19 tahun (46.7%). tetapi ada 0.7% yang mulai merokok pada usia 5-9 tahun dan 13.4% mulai merokok pada usia 10-14 tahun. Menurut jenis kelamin, pendidikan, dan tingkat pengeluaran per kapita, persentase mulai merokok tertinggi dijumpai pada kelompok usia 15-19 tahun. Umur mulai merokok/kunyah tembakau pada usia muda 5-9 tahun lebih banyak dimulai pada kelompok perempuan (1.6%) dibandingkan dengan laki-laki (0.5%). Tidak ada kecenderungan perbedaan persentase antara perkotaan dengan perdesaan, demikian juga antar tingkat pengeluaran per kapita.

Tabel 3.8.1.8
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Umur Pertama Kali Merokok/ Mengunyah Tembakau dan
Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskeddas 2008

Karakteristik	Usia Pertama Kali Merokok/Kunyah Tembakau (th)						Tidak Tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Kelompok Umur (tahun)							
10-14 tahun	0.0	17.7	0.0	0.0	0.0	0.0	82.3
15-24 tahun	0.7	13.4	46.7	4.7	0.0	0.0	34.6
25-34 tahun	0.4	5.4	36.8	15.4	3.6	1.1	37.4
35-44 tahun	0.5	3.5	29.4	13.0	6.7	2.0	44.8
45-54 tahun	2.2	6.9	16.4	22.9	6.6	5.2	39.8
55-64 tahun	0.0	2.9	19.4	16.8	3.8	7.4	49.5
65-74 tahun	0.0	7.7	6.0	11.0	2.3	14.7	58.3
75+ tahun	0.0	4.7	24.1	12.7	8.9	17.7	32.0
Jenis Kelamin							
Laki-laki	0.5	7.2	30.8	15.1	4.1	2.2	40.0
Perempuan	1.6	2.5	18.2	9.1	5.8	8.1	54.8
Tipe Daerah							
Perkotaan	.9	9.5	34.9	14.1	5.3	4.2	31.2
Perdesaan	.6	5.3	26.6	14.3	4.0	2.7	46.5
Pendidikan							
Tidak sekolah	0.0	4.3	22.2	12.6	1.7	0.6	58.6
Tidak tamat SD	1.0	5.8	22.6	8.9	3.8	1.6	56.4
Tamat SD	0.9	7.5	28.0	13.1	2.9	5.0	42.4
Tamat SMP	0.0	8.8	33.5	19.3	4.8	2.6	31.1
Tamat SMA	1.2	5.4	35.5	15.0	7.1	3.1	32.8
Tamat SMA +	0.0	4.8	28.2	30.0	5.5	7.8	23.7
Tingkat Pengeluaran RT per Kapita							
Kuintil-1	0.4	5.0	26.4	15.0	3.9	1.2	48.1
Kuintil-2	0.9	6.5	32.4	12.7	2.8	4.4	40.3
Kuintil-3	0.8	8.8	32.2	11.8	3.9	2.1	40.4
Kuintil-4	0.4	6.2	28.6	17.6	2.4	3.1	41.8
Kuintil-5	1.1	4.9	27.9	14.9	7.9	4.6	38.6
Papua Barat	0.7	16.3	29.9	14.4	4.2	3.2	41.7

Tabel 3.8.1.9 menunjukkan prevalensi perokok yang merokok dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga menurut provinsi. Perokok merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain. Terdapat 3 Kabupaten dengan prevalensi di atas angka rata-rata provinsi (87.4%), tertinggi dijumpai di Kabupaten Raja Ampat (96.1%), Teluk Wondama (94.1%) dan Kaimana (92.4%).

Tabel 3.8.1.9
Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Perokok Merokok di dalam Rumah Ketika Bersama ART (%)	
Fakfak	83.2	
Kaimana	92.4	
Teluk Wondama	94.1	
Teluk Bintuni	86.2	
Manokwari	84.3	
Sorong Selatan	83.2	
Sorong	84.9	
Raja Ampat	96.1	
Kota Sorong	79.1	
Papua Barat	87.4	

Secara umum jenis rokok yang paling banyak diminati adalah rokok kretek dengan filter (64.5%), kretek tanpa filter (35.4%) dan rokok linting (17.1%)

Selain rokok kretek yang umum (72.3%) dikonsumsi, ternyata rokok putih banyak dikonsumsi adalah di Kabupaten Raja Ampat (42.9%) dan rokok linting di Kabupaten Kaimana. (lihat Tabel 3.8.1.10).

Tabel 3.8.1.10
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Jenis Rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cang klong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lain nya
Fakfak	84.2	15.8	15.0	10.4	0.0	0.0	3.6	0.0
Kaimana	76.4	23.1	20.7	58.3	1.9	6.2	5.6	2.0
Teluk Wondama	73.7	34.3	19.7	22.6	0.7	0.0	24.8	0.7
Teluk Bintuni	72.2	8.0	10.0	34.1	0.0	0.0	8.4	0.0
Manokwari	61.0	23.7	24.4	22.7	0.0	0.6	3.5	0.0
Sorong Selatan	58.9	18.8	20.2	18.8	0.0	0.0	16.0	0.0
Sorong	48.0	35.5	11.2	27.1	0.9	1.9	2.8	3.7
Raja Ampat	43.8	39.7	42.9	47.6	4.0	4.8	18.5	0.0
Kota Sorong	69.7	20.9	25.8	2.0	0.0	0.0	1.3	0.7
Papua Barat	72.3	25.0	20.6	25.0	0.7	1.4	10.0	0.9

Menurut kelompok umur, pada umumnya jenis rokok yang diminati adalah kretek dengan filter. Demikian juga rokok linting dan tembakau kunyah, banyak diminati oleh penduduk berumur 55 tahun ke atas. Menurut jenis kelamin, laki-laki lebih dominan pada semua jenis rokok dibandingkan perempuan, kecuali penggunaan tembakau kunyah pada perempuan 10 kali lebih banyak dibandingkan laki-laki. Menurut pendidikan, penduduk tidak sekolah lebih banyak menggunakan rokok linting atau tembakau kunyah dibandingkan jenis rokok lainnya, dan pada jenjang pendidikan lainnya didominasi oleh penggunaan kretek dengan filter.

Tidak ada perbedaan konsumsi jenis rokok khususnya kretek dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan. (Tabel 3.8.1.11).

Tabel 3.8.1.11
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden
di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Jenis Rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cang-klong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Kelompok umur (tahun)								
10-14	40.5	18.8	33.7	16.3	0.0	0.0	0.0	0.0
15-24	67.7	24.7	39.4	26.2	0.7	1.7	9.1	0.7
25-34	77.6	23.1	24.9	24.8	0.6	1.3	8.5	0.0
35-44	75.2	28.0	17.1	32.8	0.9	0.9	7.6	0.7
45-54	66.4	27.3	11.8	24.8	0.2	1.9	11.9	1.0
55-64	72.4	20.5	8.1	16.0	1.8	0.0	12.0	3.3
65-74	75.0	23.0	15.3	25.5	0.0	6.1	31.0	6.4
75+	48.5	20.5	0.0	25.0	0.0	5.2	29.7	0.0
	72.3	25.0	20.6	2.9	0.7	1.4	10.0	0.9
Jenis Kelamin								
Laki-laki	74.7	26.2	21.4	22.3	0.6	1.3	8.8	0.9
Perempuan	58.0	17.5	15.8	33.8	1.2	2.2	17.2	1.0
Tipe daerah								
Perkotaan	76.7	19.4	24.0	2.6	0.0	0.0	1.4	0.5
Perdesaan	70.6	27.2	19.3	33.8	1.0	1.9	13.4	1.1
Pendidikan								
Tidak sekolah	61.5	17.2	7.5	45.9	0.0	0.0	14.4	2.0
Tidak tamat SD	74.1	22.2	15.6	33.2	0.0	2.7	13.3	0.0
Tamat SD	68.9	32.3	23.0	31.9	2.1	1.4	10.9	2.5
Tamat SMP	76.0	24.5	19.3	16.8	0.2	1.4	9.1	0.0
Tamat SMA	76.7	23.5	28.3	9.2	0.6	1.0	5.7	0.3
Tamat SMA +	74.4	25.3	25.6	8.3	0.0	0.0	4.6	0.0
	72.4	25.0	20.5	25.0	0.7	1.4	10.0	0.9
Tingkat pengeluaran perkapita per bulan								
Kuintil-1	68.6	21.4	15.0	36.9	0.7	1.3	9.3	0.4
Kuintil-2	77.5	26.8	17.4	32.7	1.2	1.9	4.9	2.1
Kuintil-3	72.7	24.2	21.3	23.6	0.4	0.9	13.1	1.3
Kuintil-4	73.4	27.2	22.8	19.9	0.0	2.0	12.6	0.4
Kuintil-5	70.1	24.3	26.7	12.4	1.3	0.9	10.9	0.0

Tabel 3.8.1.12 menunjukkan perilaku merokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap menurut Kabupaten yang dikelompokkan. Prevalensi terbanyak pada kelompok jumlah 13-24 batang per hari (12.0%). Kabupaten paling tinggi untuk rerata 13-24 per hari adalah Kaimana (25.2%). disusul Fakfak (24.0%) dan Sorong (14.0%).

Bila dilihat dari jumlah rokok terbanyak (≥ 49 batang per hari) secara nyata paling tinggi adalah di Kabupaten Sorong Selatan (12.9 %) dibandingkan Kabupaten/kota lainnya berkisar antara 2.0 %-6.6% (Tabel 3.8.1.12)

Tabel 3.8.1.12
Persentasi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok menurut Kelompok
Rerata Jumlah Batang Rokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat
Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Kelompok Rerata Batang Rokok per hari				
	≥ 49 btg	37-48 btg	25-36 btg	13-24 btg	1-12 btg
Fakfak	2.0	0.0	0.7	24.0	73.4
Kaimana	4.9	0.0	2.4	25.2	67.4
Teluk Wondama	9.1	0.0	0.0	5.6	85.3
Teluk Bintuni	6.6	0.8	0.0	6.5	86.1
Manokwari	4.3	0.8	0.4	10.3	84.2
Sorong Selatan	12.9	0.0	0.0	10.4	76.7
Sorong	3.5	0.0	0.0	14.0	82.5
Raja Ampat	3.2	0.0	0.0	2.4	94.5
Kota Sorong	2.6	0.0	3.2	7.4	86.7
Papua Barat	5.6	0.1	1.1	12.0	81.2

3.8.2 Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur

Data frekuensi dan porsi asupan sayur dan buah dikumpulkan dengan menghitung jumlah hari konsumsi dalam seminggu dan jumlah porsi rata-rata dalam sehari. Penduduk dikategorikan 'cukup' mengkonsumsi sayur dan buah apabila mengkonsumsi sayur dan buah tiap hari dengan perimbangan minimal 5 porsi sayur dan buah selama 7 hari dalam seminggu. Dikategorikan 'kurang' apabila konsumsi sayur dan buah kurang dari bahwaketentuan di atas. Data provinsi menggambarkan . penduduk umur 10 tahun ke atas kurang konsumsi buah dan sayur sebesar 91.4 %. Dengan kata lain secara keseluruhan hanya sekitar 10% persen (7.2% - 18.8%) penduduk umur 10 tahun ke atas yang cukup mengkonsumsi sayur dan buah. Konsumsi buah dan sayur paling rendah terdapat di Kabupaten Kaimana(87.6%). dan Teluk Wondama (88.8%). Keduanya berada di bawah rata-rata provinsi (91.3%) dan nasional (93.6%).

Tabel 3.8.2.1
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/ kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/ Kota	Kurang Makan Buah dan Sayur*)
Fakfak	95.1
Kaimana	87.6
Teluk Wondama	88.8
Teluk Bintuni	91.4
Manokwari	92.3
Sorong Selatan	95.3
Sorong	93.0
Raja Ampat	97.2
Kota Sorong	91.4
Papua Barat	91.3

Pada Tabel 3.8.2.2 tampak bahwa kelompok umur yang paling kurang konsumsi buah dan sayur adalah 75 tahun ke atas (95.3%). Tidak ada perbedaan konsumsi buah dan sayur antara laki-laki dan perempuan. Sementara berdasarkan pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah konsumsi buah dan sayur. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tidak ada kecenderungan perbedaan persentase mengkonsumsi buah dan sayur menurut kelompok umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran per kapita.

Tabel 3.8.2.2
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Kurang makan buah dan sayur*)
Kelompok Umur (Tahun)	
10-14	86.8
15-24	92.8
25-34	92.6
35-44	91.2
45-54	93.9
55-64	89.8
65-74	93.2
75+	81.2
Jenis Kelamin	
Laki-laki	90.9
Perempuan	91.6
Tipe daerah	
Perkotaan	91.1
Perdesaan	91.4
Pendidikan	
Tidak sekolah	92.7
Tidak tamat SD	91.2
Tamat SD	91.7
Tamat SMP	91.3
Tamat SMA	90.9
Tamat PT	87.9
Tingkat Pengeluaran RT per Kapita	
Kuintil-1	93.3
Kuintil-2	92.2
Kuintil-3	91.7
Kuintil-4	89.1
Kuintil-5	91.1

3.8.3 Perilaku Minum Minuman Beralkohol

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

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

Tabel 3.8.3.1 memperlihatkan prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir rata-rata di Provinsi Papua 8.1%, dan yang tertinggi terdapat di Kabupaten Kaimana yaitu 11.6 persen, sedangkan prevalensi untuk yang konsumsi alkohol 1 bulan terakhir yang tertinggi di Kota Sorong yaitu 8.2 persen, terendah adalah Kabupaten Fakfak (1.2 %). Angka-angka ini jauh di atas rata-rata nasional (4.6%). Beberapa Kabupaten mempunyai prevalensi minum alkohol tinggi, seperti di Kaimana (11.6%), Teluk Bintuni (11.1%) dan Kota Sorong (10.5%). Semua Kabupaten dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam 12 bulan terakhir di atas angka nasional, juga diikuti dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam satu bulan terakhir di atas angka nasional kecuali Kabupaten Fakfak (1.2 %).

Tabel 3.8.3.1
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Konsumsi alkohol 12 bulan terakhir	Konsumsi alkohol 1 bulan terakhir
Fakfak	5.8	1.2
Kaimana	11.6	6.6
Teluk Wondama	5.7	3.0
Teluk Bintuni	11.1	4.9
Manokwari	7.0	3.9
Sorong Selatan	7.6	5.7
Sorong	4.4	3.2
Raja Ampat	7.5	4.7
Kota Sorong	10.5	8.2
Papua Barat	8.1	4.9

Pada Tabel 3.8.3.2 dapat dilihat bahwa prevalensi peminum alkohol 12 bulan dan satu bulan terakhir mulai tinggi pada umur antara 15-24 tahun, yaitu sebesar 9.1% dan 6.1%. yang selanjutnya meningkat menjadi 11.9% dan 7.2% pada umur 25-34 tahun, namun kemudian turun dengan bertambahnya umur. Prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir yang tertinggi adalah pada usia antara 25-34 tahun sebesar 11.9 %, sementara yang konsumsi alkohol 1 bulan terakhir (pada usia 65-74 yaitu sebesar 0.3 persen dari populasi penduduk. Prevalensi peminum alkohol 1 bulan terakhir pada laki-laki (10.2%.) lebih tinggi dibandingkan pada perempuan (0.3%).

Menurut jenis kelamin, prevalensi peminum alkohol lebih besar laki-laki dibanding perempuan. Prevalensi peminum alkohol meningkat dengan meningkatnya pendidikan sampai dengan puncak tamat SMA (12.5%), kemudian menurun pada SMA plus. Di perkotaan lebih tinggi persentase minum alkohol dari pada di perdesaan. Tidak tampak hubungan antara persentase peminum alkohol dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan. Persentase kuintil 1 sebesar 8.5% sementara kuintil 5 sebesar 8.0% sementara kuintil 2 sebesar 9.3% dan kuintil 3 sebesar 9.1%.

Tabel 3.8.3.2
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Pernah mengonsumsi alkohol 12 bulan terakhir	Masih mengonsumsi alkohol 1 bulan terakhir
Kelompok Umur (Tahun)		
10-14	0.4	0.4
15-24	9.1	6.1
25-34	11.9	7.2
35-44	9.1	5.3
45-54	9.5	5.1
55-64	6.7	4.8
65-74	3.9	0.3
75+	6.6	6.6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	16.7	10.2
Perempuan	0.4	0.3
Pendidikan		
Tidak sekolah	5.7	2.2
Tidak tamat SD	6.8	4.5
Tamat SD	6.9	4.0
Tamat SMP	7.6	4.3
Tamat SMA	12.5	8.2
Tamat SMA +	8.7	6.3
Tingkat Pengeluaran RT per Kapita		
Kuintil-1	8.5	4.3
Kuintil-2	9.3	5.2
Kuintil-3	9.1	4.9
Kuintil-4	6.8	5.9
Kuintil-5	8.0	4.2

3.8.4 Perilaku Aktifitas Fisik

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

Pada tabel 3.8.4.1 tampak bahwa separuh penduduk Provinsi Papua Barat (50.4%) kurang aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi di Kabupaten Raja Ampat (70.1%) dan Kota Sorong (65.2.)

Tabel 3.8.4.1
Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 Tahun Ke Atas Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Kurang Aktivitas Fisik
Fakfak	50.6
Kaimana	47.3
Teluk Wondama	34.0
Teluk Bintuni	47.8
Manokwari	53.4
Sorong Selatan	51.0
Sorong	49.1
Raja Ampat	70.1
Kota Sorong	65.2
Papua Barat	50.4

*) Kurang aktivitas fisik adalah kegiatan kumulatif kurang dari 150 menit dalam seminggu atau < 600 MET

Pada tabel 3.8.4.2 terlihat bahwa menurut kelompok umur, kelompok umur kurang aktivitas fisik paling tinggi pada kelompok umur 10-14 tahun (74.7%) dan kelompok 75 tahun ke atas (71.6%) dan pada penduduk dengan kuintil 5. Kurang aktivitas fisik lebih banyak pada perempuan (55.0%) dari laki-laki (45.2%)

Berdasarkan tingkat pendidikan, semakin tinggi pendidikan semakin tinggi prevalensi kurang aktivitas fisik, semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan semakin meningkat prevalensi kurang aktivitas fisik.

Aktivitas fisik secara teratur bermanfaat dalam mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Mengukur tingkat aktivitas fisik seseorang di masyarakat bukan pekerjaan yang mudah.

Tabel 3.8.4.2
Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 tahun ke Atas menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008

Karakteristik	Kurang Aktivitas Fisik
Kelompok Umur (Tahun)	
10-14	74.7
15-24	49.6
25-34	44.0
35-44	41.1
45-54	41.1
55-64	54.4
65-74	55.8
75+	71.6
Jenis Kelamin	
Laki-laki	45.2
Perempuan	55.0
Tipe Daerah	
Perkotaan	64.3
Pedesaan	43.7
Pendidikan	
Tidak sekolah	46.4
Tidak tamat SD	54.7
Tamat SD	46.1
Tamat SMP	48.8
Tamat SMA	53.3
Tamat PT	53.0
Tingkat pengeluaran RT per kapita	
Kuintil-1	86.8
Kuintil-2	92.8
Kuintil-3	92.6
Kuintil-4	91.2
Kuintil-5	93.9

Pada Riskesdas 2008 dikumpulkan data frekuensi beraktivitas fisik dalam seminggu terakhir untuk penduduk 10 tahun ke atas. Kegiatan aktivitas fisik dikategorikan cukup apabila kegiatan dilakukan terus menerus sekurang-kurangnya 10 menit dalam 1 kegiatan tanpa henti. dan secara kumulatif 150 menit selama 5 hari dalam 1 minggu. Selain frekuensi dilakukan pula pengumpulan data intensitas, yaitu dengan mengumpulkan data tentang jumlah hari melakukan aktivitas 'berat'. 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit aktivitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktivitas yang dilakukan. dimana aktivitas diberi pembobotan. masing-masing untuk aktivitas berat 4 kali. aktivitas sedang 2 kali terhadap aktivitas ringan atau jalan santai.

3.8.5 Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS

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

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

Tabel 3.8.5.1 menunjukkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung dan Kabupaten. Separoh (52.1%) dari penduduk Provinsi Papua Barat pernah mendengar flu burung. di antaranya 69.0% mengetahui dengan benar dan 84.2% memiliki sikap yang benar . Empat Kabupaten yang penduduknya kurang mendengar tentang flu burung adalah Kaimana (35.6%). Teluk Wondama (35.2%). Teluk Bintuni (31.4%) dan Raja Ampat (36.9%). Kabupaten yang penduduknya mempunyai pengetahuan yang baik tentang flu burung tertinggi di Kabupaten Sorong (89.8%) dan yang sikapnya terbaik Kabupaten Sorong (93.2%).

Tabel 3.8.5.1
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat,
Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Pernah Dengar	Berpengetahuan Benar*	Bersikap Benar**
Fakfak	66.9	58.0	83.1
Kaimana	35.6	65.5	79.9
Teluk Wondama	35.2	68.6	74.9
Teluk Bintuni	31.4	61.2	80.3
Manokwari	58.1	77.4	87.4
Sorong Selatan	48.7	83.7	88.8
Sorong	47.4	89.8	93.2
Raja Ampat	36.9	41.8	78.2
Kota Sorong	77.8	67.4	86.9
Papua Barat	52.1	69.0	84.2

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

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

Tabel 3.8.5.2 menunjukkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung dan karakteristik responden. Kelompok umur 15-24 tahun merupakan kelompok tertinggi untuk kategori pernah mendengar, namun berpengetahuan benar umur 10-14 tahun (72.4%) dan bersikap benar umur 75 tahun atau lebih (93.0%). Persentase laki-laki yang pernah mendengar tentang flu burung sedikit lebih tinggi dari perempuan (54.3% dibanding 50.1%). demikian juga lebih banyak laki-laki memiliki pengetahuan dan sikap benar. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi persentase penduduk yang telah pernah mendengar tentang flu burung, namun tidak selalu diikuti pengetahuan serta sikap yang benar tentangnya.

Tabel 3.8.5.2
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat,
Riskesmas 2008

Karakteristik	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar*	Bersikap benar**
Umur			
10-14 tahun	36.8	72.4	87.1
15-24 tahun	63.3	69.7	84.5
25-34 tahun	59.5	69.0	82.4
35-44 tahun	56.1	71.7	85.7
45-54 tahun	47.4	65.5	86.3
55-64 tahun	38.6	54.9	74.2
65-74 tahun	28.2	71.2	76.4
75+ tahun	31.1	56.8	93.0
Jenis Kelamin			
Laki	54.3	72.1	85.5
Perempuan	50.1	66.1	82.9
Tipe daerah			
Perkotaan	70.4	77.5	87.6
Pedesaan	67.8	39.8	80.9
Tingkat pendidikan			
Tidak sekolah	16.9	16.9	65.4
Tidak tamat SD	29.4	29.4	57.0
Tamat SD	40.3	40.3	67.6
Tamat SMP	67.8	67.8	64.9
Tamat SMA	85.9	85.9	74.1
Tamat SMA +	88.6	88.6	84.8
Pekerjaan			
Tidak kerja	55.9	70.1	80.0
Sekolah	52.1	76.3	87.3
Ibu RT	48.6	84.2	79.3
Pegawai	88.1	79.5	92.6
wiraswasta	73.6	88.9	86.2
Petani/nelayan/buruh	31.5	95.6	78.3
Lainnya	69.7	64.7	93.1
Tingkat pengeluaran perkapita per bulan			
Kuintil-1	34.7	67.2	80.7
Kuintil-2	42.9	63.1	83.9
Kuintil-3	53.0	66.5	82.2
Kuintil-4	59.4	68.9	87.9
Kuintil-5	69.2	75.4	84.5

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

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

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

Tabel 3.8.5.3 menggambarkan persentase penduduk berumur 10 tahun keatas menurut pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Kabupaten. Persentase penduduk berumur ≥ 10 tahun dan pernah mendengar tentang HIV/AIDS sebesar 56.3% dan 37.1% di antaranya berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS dan 53.4% berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS. Kota Sorong mempunyai persentase tertinggi (79.0%). Sedangkan yang mempunyai persentase tertinggi penduduk dengan pengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS adalah Kabupaten Sorong (69.1%).

Empat Kabupaten yang penduduknya paling sedikit mendengar tentang HIV/AIDS adalah Kaimana (42.9%), Teluk Wondama (29.3%), Teluk Bintuni (32.5%) dan Raja Ampat (47.8%). Dari yang pernah mendengar, yang berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS terendah adalah di Kota Sorong (23.8%), sedangkan yang berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS terendah adalah Kaimana (22.5%), disusul Manokwari (41.1%) dan Raja Ampat (42.6%).

Tabel 3.8.5.3
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Pernah mendengar	Berpengetahuan* benar tentang penularan	Berpengetahuan** benar tentang pencegahan
Fakfak	67.2	32.2	60.7
Kaimana	42.9	26.4	22.5
Teluk Wondama	40.8	53.2	51.7
Teluk Bintuni	32.5	43.1	52.7
Manokwari	59.5	25.0	41.1
Sorong Selatan	62.4	69.1	64.2
Sorong	52.9	70.9	69.1
Raja Ampat	47.8	29.5	42.6
Kota Sorong	79.0	23.8	59.2
Papua Barat	56.3	37.1	53.4

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

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

Tabel 3.8.5.4 memperlihatkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan tentang HIV/AIDS dan karakteristik responden. Penduduk berumur ≥ 10 tahun yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS yaitu berusia antara 25-34 tahun dengan persentase tertinggi 70.4 persen dan terendah 30.9 persen pada usia 65 - 74 tahun. Sementara penduduk yang berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS dengan persentase tertinggi (58.7%) berusia 15-24 tahun, persentase terendah (36.7%) pada usia 65-74 tahun.

Penduduk laki-laki di Papua Barat yang berumur ≥ 10 tahun dan pernah mendengar tentang HIV/AIDS sebesar 59.3 persen . sedangkan perempuan sebesar 53.7 persen . Sementara penduduk laki-laki yang berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS sebanyak 39.9 persen . perempuan sebanyak 34.4 persen.

Dari segi pendidikan. semakin tinggi jenjang pendidikan responden semakin banyak pula yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS serta berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS.

Berdasarkan status ekonomi. tidak ada perbedaan tinggi/rendahnya kuintilnya (kaya) yang berumur ≥ 10 tahun mengenai pernah mendengar tentang HIV/AIDS serta berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS.

Tabel 3.8.5.4
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik	Pernah mendengar	Berpengetahuan* benar tentang penularan	Berpengetahuan** benar tentang pencegahan
Umur			
10-14 tahun	33.8	34.3	38.2
15-24 tahun	70.4	40.7	58.7
25-34 tahun	65.2	37.8	53.4
35-44 tahun	61.0	38.3	55.9
45-54 tahun	52.6	34.2	54.7
55-64 tahun	43.3	32.0	47.6
65-74 tahun	30.9	12.7	36.7
75+ tahun	36.4	9.6	50.2
Jenis Kelamin			
Laki	59.3	39.9	55.9
Perempuan	53.7	34.4	51.0
Pendidikan			
Tidak sekolah	18.3	26.4	33.0
Tidak tamat SD	30.0	28.6	39.4
Tamat SD	46.6	39.4	44.4
Tamat SMP	73.3	28.3	48.9
Tamat SMA	91.6	41.3	63.5
Tamat SMA +	92.9	59.0	79.7
Status ekonomi			
Kuintil-1	38.2	32.7	57.3
Kuintil-2	50.3	32.1	48.8
Kuintil-3	56.4	37.4	52.2
Kuintil-4	63.0	38.0	56.5
Kuintil-5	72.6	41.3	53.2

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

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

Tabel 3.8.5.5 di bawah memperlihatkan persentase penduduk di atas 10 tahun menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan Kabupaten. Penduduk Papua Barat yang bersikap merahasiakan dan mengucilkan apabila ada ART yang menderita HIV/AIDS sebesar 48.2% (masing-masing 37.3% dan 10.9%). Sedangkan melakukan konseling dan pengobatan merupakan persentase tertinggi, sebesar 75.2%. Kabupaten-Kabupaten yang penduduknya bersikap baik (sedikit yang merahasiakan dan mengucilkan) adalah Kaimana (10.1%) dan Teluk Bintuni (16.5%). Sedangkan provinsi yang penduduknya bersikap baik dalam hal akan melakukan konseling dan pengobatan adalah Kota Sorong (85.9%) dan Teluk Bintuni (84.7%).

Tabel 3.8.5.5
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap. Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Merahasiakan	Bicarakan dgn ART lain	Konseling & pengobatan	Cari pengobatan alternatif	Mengucilkan
Fakfak	31.8	66.2	81.0	54.2	18.3
Kaimana	10.1	6.8	59.0	29.7	5.9
Teluk Wondama	53.7	33.5	66.5	27.6	8.9
Teluk Bintuni	16.5	64.9	84.7	72.0	9.6
Manokwari	55.5	51.8	73.2	31.6	8.2
Sorong Selatan	30.5	40.4	70.1	56.2	4.1
Sorong	48.5	44.5	69.0	52.4	11.4
Raja Ampat	41.6	51.7	50.6	37.5	12.1
Kota Sorong	33.6	66.1	85.9	51.1	12.8
Papua Barat	37.3	50.1	75.2	44.4	10.9

Tabel 3.8.5.6 menggambarkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan karakteristik responden. Menurut kelompok umur, semakin muda umur penduduk semakin tinggi persentase sikap merahasiakan dan mengucilkan. Tidak ada perbedaan sikap antara laki-laki dan perempuan. Menurut pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin sedikit sikap merahasiakan. Menurut tingkat pengeluaran, semakin tinggi semakin kecil sikap merahasiakan.

Tabel 3.8.5.6
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik	Merahasiakan	Bicarakan dgn ART lain	Konseling & pengobatan	Cari pengobatan alternatif	Mengucilkan
Kelompok Umur (tahun)					
10-14 t	39.7	38.3	58.9	32.4	10.1
15-24	46.3	51.1	81.1	47.4	10.1
25-34	33.1	51.5	78.3	47.1	9.4
35-44	34.8	54.5	75.0	44.0	13.1
45-54	34.8	52.3	75.1	45.2	12.3
55-64	28.9	39.7	68.6	41.2	12.0
65-74	28.5	43.2	52.7	32.3	1.1
75+	33.5	43.9	71.4	48.8	33.7
Jenis Kelamin					
Laki	40.9	49.8	76.6	44.9	12.2
Perempuan	33.6	50.5	73.7	44.0	9.7
Tipe daerah					
Perkotaan	32.2	60.0	84.6	50.6	11.4
Perdesaan	41.7	41.0	67.0	39.0	10.5
Pendidikan					
Tidak sekolah	30.9	34.3	45.0	32.5	5.3
Tidak tamat SD	31.3	35.4	53.2	30.3	12.1
Tamat SD	36.1	37.7	62.1	35.6	10.1
Tamat SMP	34.4	53.2	78.0	46.4	9.6
Tamat SMA	40.6	59.9	88.5	51.4	13.4
Tamat SMA +	48.4	64.3	92.4	59.7	7.6
Tingkat pengeluaran RT perkapita					
Kuintil-1	37.7	49.9	68.2	40.8	11.1
Kuintil-2	37.1	48.0	70.0	40.6	11.2
Kuintil-3	39.3	48.8	75.8	43.2	9.4
Kuintil-4	37.1	55.1	76.8	46.0	14.4
Kuintil-5	35.4	48.9	80.5	47.6	9.6

3.8.6 Perilaku Higienis

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

Tabel 3.8.6.1 memperlihatkan persentase penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut Kabupaten. Lebih dari separoh (68.3%) penduduk Provinsi Papua Barat berperilaku benar dalam hal BAB namun hanya 38.5% yang berperilaku cuci tangan benar. Kabupaten Kaimana (49.9%), Teluk Wondama (51.4%) dan Teluk Bintuni(55.2%) adalah Kabupaten yang perilaku BAB benar nya rendah. Pencapaian buang air besar di jamban di Kaimana (49.9%) sedikit lebih rendah dibandingkan Kabupaten/Kota lainnya.

Sedangkan Kaimana (28.7%), Teluk Wondama (23.1%) .Teluk Bintuni (37.3%) dan Raja Ampat (35.3%) adalah Kabupaten-Kabupaten yang perilaku cuci tangan benar nya rendah. Fakfak menduduki tempat tertinggi untuk perilaku baik dalam hal BAB dan cuci tangan.

Tabel 3.8.6.1
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Perilaku benar dalam BAB*	Perilaku benar cuci tangan dengan sabun**
Fakfak	80.2	50.2
Kaimana	49.9	28.7
Teluk Wondama	51.4	23.1
Teluk Bintuni	55.2	37.3
Manokwari	57.7	46.2
Sorong Selatan	70.9	55.5
Sorong	80.0	37.4
Raja Ampat	66.8	35.3
Kota Sorong	91.6	48.1
PAPUA BARAT	68.3	38.5

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

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

Tabel 3.8.6.2 memperlihatkan persentase penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut karakteristik. Menurut kelompok umur, persentase sedikit lebih rendah pada umur 10-14 tahun(25.7 %) dibandingkan semua kelompok umur (31.2% -45.1 %). Semakin tinggi usia semakin berperilaku benar dalam BAB dan cuci tangan, tetapi tampak menurun lagi pada umur 55 tahun ke atas. Persentase perempuan yang berperilaku benar dalam BAB dan cuci tangan lebih tinggi dari laki-laki (berturut-turut 68.9% dibanding 67.7%, dan 42.6% dibanding 34.0%). Semakin tinggi pendidikan, perilaku baik dalam BAB dan cuci tangan semakin tinggi.

Dari segi pekerjaan. petani/buruh/ nelayan memiliki persentase perilaku baik BAB dan cuci tangan terendah (50.5% dan 29.8%). Sedangkan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi persentase perilaku baik dalam BAB dan cuci tangan. Tidak tampak perbedaan menurut kelompok umur. jenis kelamin. pendidikan. pekerjaan. maupun tingkat pendapatan perkapita .

Tabel 3.8.6.2
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam
Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden di
Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Perilaku benar dalam BAB	Perilaku benar cuci tangan dengan sabun
Umur		
10-14 tahun	62.4	25.7
15-24 tahun	69.3	38.7
25-34 tahun	69.0	40.2
35-44 tahun	68.7	45.1
45-54 tahun	69.8	41.7
55-64 tahun	74.0	42.0
65-74 tahun	67.7	31.2
75+ tahun	67.9	33.8
Jenis Kelamin		
Laki	67.7	34.0
Perempuan	68.9	42.6
Tipe daerah		
Perkotaan	92.5	51.9
Pedesaan	56.5	32.0
Pendidikan		
Tidak sekolah	42.6	75.5
Tidak tamat SD	53.5	73.6
Tamat SD	63.0	62.6
Tamat SMP	75.6	55.5
Tamat SMA	90.4	50.1
Perguruan Tinggi	93.8	38.3
Pekerjaan		
Tidak kerja	74.3	41.1
Sekolah	67.6	29.1
Ibu RT	67.5	44.1
Pegawai	89.8	53.8
Wiraswasta	83.6	47.2
Petani/nelayan/buruh	50.5	29.8
Lainnya	89.7	47.5
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	52.2	29.9
Kuintil-2	62.9	38.3
Kuintil-3	69.0	37.6
Kuintil-4	76.0	40.6
Kuintil-5	80.4	47.3

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

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

3.8.7 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Riskesmas 2007/2008 mengumpulkan 10 indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)¹ yang terdiri dari enam indikator individu dan empat indikator rumah tangga. Indikator individu meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif, kepemilikan/ketersediaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, penduduk tidak merokok, penduduk cukup beraktivitas fisik, dan penduduk cukup mengonsumsi sayur dan buah. Indikator Rumah Tangga meliputi rumah tangga memiliki akses terhadap air bersih, akses jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni ($\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$), dan rumah tangga dengan lantai rumah bukan tanah.

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

Secara nasional, penduduk yang telah memenuhi kriteria PHBS baik sebesar 38.7%, namun di Papua Barat masih dibawah nasional yaitu sebesar 33.0%.

3.9 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

3.9.1 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu. antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan. serta status sosial-ekonomi dan budaya. Dalam analisis ini. sarana pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi dua. yaitu:

Sarana pelayanan kesehatan rumah sakit. puskesmas. puskesmas pembantu. dokter praktek dan bidan praktek

Upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yaitu pelayanan posyandu. poskesdes. pos obat desa. warung obat desa. dan polindes/bidan di desa.

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

Tabel 3.45
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) dan Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	<1 km	1 – 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Fakfak	47.34	41.04	11.62	57.26	24.51	5.36	12.87
Kaimana	46.16	47.09	6.76	51.23	26.78	15.14	6.84
Teluk Wondama	57.54	30.73	11.73	53.98	32.39	12.50	1.14
Teluk Bintuni	72.07	27.22	0.71	62.91	17.75	14.68	4.67
Manokwari	67.64	29.89	2.47	60.26	23.58	10.65	5.51
Sorong Selatan	79.23	19.67	1.10	85.17	11.12	3.71	0.00
Sorong	47.68	45.04	7.28	54.86	38.89	4.16	2.08
Raja Ampat	77.10	6.24	16.66	78.48	3.47	2.77	15.28
Kota. Sorong	58.40	40.77	0.83	69.75	25.72	2.88	1.65
PAPUA BARAT	57.65	35.73	6.62	60.70	26.30	8.80	4.20

CATATAN: *) Sarana Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit. Puskesmas. Pembantu. Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Tabel diatas menunjukkan bahwa sebanyak 93.38% RT di Papua barat berada kurang atau sama dengan 5 km dari sarana pelayanan kesehatan dan hanya 6.62% RT berada lebih dari 5 km. Kabupaten/ Kota dengan persentase RT berjarak lebih dari 5 km ke sarana pelayanan kesehatan tertinggi. berturut-turut adalah sebagai berikut: Kabupaten Raja Ampat (16.6%). Teluk Wondama (11.7%) dan Fakfak.

Dari segi jarak nampak bahwa 57.65% rumah tangga (RT) berjarak kurang dari 1 km dan 35.73 % RT berjarak 1-5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa 93.38% RT di Provinsi Papua Barat berada kurang atau sama dengan 5 km dari failitas kesehatan dan

6.62 % berada lebih dari jarak tersebut. Kondisi ini tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan.

Dari segi Waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan nampak bahwa 60.7% penduduk dapat mencapai ke fasilitas yankes kurang dari atau sama dengan 15 menit. 26.3% antara 16-30 menit. Dengan demikian 87% RT di Provinsi Papua masih ada sekitar 13% yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai fasilitas kesehatan. Kondisi ini tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan.

Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas kesehatan tertinggi di Kabupaten Kaimana sebanyak 21.9%. berikutnya . Teluk Bintuni 19.35%. Raja Ampat 18.05 %. Sedangkan persentase terendah RT yang memerlukan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke sarana kesehatan adalah Kabupaten Selatan (0.0%). dan Teluk Wondama (1.1%). Kabupaten yang masih perlu perhatian yaitu yang lebih dari 10% RT-nya berjarak tempuh ke fasilitas kesehatan > 5 km (tiga Kabupaten) atau waktu tempuh lebih dari 30 menit (enam Kabupaten).

Tabel 3.9.1.2 menyajikan informasi tentang jarak dan waktu tempuh rumahtangga terhadap sarana pelayanan kesehatan menurut karakteristik rumah tangga. Berdasarkan tipe daerah, persentase rumahtangga dengan jarak ke sarana pelayanan kesehatan >5 kilometer, di perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan. Begitu pula persentase rumah tangga dengan waktu tempuh >30 menit, di perkotaan lebih rendah dibandingkan di perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin dekat jarak, dan semakin singkat waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan Keadaan ini tidak berbeda dengan angka nasional pada umumnya.

Tabel 3.46
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan^{*)}, dan Karakteristik di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Karakteristik	Jarak ke Yankes			Waktu tempuh ke Yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Perkotaan	58.24	40.62	1.14	76.05	21.07	1.75	1.14
Perdesaan	57.33	33.11	9.56	52.36	29.13	12.63	5.87
Tingkat Pengeluaran per Kapita							
Kuintil-1	60.06	28.49	11.45	53.75	22.76	14.41	9.09
Kuintil -2	56.63	34.99	8.38	56.42	24.55	13.04	5.99
Kuintil -3	61.29	33.61	5.11	65.30	22.07	9.77	2.87
Kuintil -4	58.20	37.15	4.65	58.32	33.31	4.81	3.56
Kuintil -5	50.20	45.34	4.46	69.24	27.26	2.98	0.52

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

Tabel 3.9.1.3 berikut menjelaskan akses rumah tangga ke UKBM. meliputi Posyandu. Poskesdes. dan Polindes.

Tabel 3.47
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke
Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*. dan Kabupaten/ Kota Di Provinsi
Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Jarak Ke UKBM			Waktu Tempuh Ke UKBM			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Fakfak	96.64	2.81	0.56	91.92	8.08	0.00	0.00
Kaimana	87.73	11.78	0.49	87.18	11.84	0.49	0.49
Teluk Wondama	91.36	4.32	4.32	79.14	15.34	4.91	0.61
Teluk Bintuni	87.20	12.80	0.00	75.71	16.61	4.88	2.79
Manokwari	92.02	7.98	0.00	78.43	16.51	4.80	0.27
Sorong Selatan	93.03	6.97	0.00	87.76	9.27	2.97	0.00
Sorong	73.72	24.82	1.46	68.12	29.71	2.17	0.00
Raja Ampat	79.24	6.14	14.61	78.62	6.10	1.54	13.75
Kota. Sorong	83.92	15.14	0.94	81.68	12.38	3.20	2.74
Papua Barat	88.18	9.88	1.94	81.75	13.94	2.95	1.36

*) UKBM meliputi Posyandu. Poskesdes. Polindes

Dari segi jarak nampak bahwa 88.18% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 9.88% berjarak 1-5 km dari UKBM. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa hampir 100 % penduduk Papua Barat berada kurang atau sama dengan 5 km dari fasilitas UKBM. Kondisi ini nampak tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan(78.9%).

Daerah dengan jumlah rumah tangga lebih dari 5 km ke fasilitas UkBM adalah di Kabupaten Raja Ampat (14.61%).

Dari segi waktu tempuh ke UKBM nampak bahwa 81.75% rumah tangga dapat mencapai ke fasilitas UKBM kurang dari atau sama dengan 15 menit. 13.9% antara 16-30 menit. Hal dapat ini dapat dikatakan 95.65% rumah tangga di Provinsi Papua Barat dapat mencapai UKBM dalam waktu ≤30 menit. sisanya(4.35 %) memerlukan waktu lebih dari 30 menit. Kondisi ini tidak berbeda jauh dengan angka nasional (85.4%).

Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas UKBM tertinggi di Kabupaten Raja Ampat 15.29 %. disusul Teluk Bintuni (2.7%).

Tabel 3.9.1.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh KeUpaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*.. dan Karakteristik Di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik Rumah Tangga	Jarak Ke UKBM			Waktu Tempuh Ke UKBM			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe Daerah							
Perkotaan	86.92	12.51	0.57	86.48	9.90	1.95	1.67
Perdesaan	88.82	8.55	2.63	79.31	16.03	3.47	1.20
Tingkat Pengeluaran per Kapita							
Kuintil-1	87.86	8.90	3.24	74.99	19.09	4.81	1.11
Kuintil -2	85.74	13.04	1.21	76.64	16.14	5.05	2.17
Kuintil -3	86.74	10.64	2.62	84.28	11.15	3.45	1.11
Kuintil -4	89.78	8.58	1.64	84.62	13.53	1.14	0.72
Kuintil -5	89.34	9.36	1.31	89.48	8.62	0.84	1.07

*) UKBM meliputi Posyandu. Poskesdes. Polindes

Berdasarkan daerah. persentase rumah tangga dengan jarak ke UKBM>5 kilometer. di perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan . KBM. berdasarkan jarak. Hampir tidak ada perbedaan antara perkotaan dan perdesaan. perbedaannya hanya (1.7%). Begitu pula persentase rumah tangga dengan waktu tempuh >30 menit. di perkotaan lebih rendah dibandingkan di perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. tidak terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin dekat jarak. dan semakin singkat waktu tempuh ke UKBM.

Ada kecenderungan makin kurang mampu RT secara ekonomi. akses ke posyandu/ poskesdes/polindes makin tidak mudah (makin jauh jarak dan makin lama waktu tempuh). Gambaran ini nampak tidak berbeda dengan gambaran nasional.

Tabel 3.9.1.5 memberikan gambaran persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan UKBM di tiap Kabupaten selama tiga bulan terakhir. Secara keseluruhan. di Provinsi Papua Barat bahwa sebanyak 33.6% rumah tangga di Provinsi Papua Barat telah memanfaatkan UKBM. tertinggi di . Raja Ampat (59.36%) dan terendah di . Manokwari (24.88%). Di Provinsi Papua Barat 11.03% rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan tersebut. Sebanyak 55.2% rumah tangga menyatakan tidak membutuhkan pelayanan UKBM karena berbagai alasan. seperti tidak ada anggota rumah tangga (ART) yang sakit. tidak ada yang hamil atau tidak mempunyai bayi/balita. Sedangkan yang sebetulnya membutuhkan tetapi tidak memanfaatkan UKBM adalah sebanyak 14.1% rumah tangga. Kabupaten dengan persentase rumah tangga memanfaatkan pelayanan UKBM tertinggi adalah . Raja Ampat (59.36%). dan terendah adalah Manokwari (24.88%).

Tabel 3.48
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu/poskesdes.
dan Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Fakfak	31.21	62.74	6.6
Kaimana	31.40	43.77	33.9
Teluk Wondama	35.36	56.35	9.7
Teluk Bintuni	36.45	40.05	28.7
Manokwari	24.88	65.59	12.2
Sorong Selatan	52.91	45.26	1.6
Sorong	39.87	56.21	5.5
Raja Ampat	59.36	12.25	62.8
Kota. Sorong	26.38	66.99	8.4
Papua Barat	33.66	55.31	14.1

Tabel 3.9.1.6 menggambarkan pemanfaatan posyandu/poskesdes berdasarkan karakteristik rumah tangga. Tampak bahwa persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes di perdesaan lebih besar dibandingkan dengan perkotaan. Bila ditinjau dari tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, nampak tidak ada kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin kurang memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes.

Pemanfaatan posyandu/poskesdes oleh RT paling banyak pada kuantil 3 yaitu 39.05%. Sedangkan pemanfaatan terendah ada pada kuantil 5 yaitu 21.70%.

Tabel 3.496
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes.
dan Karakteristik Di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik	Tidak Memanfaatkan		
	Memanfaatkan	Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	27.49	66.59	7.1
Perdesaan	36.95	49.31	18.6
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita Per Bulan			
Kuintil -1	38.00	43.00	27.5
Kuintil -2	35.60	53.16	15.4
Kuintil -3	39.05	50.55	13.9
Kuintil -4	32.07	58.99	10.8
Kuintil -5	21.70	71.02	7.3

Tabel 3.9.1.7 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir. Tampak secara keseluruhan di Provinsi Papua Barat jenis pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga adalah penimbangan (95.6%) dan imunisasi (72.8%). Hanya sedikit rumah tangga yang

memanfaatkan posyandu/poskesdes untuk konsultasi risiko penyakit (17.0%) dan pelayanan KB (29.5%).

Tabel 3.50
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/ Kota Di Provinsi Papua Barat.
Risikesdas 2008

Kabupaten/ Kota	Penim- bangan	Penyu- luhan	Imuni- sasi	KIA	KB	Pengo- batan	PMT	Suple men Gizi	Konsul- tasi Resiko Penyakit
Fakfak	100.00	80.00	82.04	72.64	61.44	73.04	91.97	86.89	10.33
Kaimana	95.87	24.62	72.26	29.75	12.49	34.17	41.07	56.71	7.65
Teluk Wondama	94.45	53.97	73.02	12.90	9.84	41.94	72.23	47.62	17.46
Teluk Bintuni	95.19	12.48	40.78	44.83	17.28	70.55	45.41	16.67	5.31
Manokwari	96.28	46.70	64.20	53.23	46.54	30.65	76.34	67.43	14.14
Sorong Selatan	93.92	66.13	62.25	27.26	24.22	87.67	62.92	64.48	49.69
Sorong	97.97	69.49	76.67	42.10	40.00	38.98	71.44	78.33	20.00
Raja Ampat	81.10	67.04	72.53	51.64	56.05	82.61	72.23	72.23	30.78
Kota. Sorong	100.00	66.21	86.04	47.33	45.19	25.34	66.26	78.78	11.00
Papua Barat	95.64	54.43	72.82	36.72	29.57	47.79	67.25	62.17	17.08

Tabel 3.9.1.8 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Dari 9 jenis pelayanan yang diterima, penimbangan menempati urutan yang pertama yaitu hampir semua rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan mendapatkan pelayanan penimbangan Balita, sedangkan konsultasi resiko penyakit menempati urutan yang terakhir.

Bila diurutkan berdasarkan persentase terbesar layanan yang pernah diterima rumah tangga adalah penimbangan, Imunisasi, PMT, Suplemen Gizi, Penyuluhan, Pengobatan, KIA, KB dan konsultasi resiko penyakit.

Menurut tipe daerah, yang mendapat layanan pengobatan di posyandu/poskesdes di daerah perdesaan (52.3%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (36.36%). Demikian pula untuk pemberian makanan tambahan (PMT) pedesaan lebih tinggi dari pada perkotaan yaitu 68.77% dan 63.48%. Sedangkan 7 jenis pelayanan yang lain kurang nampak beda antara RT yang tinggal di Perdesaan dan perkotaan. Baik di perkotaan maupun di perdesaan hampir semua RT ($\geq 94\%$ RT) yang memanfaatkan posyandu/poskesdes mendapatkan pelayanan penimbangan badan Balita. Dua jenis pelayanan yang lain yaitu Imunisasi dan suplemen gizi diterima oleh lebih dari 70% RT yang memanfaatkan pelayanan posyandu/polindes. Dengan demikian fungsi posyandu/poskesdes yang menonjol baik di daerah perkotaan maupun perdesaan adalah pelayanan penimbangan balita, imunisasi, PMT dan suplemen gizi

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, tidak ada kecenderungan perbedaan tingkat pengeluaran rumah tangga, dan yang menerima pelayanan penimbangan, imunisasi, PMT dan suplemen gizi.

Tabel 3.51
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Papua Barat. Riskedas 2008

Karakteristik	Penim- bangan	Penyu- luhan	Imuni- sasi	KIA	KB	Pengo- batan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
Tipe Daerah									
Perkotaan	99.38	56.15	79.92	39.32	34.48	36.36	63.48	78.25	17.13
Perdesaan	94.12	53.75	70.02	35.62	27.60	52.30	68.77	55.81	17.05
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita									
Kuintil -1	94.50	65.35	65.61	40.31	31.37	53.65	65.21	62.50	15.66
Kuintil -2	94.76	44.51	75.04	32.99	28.55	45.22	63.51	61.29	19.31
Kuintil -3	96.33	50.98	73.91	41.91	32.88	46.73	66.98	60.13	12.94
Kuintil -4	96.19	54.18	74.42	32.93	27.67	45.31	75.34	70.17	16.51
Kuintil -5	95.66	54.67	71.47	39.70	29.67	57.70	62.09	61.52	24.09

Tabel 3.9.1.9 menggambarkan alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir (di luar yang tidak membutuhkan). Distribusi alasan rumah tangga yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menunjukkan bahwa pada tiap Kabupaten sangat bervariasi. Di Provinsi Papua Barat dari tiga alasan RT tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes (letak jauh, tidak ada posyandu/poskesdes dan layanan tidak lengkap), terbanyak RT beralasan tidak ada posyandu (71.2%).

Kabupaten dengan lebih dari 50% rumah tangga beralasan letak posyandu/poskesdes jauh adalah . Sorong Selatan (50%) sedangkan untuk . Manokwari tidak ada yang beralasan letaknya jauh.

Kabupaten dengan lebih dari 50% RT yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes beralasan tidak ada posyandu adalah sebagai berikut : . Kaimana (91.3%). . Teluk Wondama (81.8%). Teluk Bintuni (72.0%) dan . Manokwari 66.5%.

Tabel 3.52
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Kabupaten/ Kota
Risikesdas 2008

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak Jauh	Tidak Ada Posyandu	Layanan tidak Lengkap
Fakfak	22.0	42.1	35.9
Kaimana	2.2	91.3	6.5
Teluk Wondama	9.1	81.8	9.1
Teluk Bintuni	20.0	72.0	8.0
Manokwari		66.5	33.5
Sorong Selatan	50.0	50.0	
Sorong	40.1	19.9	40.1
Raja Ampat	25.0	34.4	40.7
Kota Sorong	19.8	46.3	33.9
Papua Barat	11.0	71.2	17.8

Tabel 3.9.1.10 menggambarkan alasan utama (di luar tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menurut karakteristik rumah tangga. Berdasarkan tipe daerah, di perkotaan alasan 'jenis layanan posyandu/poskesdes tidak lengkap' lebih mendominasi, sedangkan di perdesaan alasan yang banyak dipakai adalah 'letak jauh'. Ketidakterdapatnya posyandu/poskesdes disebut sebagai alasan untuk tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes oleh rumah tangga dengan persentase yang tidak berbeda antara perkotaan dan perdesaan.

Tabel 3.53
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes (di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik
di Provinsi Papua Barat Risikesdas 2008

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak Jauh	Tdk ada Posyandu	Layanan tidak Lengkap
Tipe Daerah			
Perkotaan	17.2	55.5	27.3
Perdesaan	9.6	74.9	15.5
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per kapita			
Kuintil -1	15.3	71.8	12.9
Kuintil -2	12.0	68.6	19.3
Kuintil -3	6.8	88.8	4.3
Kuintil -4	10.6	68.1	21.3
Kuintil -5	5.6	56.6	37.8

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, nampak ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin banyak yang menjawab alasan 'pelayanan tidak lengkap' dan semakin kecil yang menjawab alasan 'letak jauh'.

Tabel 3.9.1.11 di bawah ini menggambarkan pemanfaatan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir. Sebanyak 10.79% rumah tangga menyatakan memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa; 54.31% rumah tangga menyatakan tidak memanfaatkan dan 34.90% menyatakan tidak membutuhkan.

Kabupatendengan persentase rumah tangga tertinggi yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa adalah Raja Ampat (44.89%) dan terendah Teluk Wondama (5.59%). Sedangkan Kabupaten dengan persentase rumah tangga tertinggi yang tidak memanfaatkan dengan alasan lain (diluar tidak membutuhkan) adalah Kabupaten Sorong (89.5%)

dan Sorong Selatan (78.40%). sedangkan yang terendah adalah Kabupaten Teluk Bintuni (10.30%). Untuk alasan tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan di desa. Kabupaten Sorong Selatan menempati persentase tertinggi (46.40%). sedangkan terendah adalah Kabupaten Raja Ampat (4.08%).

Tabel 3.54
Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa.
Menurut Kabupaten/ Kota Di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Tidak Memanfaatkan		
	Memanfaatkan	Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Fakfak	7.51	11.81	15.7
Kaimana	15.86	30.15	25.1
Teluk Wondama	5.59	40.78	27.1
Teluk Bintuni	7.96	30.82	10.3
Manokwari	6.87	44.19	70.9
Sorong Selatan	31.40	46.40	78.4
Sorong	22.37	24.34	89.5
Raja Ampat	44.89	4.08	12.2
Kota. Sorong	3.67	43.73	26.5
Papua Barat	10.79	34.90	31.8

Tabel 3.9.1.12 menggambarkan pemanfaatan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Hampir separuh rumah tangga yang tinggal di daerah perkotaan dan sepertiga yang tinggal di daerah perdesaan tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan. Persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa di perdesaan (13.25%) lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan (6.18%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita nampak adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran, semakin sedikit yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dan semakin banyak yang tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan desa.

Tabel 3.55
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa
Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat
Riskedas 2008

Karakteristik	Tidak Memanfaatkan		
	Memanfaatkan	Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	6.18	41.11	28.3
Perdesaan	13.25	31.58	33.6
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita			
Kuintil -1	13.66	32.21	27.8
Kuintil -2	11.38	39.52	28.2
Kuintil -3	9.86	37.53	33.9
Kuintil -4	10.41	30.31	30.2
Kuintil -5	8.53	37.04	37.2

Dari rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir, jenis pelayanan yang diterima dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu pelayanan KIA dan pengobatan. Pelayanan KIA meliputi pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus, dan pemeriksaan bayi/balita.

Tabel 3.9.1.13 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan Kabupaten/kota. Jenis pelayanan yang paling banyak dimanfaatkan adalah pengobatan (59.55%). Adapun pelayanan KIA yang terbanyak dimanfaatkan adalah pemeriksaan kehamilan (49.48%). disusul pemeriksaan bayi/balita (45.03%).. Persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan persalinan, pemeriksaan ibu nifas dan pemeriksaan neonatus masing-masing di atas 22%.

Menurut Kabupaten pemanfaatan polindes/bidan di desa sebagai tempat pengobatan paling tinggi di Kabupaten Raja Ampat (86.16%) dan terendah di Kota Sorong (22.23%). Untuk pelayanan KIA, pemeriksaan bayi/balita terbanyak dimanfaatkan di Kabupaten Manokwari (57.96%) dan terendah Teluk Wondama (24.99%). Pemeriksaan kehamilan tertinggi dimanfaatkan di Kabupaten Teluk Wondama (66.68%) dan terendah di Kaimana (27.59%). Pertolongan persalinan terbanyak dimanfaatkan di Kabupaten Raja Ampat (51.62%) dan terendah di Kaimana (6.20%).

Tabel 3.56
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota Riskesdas 2008

Kabupaten/ Kota	Pemeriksaan kehamilan	Persali nan	Pemeriksaan ibu nifas	Pemeriksaan neonatus	Pemeriksaan bayi/balita*	Peng- obatan
Fakfak	50.0	35.7	28.6	35.7	42.9	85.7
Kaimana	27.6	6.2	6.2	6.2	51.0	43.3
Teluk Wondama	66.7	20.0	12.5	22.2	25.0	40.0
Teluk Bintuni	31.6	27.8	12.5	0.0	26.9	85.4
Manokwari	51.5	19.5	29.0	25.8	58.0	58.0
Sorong Selatan	55.1	26.3	15.5	19.1	40.1	82.3
Sorong	63.3	33.3	40.0	43.3	48.5	54.9
Raja Ampat	57.8	51.6	47.6	34.9	56.4	86.2
Kota. Sorong	44.5	33.3	33.3	22.2	44.5	22.2
Papua Barat	49.5	25.7	23.3	22.9	45.0	59.6

Catatan:

* Bayi / balita tidak termasuk neonatus

Tabel 3.9.1.14 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan karakteristik rumah tangga.

Menurut tipe daerah, nampaknya rumah tangga di perkotaan lebih banyak memanfaatkan polindes/bidan di desa untuk pelayanan KIA, sedangkan di perdesaan lebih banyak yang memanfaatkan untuk pelayanan pengobatan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita nampak kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin sedikit yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa untuk pemeriksaan bayi/balita, dan semakin meningkat yang memanfaatkan pemeriksaan kehamilan.

Tabel 3.57
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat.Riskesmas 2008

Karakteristik	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Tipe Daerah						
Perkotaan	44.88	14.98	16.00	10.55	59.20	42.52
Perdesaan	50.66	28.43	25.22	26.11	41.35	63.80
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita						
Kuintil -1	45.79	30.51	16.55	23.82	46.03	57.35
Kuintil -2	37.79	21.13	23.40	19.02	47.79	60.67
Kuintil -3	45.85	23.22	23.93	25.64	36.49	61.17
Kuintil -4	51.52	36.02	33.96	29.50	50.30	56.01
Kuintil -5	71.23	20.80	24.75	20.28	45.16	67.76

Tabel 3.9.1.15 menggambarkan alasan utama rumah tangga (di luar yang tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut provinsi.

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir diminta untuk menyampaikan alasannya. Alasan utama yang mengemuka meliputi 'tidak ada polindes/bidan di desa' (39.3%). 'letak jauh' (8.9%). dan 'layanan tidak lengkap'.

Persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'tidak ada polindes/bidan desa' tertinggi ditemukan di Kabupaten Teluk Bintuni (89.7%) dan terkecil di Sorong (1.3%). Kabupaten Raja Ampat (14.9%)

merupakan provinsi dengan persentase rumah tangga tertinggi yang tidak memanfaatkan polindes/bidan desa dengan alasan 'letak polindes/bidan di desa jauh'. dan 4 Kabupaten dengan persentase rendah (0.0%) yakni Fakfak, Kaimana, Teluk Bintuni dan Sorong Selatan. Sedangkan untuk alasan 'layanan tidak lengkap' persentase tertinggi adalah Kabupaten Raja Ampat (20.3%) dan terendah Teluk Bintuni (0.0%).

Tabel 3.58
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Dalam 3 Bulan Terakhir. Menurut Kabupaten/ Kota

Kabupaten/Kota	Alasan Lain Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan			
	Letak Jauh	Tidak ada Polindes/Bidan	Layanan tidak lengkap	Lainnya
Fakfak	0.0	83.0	1.2	15.7
Kaimana	0.0	73.0	1.9	25.1
Teluk Wondama	2.1	69.8	1.0	27.1
Teluk Bintuni	0.0	89.7	0.0	10.3
Manokwari	1.3	22.0	5.8	70.9
Sorong Selatan	0.0	21.6	0.0	78.4
Sorong	1.3	1.3	7.9	89.5
Raja Ampat	14.9	52.7	20.3	12.2
Kota. Sorong	0.8	72.7	0.1	26.5
Papua Barat	1.3	64.7	2.2	31.8

Tabel 3.9.1.16 menggambarkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan utama (di luar yang tidak membutuhkan) menurut karakteristik rumah tangga.

Menurut tipe daerah, persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'letak jauh' dan 'layanan tidak lengkap' lebih tinggi di pedesaan dibandingkan dengan di perkotaan. Sedangkan alasan 'tidak ada polindes/bidan di desa' lebih banyak ditemukan di perkotaan.

RT yang tinggal di pedesaan dan memanfaatkan pelayanan polindes/bidan desa persentase untuk masing-masing jenis pelayanan lebih tinggi dibanding persentase RT yang tinggal di perkotaan, kecuali untuk pelayanan pemeriksaan bayi/balita di perkotaan lebih tinggi daripada persentase RT yang tinggal di pedesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita secara umum tidak terdapat perbedaan yang cukup berarti terhadap jenis pelayanan polindes/bidan desa yang diterima dan yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'letak jauh', dan alasan 'pelayanan tidak lengkap'. Alasan ketidakadanya polindes/bidan di Propinsi Papua Barat baik di perkotaan maupun di pedesaan cukup tinggi melebihi 60%.

Tabel 3.59
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Dalam 3 Bulan Terakhir, Menurut Karakteristik

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan			
	Letak Jauh	Tidak Ada Polindes/Bidan	Layanan Tidak Lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	0.5	70.7	0.5	28.3
Perdesaan	1.7	61.6	3.1	33.6
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per kapita				
Kuintil -1	2.0	66.8	3.4	27.8
Kuintil -2	0.6	69.8	1.4	28.2
Kuintil -3	1.6	62.8	1.7	33.9
Kuintil -4	1.1	66.3	2.4	30.2
Kuintil -5	1.3	58.9	2.6	37.2

Tabel 3.9.1.17. menyajikan informasi tentang pemanfaatan Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD) dalam tiga bulan terakhir. Secara keseluruhan sebagian besar rumah tangga (79.6%) tidak memanfaatkan POD/WOD.

Persentase rumah tangga yang memanfaatkan POD/WOD tertinggi di Kabupaten Manokwari (18.7%). dan terendah di Kota Sorong (1.6%). Sedangkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD karena tidak membutuhkan tertinggi di Kabupaten Manokwari (25.6%) dan terendah di Raja Ampat (0%).

Pemanfaatan POD/WOD tiap Kabupaten cukup bervariasi namun masih dibawah 20 % Rata-rata di prov.Papua Barat (8.0%). sehingga dipandang perlu adanya penelusuran alasan tidak memanfaatkan POD/WOD.

Tabel 3.60
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir

Kabupaten/Kota	Tidak Memanfaatkan		
	Memanfaatkan	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Fakfak	0.5	3.0	97.3
Kaimana	11.2	9.5	87.3
Teluk Wondama	6.1	3.0	92.7
Teluk Bintuni	5.0	5.9	90.5
Manokwari	18.7	26.6	72.3
Sorong Selatan	2.9	6.3	93.5
Sorong	4.6	23.2	91.5
Raja Ampat	9.5	0.0	89.8
Kota. Sorong	1.6	7.1	81.9
Papua Barat	6.2	8.0	88.2

Kajian pemanfaatan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga tersaji pada Tabel 3.9.1.18. Persentase rumah tangga yang memanfaatkan POD/WOD lebih banyak di perdesaan (7.7%) daripada di perkotaan (3.3%). Untuk rumah tangga yang tidak membutuhkan lebih banyak di perkotaan (11.6%). Pemanfaatan POD/WOD oleh RT masih sangat minim baik di perdesaan ataupun di perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan bahwa ada kecenderungan. Ada kecenderungan semakin rendah tingkat pengeluaran RT semakin banyak memanfaatkan POD/WOD.

Tabel 3.61
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir

Karakteristik	Tidak Memanfaatkan		
	Memanfaatkan	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	3.3	3.0	83.9
Perdesaan	7.7	9.5	90.4
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita			
Kuintil -1	8.0	5.9	90.0
Kuintil -2	6.6	26.6	86.8
Kuintil -3	6.7	6.3	86.5
Kuintil -4	5.7	23.2	89.4
Kuintil -5	4.9	0.0	86.9

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD diminta untuk menyebutkan alasannya. Sebagian besar rumah tangga (90.1%) tidak memanfaatkan POD/WOD dengan alasan utama 'tidak ada POD/WOD'.

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD dengan alasan 'letak jauh' tertinggi Kabupaten Manokwari (8.8%) dan rendah (0.0%) di enam Kabupaten lainnya. Yang menyatakan alasan 'tidak ada POD/WOD', angka tertinggi (97.0%) di 2 Kabupaten yakni Teluk Wondama dan Raja Ampat. Sedangkan untuk alasan 'obat tidak lengkap', tertinggi di Kabupaten Kaimana (4.5%) dan 4 Kabupaten terendah (0.0%) di Kabupaten Teluk Wondama, Sorong Selatan, Sorong dan Kota Sorong.

Tabel 3.62
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 Bulan Terakhir

Kabupaten/kota	Alasan Tidak Memanfaatkan POD/WOD oleh RT			
	Lokasi Jauh	Tidak Ada POD/WOD	Obat tidak Lengkap	Lainnya
Fakfak	0.0	96.4	0.5	3.0
Kaimana	0.0	86.0	4.5	9.5
Teluk Wondama	0.0	97.0	0.0	3.0
Teluk Bintuni	0.0	92.8	1.3	5.9
Manokwari	8.8	63.0	1.7	26.6
Sorong Selatan	0.0	93.7	0.0	6.3
Sorong	0.7	76.1	0.0	23.2
Raja Ampat	0.0	97.0	3.0	0.0
Kota. Sorong	1.0	91.9	0.0	7.1
Papua Barat	0.8	90.1	1.0	8.0

Tabel 3.9.1.20 menyajikan informasi tentang alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga. Alasan utama terbanyak yang dikemukakan adalah tidak adanya POD/WOD. Tidak tampak perbedaan antara daerah perdesaan dan perkotaan dalam hal alasan utama untuk tidak memanfaatkan POD/WOD. begitu pula menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.63
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa (Pod)/Warung Obat Desa (Wod) Dalam 3 Bulan Terakhir

Karakteristik	Alasan Tidak Memanfaatkan			
	Lokasi Jauh	Tidak ada POD/WOD	Obat tTidak Lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	0.6	90.8	0.1	8.5
Perdesaan	1.0	89.8	1.4	7.8
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita				
Kuintil -1	1.3	88.7	1.9	8.2
Kuintil -2	0.8	89.9	1.1	8.2
Kuintil -3	1.2	90.7	0.5	7.6
Kuintil -4	0.6	89.7	1.7	8.0
Kuintil -5	0.5	90.5	0.0	9.0

3.9.2 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 3.64
Persentase Tempat Berobat Rawat Inap Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/ Kota	Tempat Berobat Rawat Inap								
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Puskes -mas	Nak es	Batra	Lain- nya	Tidak RI.
Fakfak	12.5	0.2	0	0.1	0.6	0	0	0.1	86.3
Kaimana	1.6	0.3	0.1	0	8.9	0	0	0.1	88.9
Teluk Wondama	2.5	0	0	0	2.9	0.1	0.1	1.2	93.2
Teluk Bintuni	1.7	0.8	0	0.3	2.8	0	0	0.4	94.0
Manokwari	3.8	0.7	0	0.3	0.6	0.2	0	0.3	94.2
Sorong Selatan	3.5	1.9	0.2	0.2	2.9	0	0	0	91.4
Sorong	5.4	2.1	0	0	0	0.5	0	0.3	91.6
Raja Ampat	2.3	1.1	0	0	1.9	0.2	0	0.3	94.2
Kota. Sorong	8.7	6.0	0	0.3	0.2	0.1	0	0	84.6
Papua Barat	5.1	1.9	0.0	0.1	2.4	0.1	0.0	0.4	89.9

Sebagian besar Kabupaten/kota menggunakan tempat berobat rawat inap di RS pemerintah (5.1%) disusul dengan Puskesmas (2.4%) dan RS Swasta (1.9%) .

Tabel 3.65.2
Persentase Tempat Berobat Rawat Inap Menurut Karakteristik di Provinsi
Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik	Tempat Berobat Rawat Inap								
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Tidak RI.
Tipe Daerah									
Perkotaan	8.5	4.6	0.0	0.3	1.9	0.1	0.0	0.0	84.6
Perdesaan	3.5	.6	0.0	0.1	2.7	0.1	0.0	0.6	92.4
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita									
Kuintil -1	4.4	1.1	0.0	0.0	0.9	0.1	0.0	0.4	93.1
Kuintil -2	3.8	1.3	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	0.2	93.0
Kuintil -3	5.3	2.0	0.0	0.2	1.6	0.0	0.0	0.1	90.8
Kuintil -4	5.2	1.8	0.0	0.3	3.0	0.2	0.2	1.0	88.4
Kuintil -5	6.9	3.3	0.1	0.2	5.0	0.4	0.0	0.2	83.9

Persentase penggunaan fasilitas RS pemerintah maupun RS swasta untuk rawat inap sebagian besar di daerah perkotaan. Sedangkan untuk rawat inap Puskesmas lebih banyak di pedesaan daripada diperkotaan.

Adanya kecenderungan makin meningkat status ekonomi menurut kuintil, makin meningkat pula pemanfaatan rawat inap baik di RS pemerintah maupun RS Swasta.

Tabel 3.66
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap Menurut Kabupaten/ Kotadi
Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Fakfak	45.9	23.9	43.1	4.6	.9
Kaimana	45.3	9.6	38.7	2.7	6.7
Teluk Wondama	27.1	33.3	42.6	2.1	2.1
Teluk Bintuni	37.8	27.0	16.2	8.1	5.6
Manokwari	61.9	25.3	25.0	3.6	4.9
Sorong Selatan	75.5	18.8	18.8	2.1	10.8
Sorong	81.3	10.6	12.5	2.1	8.3
Raja Ampat	77.4	18.8	3.1	6.3	3.2
Kota. Sorong	76.8	20.9	15.2	4.0	6.0
Papua Barat	60.0	21.0	25.7	3.8	5.0

Keterangan :

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

Persentase sumber pembiayaan rawat inap dengan biaya sendiri tertinggi di Sorong (81.3%) kemudian disusul oleh Kabupaten Raja Ampat (77.4%) dan Kota Sorong (76.8%). Pemanfaatan askes/jamsostek sebagai sumber pembiayaan rawat inap paling banyak dimanfaatkan masyarakat di Kabupaten Teluk Wondama (33.3%). Sedangkan pemanfaatan Askeskin untuk rawat inap tertinggi di Kabupaten Fak-fak (43.1%) sedangkan terendah di Kabupaten Raja Ampat (3.1%).

Tabel 3.67
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	68.8	25.4	18.2	2.6	5.0
Perdesaan	53.4	17.7	31.2	4.7	5.1
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita					
Kuintil -1	53.6	14.5	33.3	8.3	7.2
Kuintil -2	71.6	13.6	28.4	4.5	2.4
Kuintil -3	52.1	18.8	33.9	4.2	4.3
Kuintil -4	58.2	20.9	28.4	2.1	5.9
Kuintil -5	64.6	27.4	15.0	2.1	4.7

Tabel di atas menunjukkan persentase sumber biaya dari Askes/Jamsostek yang dimanfaatkan lebih banyak di perkotaan (25.4%) daripada di pedesaan (17.7%). Sedangkan sumber biaya rawat inap dari Askeskin/SKTM maupun dana sehat lebih banyak di pedesaan dibandingkan perkotaan.

Adanya kecenderungan makin meningkat status ekonomi menurut kuintil (Kaya), makin meningkat pula pemanfaatan sumber biaya asuransi untuk rawat inap. Terlihat pula adanya 'penyimpangan' penggunaan sumber biaya askeskin / Surat Keterangan Tidak Mampu oleh penduduk pada kelompok kuintil 5 (Kaya).

Tabel 3.68
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Kabupaten/ Kota di
Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/ Kota	Tempat Berobat Rawat Jalan									
	RS Pe- merintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Puskes- mas	Nakes	Batra	Lain- nya	Di rumah	Tidak rawat jalan
Fakfak	6.9	1.6	0.0	33.2	4.6	4.7	0.1	4.6	0.1	44.1
Kaimana	0.7	0.3	0.0	73.2	1.0	4.4	0.0	0.6	0.6	19.2
Teluk Wondama	0.7	0.1	0.0	45.2	0.0	0.0	0.0	0.4	1.9	51.6
Teluk Bintuni	0.5	0.3	0.0	56.9	2.1	0.2	0.0	0.0	0.0	40.0
Manokwari	1.8	0.3	0.3	35.1	0.8	7.6	0.2	0.5	1.5	52.1
Sorong Selatan	2.4	1.2	0.2	37.4	0.2	0.5	0.0	0.3	0.5	57.2
Sorong	2.5	1.9	0.0	28.1	2.5	9.1	0.0	1.6	1.4	53.0
Raja Ampat	0.4	0.2	0.0	40.1	0.4	0.2	0.0	3.7	4.6	50.5
Kota. Sorong	3.6	2.2	0.0	13.3	1.4	7.0	0.0	0.1	0.5	72.0
Papua Barat	2.3	0.9	0.1	38.5	1.4	4.3	0.0	1.2	1.2	50.1

Pemanfaatan RS (baik pemerintah atau swasta) sebagai tempat berobat rawat inap hampir rata setiap Kabupaten/kota di provinsi Papua Barat tertinggi di Kabupaten Fakfak (6.9%). menyusul kota Sorong (3.6%) juga . Sorong (2.5%). Pemanfaatan RSB paling besar (38.5%) yang mana nilainya bervariasi antar Kabupaten/kota berkisar (13.3% - 73.2%) yaitu Kota Sorong pemanfaatan terendah dan Kabupaten Kaimana sebagai yang tertinggi

Tabel 3.69
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Menurut Kabupaten/ Kotadi
Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik	Tempat Berobat Rawat Jalan									
	RS Pe- merintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Puskes- mas	Nakes	Batra	Lain- nya	Di rumah	Tidak rawat jalan
Tipe Daerah										
Perkotaan	4.8	1.5	0.1	21.5	1.6	9.8	0.1	1.0	0.9	58.8
Perdesaan	1.4	0.7	0.1	44.7	1.3	2.3	0.0	1.3	1.3	46.9
Tingkat Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita										
Kuintil -1	1.7	0.4	0.0	45.4	1.0	1.6	0.0	1.2	1.3	47.4
Kuintil -2	2.1	0.6	0.0	42.6	1.1	2.9	0.1	1.8	0.5	48.3
Kuintil -3	2.4	1.0	0.1	37.2	1.7	4.1	0.1	1.5	1.3	50.8
Kuintil -4	2.5	1.3	0.2	36.7	1.3	4.6	0.1	0.5	1.1	51.7
Kuintil -5	2.8	1.3	0.1	29.2	2.1	8.8	0.0	1.0	1.6	53.0

Persentase pemanfaatan RS pemerintah dan Swasta, puskesmas, tenaga kesehatan dalam berobat jalan lebih banyak digunakan di perkotaan dibandingkan perdesaan. Sedangkan berobat jalan ke rumah sakit bersalin lebih banyak di gunakan di daerah pedesaan.

Adanya kecenderungan meningkat penggunaan RS pemerintah dan RS Swasta sebagai tempat berobat jalan seiring dengan peningkatan status ekonomi (Kaya).

Tabel 3.70
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan Rawat Jalan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Fakfak	54.8	15.3	30.9	1.8	2.5
Kaimana	17.6	3.6	72.8	0.2	3.8
Teluk Wondama	9.2	41.1	46.6	0.3	1.7
Teluk Bintuni	9.6	13.6	29.6	25.8	11.4
Manokwari	51.1	7.7	43.2	2.8	0.6
Sorong Selatan	64.9	13.0	39.4	7.2	3.8
Sorong	69.2	12.5	18.5	1.5	7.5
Raja Ampat	37.4	55.2	0.4	0.4	3.8
Kota. Sorong	69.5	11.6	18.2	6.0	4.6
Papua Barat	40.4	17.0	37.6	4.6	3.9

Persentase sumber pembiayaan rawat jalan dengan biaya sendiri (40,4%), askeskin/SKTM (37,6%), Askes/jamsostek (17,0%), dana sehat (4,6%), lain-lain (3,9%).

Tabel 3.71
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik	Sumber Pembiayaan Rawat Jalan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	65.3	15.9	15.8	5.2	2.3
Perdesaan	33.1	17.4	43.9	4.4	4.4
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita					
Kuintil -1	33.9	11.9	47.9	6.0	4.0
Kuintil -2	34.4	11.9	48.0	7.1	4.9
Kuintil -3	38.2	14.5	42.2	3.8	3.8
Kuintil -4	43.1	22.2	28.8	3.7	3.2
Kuintil -5	55.9	22.3	19.0	2.6	3.7

Persentase sumber biaya rawat jalan berasal dari sendiri/keluarga lebih banyak diperkotaan sedangkan untuk askes/jamsostek. askeskin?SKTM lebih banyak dipedesaan dibandingkan diperkotaan.

Adanya kecenderungan makin meningkat status ekonominya (Kaya). makin meningkat pula pemanfaatan askes/jamsostek dalam pembiayaan rawat jalan. Sedangkan pemanfaatan Askeskin/SKTM dan dana sehat semakin besar pada kelompok masyarakat miskin.

3.9.3 Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Persepsi masyarakat pengguna pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan non-medis dapat digunakan sebagai salah satu indikator ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan. Ada 8 (delapan) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat inap dan 7 (tujuh) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan. Penilaian untuk masing-masing domain ditanyakan kepada responden. berdasarkan pengalamannya waktu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan untuk rawat inap dan rawat jalan.

Delapan domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari:

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

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

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

Tabel 3.9.3.1 menggambarkan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut Kabupaten/Kota.

Tabel 3.721
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/ Kota	Aspek Ketanggapan							
	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Mudah dikunjungi
Fakfak	87.3	92.7	93.6	85.5	95.5	81.8	58.2	97.3
Kaimana	89.3	89.2	92.0	92.0	93.3	84.0	78.7	90.7
Teluk Wondama	82.6	93.5	93.5	87.0	95.7	93.5	80.4	95.7
Teluk Bintuni	78.4	83.8	86.5	78.4	89.2	73.0	75.7	91.9
Manokwari	52.4	52.4	72.6	70.2	76.2	61.9	47.6	78.6
Sorong Selatan	86.0	96.0	96.0	96.0	96.0	96.0	96.0	96.0
Sorong	85.1	87.2	95.7	97.9	97.9	93.6	85.1	100.0
Raja Ampat	93.9	100.	97.0	100.	93.9	90.9	81.8	87.9
Kota. Sorong	82.8	90.7	80.7	79.5	81.3	77.3	74.7	82.0
Papua Barat	81.0	86.2	87.7	85.0	89.1	81.2	72.0	89.6

Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap menurut Kabupaten/kota tidak terlampau banyak variasi. Semua aspek penilaian ketanggapan menunjukkan bahwa sebagian besar ($\geq 72\%$) menyatakan responden menyatakan ketanggapan pelayanan baik baik dari sisi waktu tunggu. keramahan petugas. kejelasan informasi. kebersihan ruangan rawat inap dan kemudahan dikunjungi.

Tabel 3.73
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik	Aspek Ketanggapan							
	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Mudahan dikunjungi
Tipe Daerah								
Perkotaan	79.2	84.3	83.6	81.8	86.6	77.6	70.5	85.4
Perdesaan	82.4	87.6	90.7	87.4	90.9	83.8	73.1	92.6
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita								
Kuintil -1	84.7	89.2	89.3	85.9	90.6	76.5	72.9	88.2
Kuintil -2	76.1	86.4	85.2	79.5	81.6	77.0	78.2	88.5
Kuintil -3	80.0	82.5	89.2	83.3	88.3	78.3	68.3	89.2
Kuintil -4	80.1	85.8	87.2	84.4	88.7	82.3	66.7	87.2
Kuintil -5	82.3	87.0	87.0	88.0	92.2	85.4	74.0	92.2

Antara masyarakat perkotaan dengan pedesaan. tidak nampak adanya perbedaan penilaian ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan. Baik masyarakat perkotaan maupun pedesaan sebagian besar ($>70\%$) menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan baik.

Tidak ada perbedaan yang berarti baik bagi penduduk yang kaya ataupun miskin dalam menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap

Tabel 3.743
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten /Kota	Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan						
	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Fakfak	92.5	98.2	95.6	88.0	96.5	88.7	93.5
Kaimana	85.6	94.8	91.4	92.4	93.2	90.1	90.0
Teluk Wondama	90.9	96.7	95.5	94.4	94.4	89.6	85.9
Teluk Bintuni	93.6	96.8	95.6	92.1	94.5	88.9	84.1
Manokwari	73.0	82.8	85.3	86.2	90.9	78.4	73.1
Sorong Selatan	59.6	94.6	94.6	96.7	97.1	96.7	91.9
Sorong	89.5	95.1	98.1	97.4	98.9	95.9	90.7
Raja Ampat	92.5	98.9	96.4	96.4	94.3	86.7	71.9
Kota. Sorong	78.4	87.2	74.1	69.1	73.4	67.4	78.5
Papua Barat	83.9	93.1	91.4	89.9	92.6	86.3	84.3

Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan menurut Kabupaten/kota tidak terlampaui banyak variasi. Semua aspek penilaian ketanggapan menunjukkan bahwa sebagian besar (>80%) penduduk menyatakan ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan dinilai baik.

Tabel 3.754
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Menurut Karakteristik di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik	Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan						
	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Tipe Daerah							
Perkotaan	79.7	89.5	85.6	83.8	88.4	76.6	79.4
Perdesaan	85.2	94.2	93.0	91.7	93.8	89.1	85.8
Tingkat pengeluaran Rumah tangga per kapita							
Kuintil -1	83.4	91.7	90.7	88.5	92.5	84.3	84.1
Kuintil -2	84.1	94.9	90.6	89.7	92.2	88.4	86.3
Kuintil -3	82.9	92.5	90.9	90.1	91.2	87.5	84.3
Kuintil -4	82.9	92.5	92.9	92.5	94.8	86.8	82.5
Kuintil -5	85.5	93.6	92.0	88.8	92.5	83.9	83.5

Penduduk di perdesaan cenderung membuat penilaian lebih dibandingkan dengan penduduk perkotaan baik dari sisi waktu tunggu, keramahan petugas, kejelasan informasi, kebersihan ruangan rawat

Ada kecenderungan semakin rendah tingkat pengeluaran perkapita, persentase yang menilai ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan baik semakin kecil. Meskipun kecenderungan tersebut tidak terlampaui tajam.

3.10 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 sampa, dan perumahan. Data tersebut

3.10.1 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 3.76
Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19.9	20-49.9	50-99.9	≥100
Fakfak	0.0	6.3	31.8	39.2	22.7
Kaimana	1.5	19.9	46.8	19.9	12.0
Teluk Wondama	1.1	9.4	65.2	20.5	3.8
Teluk Bintuni	0.0	22.7	36.1	27.8	13.4
Manokwari	0.0	5.4	26.8	56.4	11.4
Sorong Selatan	1.0	8.2	73.2	12.4	5.2
Sorong	7.2	10.4	29.6	29.6	23.2
Raja Ampat	1.8	21.1	22.8	21.1	33.3
Kota. Sorong	0.5	1.6	30.0	43.4	24.5
PAPUA BARAT	1.2	9.7	43.8	30.6	14.7

Konsumsi air per orang perhari di Provinsi Papua Barat Kabupaten pada umumnya antara 20 – 49.9 liter dengan rata-rata 43.8% . Apabila dibandingkan antar wilayah

Kabupaten/kota. persentase tertinggi masyarakat dengan konsumsi air 20 – 49.9 adalah Kabupaten Sorong Selatan sebesar 73.2 % dan Kabupaten Teluk Wondama 65.2%. sedangkan Kabupaten yang paling rendah dari pernyataan diatas adalah Kota Sorong yaitu 1.6 % . Ternyata masih terdapat beberapa Kabupaten/kota yang pemenuhan kebutuhan airnya di bawah rata-rata Nasional (1,2% tidak akses dan 9,7% akses kurang). Secara nasional pemenuhan konsumsi air ≥ 20 ltr/or/hr tahun 2007 sebesar 87.7% mengalami sedikit penurunan dibanding tahun 2004 sebesar 88.7%. ternyata angka rata-rata 43.8% sangat jauh mengalami penurunan.

Bila mengacu pada kriteria *Joint Monitoring Program WHO-Unicef*. di mana batasan minimal akses untuk konsumsi air bersih adalah 20 liter/orang/hari. maka secara nasional akses terhadap air bersih menurut jumlah pemakaian air per orang per hari adalah 85.6%. atau mengalami penurunan dibandingkan data tahun 2004 sebesar 88.7%.

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

Tabel 3.77
Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik rumah tangga	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19.9	20-49.9	50-99.9	≥ 100
Tipe daerah					
Kota	0.3	2.5	33.2	40.6	23.4
Desa	1.7	13.6	49.3	25.3	10.1
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil-1	2.6	13.1	49.6	29.6	5.1
Kuintil-2	2.0	14.0	48.3	24.0	11.7
Kuintil-3	0.6	11.8	45.4	30.3	12.0
Kuintil-4	0.3	6.2	38.2	36.5	18.8
Kuintil-5	0.6	3.1	33.2	35.2	27.8

Persentase rumah tangga yang aksesnya rendah terhadap air bersih lebih tinggi di perdesaan 15.3% (1.7% dan 13.6%) dibandingkan dengan di perkotaan (2.8%). Persentase konsumsi air dengan jumlah 20 – 49.9 liter per orang per hari di daerah perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi akses terhadap air bersih optimal walaupun masih terdapat Kabupaten/kota dengan konsumsi air rumah tangga masih rendah.

Tabel 3.10.1.3 menunjukkan di samping jumlah pemakaian air bersih untuk keperluan rumah tangga, ditanyakan juga tentang jarak dan waktu tempuh ke sumber air, serta persepsi tentang ketersediaan sumber air. Kepada kepala rumah tangga ditanyakan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menjangkau sumber air bersih pulang pergi, berapa jarak antara rumah dengan sumber air, dan bagaimana kemudahan dalam memperoleh air bersih.

Tabel 3.78
Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air.
Ketersediaan Air Bersih Dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat.
Riskedas 2008

Kabupaten/kota	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan		
	Waktu (mnt)		Jarak (km)		Mudah Sepanjang tahun	Sulit pada Musim kemarau	Sulit Sepanjang tahun
	>30	≤30	>1	≤ 1			
Fakfak	2.8	97.2	6.3	93.8	34.9	64.0	1.1
Kaimana	15.7	84.3	6.0	94.0	55.4	44.6	0.0
Teluk Wondama	3.9	96.1	7.3	92.7	77.7	22.3	0.0
Teluk Bintuni	20.4	79.6	42.9	57.1	50.5	26.3	23.2
Manokwari	0.7	99.3	0.7	99.3	84.0	15.3	0.7
Sorong Selatan	4.1	95.9	5.1	94.9	79.6	17.3	3.1
Sorong	11.3	88.7	16.1	83.9	57.7	40.7	1.6
Raja Ampat	17.9	82.1	22.8	77.2	89.1	1.8	9.1
Kota Sorong	1.6	98.4	6.5	93.5	77.1	21.4	1.6
Papua Barat	6.6	93.4	9.2	90.8	68.3	29.4	2.3

Tabel di atas menunjukkan sebanyak 6.6% rumah tangga memerlukan rerata waktu tempuh ke sumber air lebih dari 30 menit. Terdapat 4 Kabupaten dengan persentase di atas 6.6%. tertinggi Teluk Bintuni (20.4%). disusul oleh Raja Ampat (17.9%). dan Kaimana (15.7%). Berdasarkan ketersediaan air bersih. lebih dari 50% rumah tangga mudah mendapatkan air bersih sepanjang tahun. walaupun ada yang mengalami kesulitan air bersih pada musim kemarau yaitu Kabupaten Fakfak 64.2% dan Kabupaten Kaimana 44.5%. Dalam hal jarak dan waktu. pada umumnya rumah tangga di Kabupaten/kota dapat menjangkau sumber air dalam waktu kurang dari 30 menit dengan jarak kurang 1 km. Dilihat dari jarak, secara nasional terdapat 9.2% rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer melebihi angka nasional (4.5%).

Akses air bersih menurut waktu. jarak dan ketersediaan air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.790.1.4
Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air.
Ketersediaan Air Bersih Dan Karakteristik Responden
di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik rumah tangga	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan		
	Waktu (mnt)		Jarak (km)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	>30	≤30	>1	≤ 1			
Tipe daerah							
Kota	2.5	97.5	7.0	93.0	76.4	22.3	1.3
Desa	8.8	91.2	10.4	89.6	63.9	33.2	2.9
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	8.5	91.5	12.8	87.2	73.6	23.9	2.6
Kuintil-2	7.5	92.5	8.9	91.1	65.9	31.5	2.5
Kuintil-3	6.4	93.6	7.3	92.7	63.8	33.1	3.1
Kuintil-4	5.9	94.1	7.6	92.4	62.8	34.1	3.1
Kuintil-5	5.1	94.9	10.8	89.2	75.2	24.2	0.6

Persentase rumah tangga yang waktu tempuh ke sumber airnya lebih dari 30 menit lebih tinggi di perdesaan (8.8%) dibandingkan dengan di perkotaan (2.5%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tidak terdapat perbedaan yang mencolok antara waktu dan jarak untuk menjangkau serta ketersediaan air bersih.

Persentase rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer lebih tinggi di perdesaan (10.4%) dibandingkan dengan di perkotaan (7.0%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tidak ada kecenderungan penurunan persentase jarak tempuh dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita. Begitu pula persentase rumah tangga yang ketersediaan airnya mudah sepanjang tahun lebih tinggi di perkotaan (76.5%) dibandingkan dengan di perdesaan (63.9%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tidak ada kecenderungan persentase rumah tangga yang ketersediaan airnya mudah sepanjang waktu dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Dalam rangka memperoleh air untuk keperluan rumah tangga bila sumbernya berada di luar pekarangan, ditanyakan siapa yang biasanya mengambil air dalam rumah tangga tersebut. sebagai upaya untuk melihat aspek gender dan perlindungan anak. Aspek gender dalam pengambilan air bersih dapat dilihat pada Tabel 3.167

Tabel 3.10.1.5
Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa
Mengambil Air dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak-anak (<12 thn)	Dewasa	Anak-anak (<12 thn)
Fakfak	21.6	0.0	75.5	2.9
Kaimana	41.1	1.4	53.0	4.6
Teluk Wondama	56.6	3.1	37.8	2.5
Teluk Bintuni	29.9	0.0	70.1	0.0
Manokwari	44.6	0.0	53.6	1.8
Sorong Selatan	31.8	0.0	63.6	4.5
Sorong	52.5	4.0	43.6	0.0
Raja Ampat	45.7	2.9	51.4	0.0
Kota Sorong	41.1	1.9	54.2	2.8
Papua Barat	44.1	1.9	51.5	2.5

Tabel di atas menunjukkan, di provinsi Papua Barat terdapat 4.4% rumah tangga yang anak-anaknya mempunyai beban untuk mengambil air keperluan rumah tangga (1.9% wanita dan 2.5% anak laki-laki). Persentase laki-laki yang bertanggung jawab dalam pengambilan air di rumah tangga lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan.

Individu yang biasa mengambil air dalam rumah tangga umumnya lebih banyak laki-laki dewasa dan terlihat 70.1% di Kabupaten Teluk Bintuni kecuali Kabupaten Sorong sebesar 52.5% biasa diambil oleh perempuan dewasa.

Dalam pengambilan air bersih, menunjukkan adanya faktor gender dimana beban laki-laki dewasa dalam pengambilan air (51.5%) lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan dewasa (44.1%), sementara anak-anak sudah mulai diberi 'beban' untuk pengambilan air.

Kecuali Kabupaten Teluk Bintuni, di semua Kabupaten lainnya anak-anak ikut berperan dalam pengambilan air untuk kebutuhan rumah. Sedangkan provinsi-provinsi yang pengambilan airnya banyak dilakukan kaum perempuan adalah di Kabupaten-Kabupaten Sorong, Teluk Wondama dan Kaimana.

Persentase individu yang mengambil air bersih di rumah tangga menunjukkan variasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.80
Persentase Rumah Tangga menurut Anggota Rumah Tangga Yang Biasa
Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik rumah tangga	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak-anak (<12 thn)	Dewasa	Anak-anak (<12 thn)
Tipe daerah				
Kota	40.3	0.9	57.3	1.4
Desa	45.1	2.2	49.9	2.8
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	47.2	1.9	49.1	1.9
Kuintil-2	38.8	3.3	51.7	6.2
Kuintil-3	49.5	1.1	48.4	1.1
Kuintil-4	38.1	1.0	59.8	1.0
Kuintil-5	45.7	2.6	49.7	2.0

Tenaga perempuan dan anak-anak yang mengambil air di rumah tangga lebih tinggi di pedesaan (45.1% dan 2.2%) dibandingkan dengan di perkotaan (40.3% dan 0.9%). Individu yang biasa mengambil air, baik di perkotaan maupun di pedesaan tidak ada perbedaan gender yaitu hampir sama antara laki-laki dan perempuan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin rendah persentase perempuan dan anak-anak yang bertugas mengambil air bersih untuk keperluan rumah tangga.

Data kualitas fisik air untuk keperluan minum rumah tangga dikumpulkan dengan cara wawancara dan pengamatan, meliputi kekeruhan, bau, rasa, warna dan busa. Kategori kualitas fisik air minum baik bila air tersebut tidak keruh, tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna dan tidak berbusa.

Tabel 3.10.1.7
Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Kualitas Fisik Air Minum					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik*)
Fakfak	24.6	3.4	8.0	5.1	2.9	72.4
Kaimana	18.0	1.5	24.3	6.7	3.0	71.5
Teluk Wondama	2.2	1.1	1.1	0.6	0.6	97.2
Teluk Bintuni	47.9	4.2	24.0	9.4	8.3	51.0
Manokwari	6.1	3.3	5.4	4.7	1.3	91.9
Sorong Selatan	8.3	9.2	12.2	9.2	6.3	88.5
Sorong	30.3	19.7	23.8	19.5	15.6	63.1
Raja Ampat	3.6	1.8	1.9	1.8	0.0	94.4
Kota Sorong	19.9	11.3	22.4	14.4	6.6	70.0
Papua Barat	15.5	5.6	13.4	7.5	4.2	79.5

Catatan : * tidak keruh. tidak berwarna. tidak berasa. tidak berbusa dan tidak berbau

Umumnya (79.5%) rumah tangga di Provinsi Papua Barat mempunyai kualitas fisik air baik. Ada lima Kabupaten yang persentase kualitas fisik air minumannya di bawah rerata provinsi walaupun tidak terdapat perbedaan yang mencolok dalam hal kualitas air (keruh, bau, warna, rasa busa) diantara Kabupaten/kota.

Tabel 3.810.1.8
Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat.
Riskesdas 2008

Karakteristik	Kualitas fisik air minum					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik*)
Tipe daerah						
Kota	15.3	6.5	14.5	8.9	4.1	78.1
Desa	15.6	5.1	12.9	6.7	4.3	80.3
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	16.8	9.48276	17.0	10.1	6.36	79.77
Kuintil-2	15.5	6.17978	13.5	7.6	4.78	79.72
Kuintil-3	18.8	6.55271	15.1	8.0	5.13	77.36
Kuintil-4	16.1	3.94366	15.5	8.5	4.51	75.85
Kuintil-5	11.4	2.2792	6.3	3.4	0.57	84

Catatan : * tidak keruh. tidak berwarna. tidak berasa. tidak berbusa dan tidak berbau

Kualitas fisik air minum pada umumnya baik, dan tidak terlihat perbedaan antara Perkotaan dan pedesaan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi persentase yang kualitas fisik air minumannya baik. Data jenis sumber air minum utama yang digunakan rumah tangga diambil dari data Kor Susenas 2007.

Tabel 3.82.9
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan
Kabupaten/Kotadi Provinsi Papua Barat.
Susenas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis sumber air minum										
	Air kemas	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Fakfak	4.0	56.3	2.3	0.0	6.3	6.3	0.0	2.8	0.0	21.6	0.6
Kaimana	0.0	19.3	6.7	5.1	20.9	5.9	20.5	7.9	6.7	7.1	0.0
Teluk Wondama	0.0	0.7	23.7	1.8	12.0	5.3	16.6	17.3	22.6	0.0	0.0
Teluk Bintuni	2.1	1.0	0.0	9.3	11.3	4.1	0.0	30.9	11.3	29.9	0.0
Manokwari	4.0	25.2	9.3	4.6	23.8	13.2	3.31	4.0	9.9	2.0	0.7
Sorong Selatan	11.2	5.1	29.6	0.0	8.2	16.3	9.18	1.0	18.4	0.0	1.0
Sorong	2.4	0.0	0.0	4.8	2.4	14.5	0.0	8.9	14.5	52.4	0.0
Raja Ampat	0.0	0.0	0.0	8.9	32.1	33.9	19.6	1.8	3.6	0.0	0.0
Kota Sorong	36.1	25.2	6.5	1.8	16.6	1.6	0.0	0.5	0.0	10.1	1.6
Papua Barat	9.5	16.5	10.8	3.1	14.4	7.4	8.39	8.5	10.1	10.8	0.5

Masih banyak rumah tangga yang menggunakan air minum dari sumber tidak terlindung (sumur tidak terlindung 7.4%; mata air tidak terlindung 8.5%; air sungai 10.1% dan lainnya 0.5%). Meskipun ada lima Kabupaten/kota yang cakupan air perpipaannya di atas rerata nasional(4.0%), yakni Kaimana (6.7%), Teluk Wondama (23.7%), Manokwari (9.3%), Sorong Selatan(29.6%) dan Kota Sorong (6.5%), namun masih ada tiga Kabupaten yang sama sekali tidak menggunakannya termasuk Teluk Bintuni, Sorong dan Raja Ampat.

Tiga Kabupaten yang menggunakan leding eceran cukup besar jauh melebihi angka nasional (12.5%) yakni Fak(56.5 %) Manokwari (25.2%). dan Kota Sorong (25.3%). Ada dua Kabupaten/kota yang menggunakan air kemasan cukup tinggi melebihi angka nasional (6.5%) yakni Sorong Selatan (11.2%) dan Kota Sorong (36.1 %). Penggunaan air hujan di tiga Kabupaten cukup tinggi melebihi angka nasional (2.5%) dan rerata provinsi Papua Barat (10.8%) yakni Fakfak (21.6%) Teluk Bintuni (29.9%). dan Sorong (52.4%).

Persentase penggunaan jenis sumber air minum bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.83
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik
Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat.
Susenas 2008

Karakteristik	Jenis sumber air minum										
	Air kemasan	Ledeng eceran	Ledeng meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Tipe daerah											
Kota	25.3	37.3	8.7	2.1	13.7	2.7	0.63	0.8	1.1	6.6	1.1
Desa	0.7	4.9	12.0	3.6	14.8	10.3	12.7	12.7	15.1	13.1	0.2
Tingkat pengeluaran per kapita											
Kuintil-1	2.8	10.7	5.4	1.7	12.1	13.3	9.89	16.9	12.7	14.1	0.3
Kuintil-2	8.9	11.9	10.6	1.1	14.4	10.3	14.7	8.6	8.6	10.8	0.0
Kuintil-3	9.8	17.4	10.6	3.6	15.1	4.8	8.4	7.0	10.4	12.0	0.8
Kuintil-4	8.7	18.0	13.2	5.1	16.9	6.5	6.2	7.0	9.0	8.7	0.6
Kuintil-5	17.4	24.5	14.0	4.0	13.1	2.8	2.85	2.6	9.7	8.3	0.9

Pada tabel di atas tampak penggunaan air kemasan, ledeng eceran, dan ledeng meteran, lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. Sumber air minum di perdesaan lebih banyak menggunakan air hujan dan air sungai.. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita cenderung semakin menurun persentase rumah tangga yang menggunakan sumber air tidak terlindung (sumur tidak terlindung mata air tidak terlindung, air sungai dan lainnya)

Tabel 3.10.1.11 menggambarkan jenis tempat penampungan air untuk keperluan minum yang digunakan rumah tangga dan jenis pengolahan air minum yang dilakukan sebelum air tersebut dikonsumsi.

Tabel 3.84
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat.
Riskesdas 2008

Kabupaten/ Kota	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
Fakfak	14.0	79.5	6.4	2.3	98.3	8.5	0.6	1.1
Kaimana	32.0	59.3	8.7	8.2	94.4	2.6	0.0	0.4
Teluk Wondama	16.2	72.3	11.5	2.8	94.4	9.9	0.6	1.1
Teluk Bintuni	57.3	22.0	20.7	1.0	99.0	10.4	1.0	0.0
Manokwari	16.7	57.3	26.0	4.0	91.9	30.9	0.7	10.1
Sorong Selatan	32.1	54.3	13.6	3.2	97.9	24.7	0.0	0.0
Sorong	39.1	44.5	16.4	6.5	97.6	15.2	0.8	7.3
Raja Ampat	8.0	74.0	18.0	3.6	96.4	1.9	0.0	0.0
Kota Sorong	7.8	84.8	7.5	8.1	89.3	6.3	1.6	7.4
Papua Barat	20.6	67.3	12.0	5.0	94.2	10.6	0.7	3.4

Tempat penampungan air minum di propinsi Papua Barat sebagian besar menggunakan wadah tertutup (67.3%) dan tidak menggunakan penampungan (12.0%) sedangkan yang menggunakan wadah terbuka sebesar 20.6. Bila melihat persentasenya, Kabupaten dengan persentase penampungan air terbuka tinggi antara lain T. Bintuni (57.3%), Sorong (39.1%) Kaimana (32.0%) dan Sorong Selatan masing-masing 32.1%. Sedangkan untuk penggunaan air semua masyarakat sebelum mengkonsumsi terlebih dahulu air dimasak dengan rata-rata 94.2% melebihi angka nasional (91.2%). Terdapat 10.6% yang melakukan pengolahan dengan cara penyaringan dan 0.7% dengan membubuhkan bahan kimia, Kabupaten dengan persentase penyaringan tinggi adalah Manokwari (30.9%) dan Sorong Selatan (24.7%) sedangkan Kabupaten dengan persentase pembubuhan bahan kimia tinggi adalah Kota Sorong (1.6%), Teluk Bintuni (1.0%) dan Kabupaten Sorong (0.8%).

Persentase penggunaan tempat penampungan air dan pengolahan air sebelum dikonsumsi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.85
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan
Klasifikasi Desa di Provinsi Papua Barat.
Riskesdas 2008

Karakteristik	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
Tipe daerah								
Kota	12.8	78.7	8.4	5.9	91.4	10.5	1.3	6.6
Desa	24.9	61.0	14.1	4.6	95.6	10.6	0.4	1.8
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil-1	21.9	62.9	15.2	8.4	93.1	13.1	0.3	2.5
Kuintil-2	19.5	65.2	15.3	4.8	94.9	11.0	0.8	2.1
Kuintil-3	26.6	63.9	9.6	5.1	95.5	9.3	1.1	3.0
Kuintil-4	20.0	68.7	11.3	2.5	94.6	9.8	0.8	4.7
Kuintil-5	16.1	74.5	9.3	4.6	92.6	10.8	0.6	5.5

Persentase yang menggunakan wadah terbuka lebih banyak di perdesaan dibandingkan dengan di perkotaan, sedangkan yang tidak menggunakan penampungan lebih banyak di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. Dalam hal penyaringan air sebelum dikonsumsi tidak ada perbedaan yang mencolok antara perkotaan dan perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin kecil persentase yang menggunakan wadah terbuka.

Berdasarkan klasifikasi, ternyata lebih banyak orang desa dari orang kota yang mengkonsumsi air terlebih dahulu dimasak.

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses terhadap air bersih 'baik' apabila pemakaian air minimal 20 liter per orang per hari, sarana sumber air yang digunakan *improved*, dan sarana sumber air berada dalam radius 1 kilometer dari rumah. Data konsumsi air dan jarak ke sumber air berasal dari Riskesdas 2007/2008, sedangkan data jenis sarana air minum berasal dari Kor Susenas 2007. Sarana sumber air yang *improved* menurut WHO/Unicef adalah sumber air jenis perpipaan/ledeng, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan; selain dari itu dikategorikan *not improved*.

Tabel 3.10.1.13
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat.
Susenas dan Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Akses air bersih	
	Kurang	Baik*)
Fakfak	22.7	77.3
Kaimana	44.2	55.8
Teluk Wondama	58.5	41.5
Teluk Bintuni	79.4	20.6
Manokwari	34.2	65.8
Sorong Selatan	54.1	45.9
Sorong	56.8	43.2
Raja Ampat	66.1	33.9
Kota Sorong	44.6	55.4
Papua Barat	49.0	51.0

Catatan: *) 20 Ltr/org/Hari. dari sumber terlindung dalam jarak 1 Km

Berdasarkan kriteria tersebut, di Provinsi Papua Barat terdapat 51.0% yang mempunyai akses baik terhadap air bersih, namun masih di bawah angka nasional (62.4%) . Ada tujuh Kabupaten/kota dengan persentase akses baik terhadap air bersih di bawah rerata nasional, di antaranya lima di bawah angka provinsi. Angka terendah Teluk Bintuni (20.6%). disusul oleh Raja Ampat (33.9%) dan Teluk Wondama (41.5%).

Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.86
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat .Susenas dan
Riskesmas 2008

Karakteristik	Akses Air Bersih	
	Kurang	Baik*)
Tipe daerah		
Kota	37.3	62.7
Desa	55.1	44.9
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	58.8	41.2
Kuintil-2	52.6	47.4
Kuintil-3	45.7	54.3
Kuintil-4	39.0	61.0
Kuintil-5	41.9	58.1

Catatan: *) 20 Ltr/org/Hari. dari sumber terlindung dalam jarak 1 Km

Tabel di atas menunjukkan di perkotaan akses baik terhadap air bersih lebih tinggi (62.7%) dibandingkan dengan di perdesaan (44.9%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin besar persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih.

3.10.2 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 3.10.2.1
Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat. Susenas 2008

Kabupaten/kota	Jenis penggunaan fasilitas tempat Buang Air Besar			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tdk pakai
Fakfak	64.0	10.3	13.7	12.0
Kaimana	30.8	8.7	31.2	29.2
Teluk Wondama	14.3	18.4	7.1	60.1
Teluk Bintuni	53.1	27.6	9.2	10.2
Manokwari	55.4	12.2	8.8	23.6
Sorong Selatan	44.4	27.3	1.0	27.3
Sorong	79.7	4.9	8.9	6.5
Raja Ampat	12.3	5.3	36.8	45.6
Kota Sorong	60.5	21.6	10.9	7.0
Papua Barat	43.3	16.0	13.0	27.6

Tabel di atas menunjukkan rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri di Provinsi Papua Barat sebesar 43.3%, jauh di bawah angka nasional (60.0%). Beberapa Kabupaten dengan persentase penggunaan jamban sendiri rendah antara lain Kabupaten Sorong (79.7%), Fakfak (64.0%), Kota Sorong (60.5%) dan Manokwari (55.34%). Umumnya masyarakat menggunakan jamban sendiri kecuali di Kabupaten Raja Ampat lebih banyak menggunakan jamban umum.

Cakupan penggunaan jamban sendiri menunjukkan variasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.87.2
Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat, Susenas 2008

Karakteristik Rumah tangga	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tdk pakai
Tipe daerah				
Kota	62.9	22.2	8.4	6.5
Desa	32.4	12.7	15.8	39.1
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	22.8	11.7	16.8	48.7
Kuintil-2	32.0	17.8	18.4	31.8
Kuintil-3	48.9	16.9	10.4	23.9
Kuintil-4	50.3	17.1	11.8	20.8
Kuintil-5	62.7	16.8	8.0	12.5

Pada tabel di atas nampak persentase yang menggunakan jamban sendiri di perkotaan lebih tinggi (62.9%) dibandingkan dengan di perdesaan (32.4%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, secara tajam menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi persentase yang menggunakan jamban sendiri.

Tabel 3.10.2.3 menggambarkan berbagai jenis sarana pembuangan kotoran. Jenis sarana pembuangan kotoran dianggap 'saniter' bila menggunakan jenis leher angsa.

Tabel 3.10.2.3
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat, Susenas 2008

Kabupaten/kota	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Pleng-sengan	Cemplung/ cubluk	Tidak Pakai
Fakfak	68.8	15.6	15.6	0.0
Kaimana	80.1	2.2	1.7	16.0
Teluk Wondama	12.1	73.0	7.5	7.5
Teluk Bintuni	29.2	41.6	20.2	9.0
Manokwari	73.9	7.0	13.0	6.1
Sorong Selatan	36.1	15.3	37.5	11.1
Sorong	48.3	3.4	46.6	1.7
Raja Ampat	51.6	29.0	3.2	16.1
Kota Sorong	56.1	33.3	6.7	3.9
Papua barat	52.9	26.6	13.9	6.7

Tabel di atas menunjukkan bahwa rumah tangga yang menggunakan jamban jenis leher angsa di propinsi Papua Barat (52.9%), kecuali Kabupaten Teluk Wondama lebih

banyak masyarakatnya menggunakan jenis Plengsengan sebesar 73.0%, Kabupaten dengan cakupan jamban saniter rendah antara lain Teluk Wondama (12.1%). Teluk Bintuni (29.2%) dan Sorong Selatan (36.1%). Kabupaten dengan persentase rumah tangga tidak pakai jamban tinggi antara lain Raja Ampat (16.1%), Kaimana (16.0%) dan Sorong Selatan (11.1%).

Persentase penggunaan tempat buang air besar bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.88
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat.
Susenas 2008

Karakteristik	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng- sengan	Cemplung/ cubluk	Tidak pakai
Tipe daerah				
Kota	61.9	25.3	8.8	4.0
Desa	45.3	27.6	18.1	8.9
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	45.9	25.4	21.0	7.7
Kuintil-2	51.6	22.1	17.6	8.6
Kuintil-3	53.5	27.5	12.8	6.2
Kuintil-4	52.8	27.7	11.0	8.5
Kuintil-5	58.2	29.1	9.8	2.9

Persentase penggunaan jamban jenis leher angsa lebih tinggi di perkotaan (61.9%) dibandingkan dengan di perdesaan (45.3%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi yang menggunakan jamban jenis leher angsa. Kelompok kaya lebih banyak yang menggunakan leher angsa dibandingkan kelompok miskin.

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses sanitasi disebut 'baik' bila rumah tangga menggunakan sarana pembuangan kotoran sendiri dengan jenis sarana jamban leher angsa.

Tabel 3.89.2.5
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat. Susenas dan Riskesdas 2008

Kabupaten/kota	Akses sanitasi	
	Kurang	Baik*)
Fakfak	52.3	47.7
Kaimana	71.5	28.5
Teluk Wondama	100.0	0.0
Teluk Bintuni	83.7	16.3
Manokwari	59.1	40.9
Sorong Selatan	74.5	25.5
Sorong	66.1	33.9
Raja Ampat	96.4	3.6
Kota Sorong	59.2	40.8
Papua Barat	74.6	25.4

Catatan : *) Memiliki jamban jenis latrin

Berdasarkan kriteria pada tabel di atas menunjukkan bahwa rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi sebesar hanya 25.4% jauh di bawah angka nasional (46.0%). Terdapat hanya satu Kabupaten dengan akses baik terhadap sanitasi di atas rerata nasional, yakni Fakfak (47.7%)

Tabel 3.10.2.6
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat .Susenas dan Riskesdas 2008

Karakteristik	Akses Sanitasi	
	Kurang	Baik*)
Tipe daerah		
Kota	55.0	45.0
Desa	84.9	15.1
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	90.1	9.9
Kuintil-2	80.8	19.2
Kuintil-3	69.9	30.1
Kuintil-4	69.7	30.3
Kuintil-5	58.7	41.3

Catatan : *) Memiliki jamban jenis latrin

Selanjutnya tabel di atas menunjukkan persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi lebih tinggi di perkotaan (45.0%), tiga kali dibandingkan dengan di perdesaan (15.1%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi. Akses terhadap sanitasi yang layak

menunjukkan peningkatan sejalan dengan tingkat sosial ekonomi, terutama di perkotaan.

Tabel 3.90
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat.
Susenas 2008

Tempat Pembuangan Akhir Tinja						
Kabupaten/kota	Tangki/ SPAL	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
Fakfak	42.9	0.0	7.3	36.7	11.9	1.1
Kaimana	31.9	0.0	12.2	29.1	26.8	0.0
Teluk Wondama	4.8	3.5	51.2	10.1	30.4	0.0
Teluk Bintuni	22.4	1.0	20.4	39.8	11.2	5.1
Manokwari	59.1	1.3	8.7	11.4	15.4	4.0
Sorong Selatan	28.9	0.0	48.5	6.2	10.3	6.2
Sorong	38.7	4.8	4.0	42.7	9.7	0.0
Raja Ampat	32.7	0.0	9.1	10.9	43.6	3.6
Kota Sorong	81.6	3.4	4.4	4.1	6.5	0.0
Papua Barat	39.3	2.1	21.0	18.0	18.4	1.2

Persentase terbesar (39.3%) di Provinsi Papua Barat tempat pembuangan akhir tinja dibuang ke tangki septik/ SPAL. namun jauh di bawah angka nasional (49.3%). Persentase terendah di Kabupaten seperti Teluk Wondama (4.8%), disusul Teluk Bintuni (22.1%) dan Sorong Selatan (28.9%), pembuangan tinja yang dibuang ke sungai/laut cukup menonjol yang dapat mencemari sungai/laut dan air tanah. Persentase penggunaan sarana pembuangan akhir tinja saniter tertinggi ditemukan di Kota Sorong (81.6%) dan Manokwari (59.1%).

Tabel 3.10.2.8
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat.
Susenas 2008

Karakteristik Rumah tangga	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
Tipe daerah						
Kota	75.8	2.1	10.4	7.1	4.3	0.3
Desa	19.0	2.2	27.0	24.0	26.2	1.7
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	24.1	1.7	20.5	19.0	32.4	2.3
Kuintil-2	32.0	4.2	20.9	18.9	22.3	1.7
Kuintil-3	41.5	1.4	18.8	20.7	17.1	0.6
Kuintil-4	43.3	1.4	22.8	18.0	14.0	0.6
Kuintil-5	55.4	2.3	22.7	13.1	6.0	0.6

Persentase rumah tangga dengan penggunaan tempat pembuangan akhir tinjanya jenis tangki/SPAL (saniter) bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Pembuangan akhir tinja masyarakat kota lebih baik yaitu memakai tangki/SPAL sedangkan masyarakat pedesaan lebih banyak membuang tinja di sungai/laut. Persentase rumah tangga yang menggunakan tangki/SPAL sebagai tempat pembuangan akhir tinja lebih tinggi di perkotaan (75.8%) dibandingkan dengan di pedesaan (19.0%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi persentase yang menggunakan tangki/SPAL.

3.10.3 Sarana Pembuangan Air Limbah

Data penggunaan saluran pembuangan air limbah (SPAL) rumah tangga didapatkan dengan cara wawancara dan pengamatan.

Tabel 3.91
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah
Rumah Tangga Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat.
Riskesmas 2008

Kabupaten/kota	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk ada
Fakfak	53.2	14.5	32.4
Kaimana	18.9	6.4	74.6
Teluk Wondama	42.9	4.0	53.1
Teluk Bintuni	20.2	2.1	77.7
Manokwari	61.0	10.3	28.8
Sorong Selatan	22.6	11.8	65.6
Sorong	65.6	17.2	17.2
Raja Ampat	62.7	2.0	35.3
Kota Sorong	64.1	20.7	15.2
Papua Barat	46.3	10.6	43.1

Sebanyak 56.9% rumah tangga di Papua Barat tangga mempunyai sarana pembuangan air limbah (SPAL) di rumahnya, namun hampir separoh (46.3%) terbuka. Hal ini memungkinkan timbulnya genangan-genangan air di sekitar rumah sebagai *breeding places* vector penyakit. Terdapat 43.1% persentase rumah tangga tidak memiliki SPAL jauh lebih tinggi dari rerata nasional (24.9%) tertinggi adalah Kabupaten Teluk Bintuni (77.7%), disusul oleh Kaimana (74.6%) dan Sorong Selatan (65.6%).

Persentase rumah tangga yang tidak menggunakan SPAL bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.92
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah
Dan Klasifikasi Desa di Provinsi Papua Barat.
Risikesdas 2008

Karakteristik	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk ada
Tipe daerah			
Kota	60.5	19.5	20.1
Desa	38.6	6.0	55.4
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	42.1	7.8	50.1
Kuintil-2	40.8	5.9	53.3
Kuintil-3	44.5	10.5	45.1
Kuintil-4	52.1	10.8	37.0
Kuintil-5	47.9	20.3	31.8

Dari tabel di atas diketahui bahwa di daerah perdesaan, persentase rumah tangga yang tidak menggunakan SPAL dua kali lipat (55.4%) dibandingkan dengan di perkotaan (20.1%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tidak ada kecenderungan perbedaan persentase rumah tangga yang tidak memiliki SPAL dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

3.10.4 Pembuangan Sampah

Data pembuangan sampah meliputi ketersediaan tempat penampungan/ pembuangan sampah di dalam dan di luar rumah.

Tabel 3.930.4.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2008

Kabupaten/ Kota	Penampungan sampah dalam Rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Fakfak	10.8	15.9	73.3	6.3	36.0	57.7
Kaimana	0.0	3.0	97.0	1.5	11.9	86.6
Teluk Wondama	4.0	14.3	81.8	2.9	22.8	74.3
Teluk Bintuni	2.1	11.6	86.3	1.0	6.3	92.7
Manokwari	26.8	7.4	65.8	18.2	37.2	44.6
Sorong Selatan	12.2	15.3	72.4	1.0	45.4	53.6
Sorong	16.5	20.7	62.8	13.6	50.8	35.6
Raja Ampat	0.0	3.6	96.4	0.0	16.4	83.6
Kota Sorong	12.5	19.3	68.2	13.0	38.0	49.0
Papua Barat	8.8	13.3	77.9	6.9	28.9	64.2

Tabel di atas menunjukkan di Provinsi Papua Barat terdapat 22.2% rumah tangga (8.9% dan 13.3%) yang memiliki tempat sampah di dalam rumah dan 35.8% rumah tangga memiliki tempat sampah di luar rumah. Masih sangat sedikit yang mempunyai tempat penampungan sampah baik diluar rumah maupun di dalam rumah. Kabupaten yang paling tinggi tidak mempunyai tempat sampah di dalam rumah di Kaimana (97.0 %), sedangkan yang paling banyak tidak mempunyai sarana pembuangan sampah di luar rumah yaitu Teluk Bintuni (92.7%).

Persentase rumah tangga yang memiliki tempat sampah bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.94
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik Rumah tangga	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Tipe daerah						
Kota	15.2	15.6	69.2	11.6	37.4	51.0
Desa	5.5	12.1	82.4	4.2	24.4	71.4
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	4.7	10.2	85.1	2.0	24.5	73.5
Kuintil-2	8.1	12.6	79.2	7.9	23.9	68.3
Kuintil-3	8.5	13.6	78.0	8.5	28.2	63.4
Kuintil-4	12.1	17.7	70.1	5.7	35.1	59.2
Kuintil-5	12.0	12.5	75.5	11.2	35.9	52.9

Tabel di atas menunjukkan di perkotaan persentase rumah tangga yang memiliki tempat sampah lebih tinggi yakni 30.7% dalam rumah (15.2% dan 15.5%) dan 49.0% di luar rumah (11.6% dan 37.4%) dibandingkan dengan di perdesaan (17.6% dalam rumah dan 36.6% di luar rumah). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin banyak yang memiliki tempat sampah, baik di dalam maupun di luar rumah.

3.10.5 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 2007/2008. 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 3.11.5.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Susenas 2008

Kabupaten/kota	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	$> 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$	$< 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$
Fakfak	97.7	2.3	75.0	25.0
Kaimana	91.3	8.7	72.4	27.6
Teluk Wondama	80.4	19.6	38.0	62.0
Teluk Bintuni	77.6	22.4	63.3	36.7
Manokwari	93.3	6.7	64.4	35.6
Sorong Selatan	99.0	1.0	49.0	51.0
Sorong	85.5	14.5	74.4	25.6
Raja Ampat	83.9	16.1	69.6	30.4
Kota Sorong	92.2	7.8	60.1	39.9
Papua Barat	88.7	11.3	59.2	40.8

Tabel 3.10.5.1 di atas menunjukkan di Provinsi Papua Barat masih terdapat 11.3% rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan 40.8% dengan tingkat hunian padat. Dilihat dari Kabupaten, terdapat 5 Kabupaten dengan persentase lantai rumah tanah lebih dari rerata provinsi, tertinggi Teluk Bintuni (22.4%), disusul oleh Teluk Wondama (19.6%) dan Raja Ampat (16.1%). Sedangkan Kabupaten dengan persentase hunian padat lebih tinggi dari rerata antara lain Teluk Wondama (62.0%) dan Sorong Selatan (51.0%). Kepadatan hunian di provinsi Papua Barat sangat tinggi (40.8%) dibandingkan dengan angka nasional (15.1%)

Persentase rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan tingkat hunian padat bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.10.5.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah Dan
Kepadatan Hunian Dan Klasifikasi Desa, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	> 8 m ² /kapita	< 8 m ² /kapita
Tipe daerah				
Kota	93.7	6.3	60.5	39.5
Desa	85.8	14.2	58.5	41.5
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	86.1	13.9	37.2	62.8
Kuintil-2	90.2	9.8	50.8	49.2
Kuintil-3	89.4	10.6	57.7	42.3
Kuintil-4	88.8	11.2	67.2	32.8
Kuintil-5	88.6	11.4	83.2	16.8

Tabel 3.10.5.2 memperlihatkan persentase rumah tangga dengan lantai tanah di perdesaan dua kali lebih tinggi (14.2%) dibandingkan dengan di perkotaan (6.3%). sedangkan persentase rumah dengan kepadatan hunian tinggi di perkotaan lebih rendah (39.5%) dibandingkan dengan di perdesaan (41.5%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tidak ada kecenderungan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita dengan persentase rumah tangga yang lantai rumahnya tanah dan tingkat hunian padatnya.

Umumnya rumah tangga lantainya bukan tanah dengan kepadatan hunian tinggi, terutama pada kelompok masyarakat miskin.

Tablel 3.10.5.3 menunjukkan sebagian besar masyarakat Papua Barat yang masih memelihara ternak di dalam rumah yaitu ternak unggas terlihat Sorong Selatan 8.2%. serta ternak sedang seperti (Kambing/domba/babi dll) sebesar 2.8% yaitu T. Wondama. dan begitu juga dengan ternak besar (sapi/kerbau/kuda dll) sebesar 5.8 % di Kabupaten Sorong dan untuk ternak (anjing/kucing/kelinci) yaitu Sorong selatan 28.9%. Dari keterangan di atas ternak merupakan barang yang sangat berharga.

Tabel 3.953
Sebaran Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota di
Provinsi Papua Barat. 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
Fakfak	6.3	24.4	69.3	1.7	4.6	93.7	0.0	0.6	99.4	2.9	4.0	93.1
Kaimana	0.0	46.3	53.7	0.0	1.9	98.1	0.0	2.7	97.3	5.5	31.2	63.2
T.Wondama	3.9	32.5	63.6	2.8	3.9	93.3	0.6	2.8	96.6	12.9	37.3	49.8
T.Bintuni	5.2	35.1	59.8	1.0	8.2	90.7	0.0	3.1	96.9	12.4	26.8	60.8
Manokwari	3.4	22.3	74.3	2.0	17.0	81.0	0.7	7.4	91.9	16.6	19.3	64.1
Sorong Selatan	8.2	37.8	54.1	1.0	13.3	85.7	0.0	3.1	96.9	28.9	12.4	58.8
Sorong	6.5	46.3	47.2	1.6	8.9	89.4	5.8	24.0	70.2	9.8	17.2	73.0
Raja Ampat	1.9	43.4	54.7	0.0	5.8	94.2	0.0	0.0	100.0	7.7	48.1	44.2
Kota Sorong	3.1	11.7	85.2	1.3	5.2	93.5	0.0	0.0	100.0	11.7	8.3	80.0
Papua Barat	3.8	30.1	66.1	1.6	6.2	92.3	0.6	3.7	95.7	11.4	22.5	66.1

Tabel 3.96
Sebaran Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah
Tangga di Provinsi Papua Barat. Riskesdas 2008

Karakteristik	Ternak Unggas			Ternak Sedang (kambing/domba/babi dll)			Ternak Besar (sapi/kerbau/kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara
Tempat tinggal												
Kota	3.5	12.3	84.1	0.8	3.8	95.4	0.0	0.0	100.0	11.0	8.2	80.8
Desa	3.9	39.6	56.5	2.0	7.6	90.5	0.9	5.6	93.5	11.7	30.0	58.3
Tkt pengeluaran per kapita												
Kuintil-1	4.7	31.7	63.7	2.6	9.0	88.4	0.9	2.6	96.5	17.1	28.5	54.4
Kuintil-2	5.9	30.2	64.0	1.7	9.2	89.1	0.8	3.9	95.2	18.8	17.6	63.6
Kuintil-3	2.3	32.9	64.9	1.7	4.2	94.1	0.6	5.4	94.1	8.8	22.8	68.4
Kuintil-4	3.1	29.5	67.4	0.0	5.4	94.6	0.6	4.5	94.9	7.7	22.2	70.2
Kuintil-5	3.2	21.0	75.8	2.0	3.8	94.2	0.9	2.3	96.8	6.2	19.1	74.8

DAFTAR PUSTAKA

1. ----- Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi. <http://www.klinikpria.com/datatopik/hipertensi.htm>. 2005
2. ----- Hipertensi. <http://www.medicastore.com/penyakit/hiperten.htm>. 9/20/2002
3. Abas B. Jahari, Sandjaja, Herman Sudiman, Soekirman, Idrus Jus'at, Fasli Jalal, Dini Latief, Atmarita. Status gizi balita di Indonesia sebelum dan selama krisis (Analisis data antropometri Susenas 1989 - 1999). Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII. Jakarta 29 Februari - 2 Maret 2000.
4. AMA (American Medical Association), 2001, Depression Linked With Increased Risk of Heart Failure Among Elderly With Hypertension, http://www.medem.com/MedLB/article_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub_cat=73 8/24/2002.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular, Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Kesehatan Ibu dan Anak*.
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil*.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan Data Susenas 2001: *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*. Tahun 2002
10. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003*. ORC Macro 2002-2003.
11. Balitbangkes. Depkes RI. Operational Study an Integrated Community-Based Intervention Program on Common Risk Factors of Major Non-communicable Diseases in Depok Indonesia, 2006.
12. BPS 2006. Penduduk Papua Barat menurut Jenis Kelamin per Kabupaten/kota Tahun 2004 – 2006
13. BPS 2007. Piramid Penduduk Indonesia 2007
14. BPS 2007. Persen Penduduk Miskin – 2007 Indonsia 2007
15. Basuki, B & Setianto, B. Age, Body Posture, Daily Working Load, Past Antihypertensive drugs and Risk of Hypertension : A Rural Indonesia Study. 2000.
16. Bedirhan Ustun. The International Classification Of Functioning, Disability And Health – A Common Framework For Describing Health States. p.344-348, 2000
17. Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary.Geneva World Health Organization, 2001

18. 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
19. 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.
20. 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.
21. 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
22. CDC. State – Specific Trend in Self Report 3d Blood Pressure Screening and High Blood Pressure – United States, 1991 – 1999. 2002. *MMWR*, 51 (21) : 456.
23. CDC. State-Specific Mortality from Stroke and Distribution of Place of Death United States, 2002. *MMWR*, 51 (20), : 429 .
24. Darmojo, B. Mengamati Penelitian Epidemiologi Hipertensi di Indonesia. Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI , 2000.
25. Departemen Kesehatan R.I, 1999, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta: Depkes RI
26. Departemen Kesehatan R.I, 2003, *Pemantauan Pertumbuhan Balita*, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat, Depkes RI
27. Departemen Kesehatan R.I. 2003. Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/kota Sehat. Jakarta: Departemen Kesehatan.
28. Departemen Kesehatan R.I. *Panduan Pengembangan Sistem Surveilans Perilaku Berisiko Terpadu*. Tahun 2002
29. Departemen Kesehatan R.I. Pusat Promosi Kesehatan. *Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/kota Sehat*. Tahun 2002
30. Departemen Kesehatan RI. SKRT 1995. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 1997
31. Departemen Kesehatan, Direktorat Epim-Kesma. Program Imunisasi di Indonesia, Bagian I, Jakarta, Depkes, 2003.
32. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta. 2001.
33. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta 2004.
34. Djaja, S. et al. Statistik Penyakit Penyebab Kematian, SKRT 1995
35. George Alberty. Non Communicable Disease. Tomorrow’s pandemic. Bulletin WHO 2001; 79/10: 907.
36. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. 1995
37. 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.

38. International Classification Of Functioning, Disability And Health (ICF).World Health Organization, Geneva, 2001
39. 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,
40. Janet. AS. Diet Obesitas dan hipertensi. <http://www.surya.co.id /31072002 /10a.phtml>. 2002
41. Kaplan NM. Clinical Hipertension, 8th Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.
42. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : Clinical Hypertention, 7th Ed. Baltimore : Williams and Wilkins Inc. 1998 : 41-132
43. Kristanti CM, Dwi Hapsari, Pradono J dan Soemantri S, 2002. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Analisis Data . Survei Kesehatan Rumah Tangga
44. Kristanti CM, Suhardi, dan Soemantri S, 1997. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga.
45. Leonard G Gomella, Steven A Haist. Clinicians Pocket Reference, Mc. Grawhill Medical Publishing division, International edition, NY, 2004
46. Mansjoer, A, dkk. Hipertensi di Indonesia .Kapita Selekt Kedokteran 1999 :518 – 521.
47. Muchtar & Fenida. Faktor-faktor yang berhubungan Dengan Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Hipertensi Ringan dan Sedang yang berobat di poli Ginjal Hipertensi, 1998.
48. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge
49. 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
50. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
51. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
52. Petunjuk Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI., 2004
53. *Policy Paper for Directorate General of Public Health, June 2002*
54. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2005
55. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
56. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
57. Resolution WHA56.1.WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: Fifty-sixth World Health Assembly. 19-28 May 2003.Geneva, World Health Organization, 2003
58. 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

59. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2007
60. Rose Men's. How To Keep Your Blood Pressure Under Control. News Health Recourse, 1999
61. S.Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001
62. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan. Jakarta, 7-8 Desember 2005.
63. 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.
64. 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*
65. 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*
66. 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,
67. *Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999*
68. Sinaga, S. dkk. Pola Sikap Penderita Hipertensi Terhadap Pengobatan Jangka Panjang, dalam Naskah Lengkap KOPAPDI VI, 1984, Penerbit UI-PRESS : 1439.
69. SK Menkes RI Nomor : 736a/Menkes/XI/1989 tentang Definisi Anemia dan batasan Normal Anemia
70. Sobel, BJ. & Bakris GL. Hipertensi, Pedoman Klinik Diagnosis & Terapy. 1999 : 13
71. 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.
72. Sri Hartini KS Kariadi. Laju Konversi Toleransi Glukosa Terganggu menjadi Diabetes di Singaparna, Jawa Barat. Disampaikan pada Konggres Nasional ke 5. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, Bandung 9 – 13 April 2000 (SX111-1)
73. Sunyer FX. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med.* 1993 : 119.
74. 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.
75. Syah, B. Non-communicable Disease Surveillance and Prevention in South-East Asia Region, 2002.
76. 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.
77. The WHO STEPwise approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases 2003. *STEPS Instrument for NCD Risk Factors (Core and expanded Version 1.3.)*

78. Tim survei Depkes RI, Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996, Depkes RI, Jakarta;1997,
79. 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.
80. 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.
81. WHO, 1995. *Oral Health Care, Needs of the Community. A Public Health Report*.
82. 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
83. WHO. Auser's guide to the self reporting questionnaire.Geneva.1994.
84. WHO/SEARO. Surveillance of Major Non-communicable Diseases in South – East Asia Region, Report of an Inter-country Consultation, 2005.
85. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 1999
86. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 2003
87. World Health Organization, 2003, *The World Health Survey Programme*, Geneva.
88. World Health Organization. 2003. The Surf Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current of global data. Geneva: WHO. p.15.
89. World Health Organization: International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Based on The Recommendation of The Ninth Revision Conference 1975 and Adopted by The Twenty Ninth WHA, 1997, volume 1.

LAMPIRAN