



POKOK-POKOK HASIL RISET KESEHATAN DASAR

RISKESDAS 2013

PROVINSI MALUKU UTARA

PENYUSUN:

Noor Edi Widya Sukoco

Ervan

Yunita Fitrianti

**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2013**

Cetakan Pertama, Desember 2013

Hak Cipta dilindungi oleh Undang Undang
All right reserved

Kementerian Kesehatan RI, Pokok Pokok Hasil Riskesdas Provinsi Maluku Utara 2013

Penulis : Noor Edy Widya Sukoco, Ervan, Yunita Fitrianti

Layout : Andi Maharany Patta Katy

Desain Sampul : Suci Wiji Lestari

Editor : Susilowati Herman, Agus Suprpto
C-1 Jakarta

Lembaga Penerbitan Badan Litbangkes, 2013, 259 hlm. Uk 21 cm x 29,7 cm

Diterbitkan oleh :

Lembaga Penerbitan

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Kementerian Kesehatan RI

Anggota IKAPI No. 468/DKI/XI/2013

Jl. Percetakan Negara No 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon : (021) 4261088 Ext.123 Faksimilie (021) 4243933

Email: LPB@litbang.depkes.go.id; Website: terbitan.litbang.depkes.go.id

Didistribusikan oleh :

Tim Riskesdas 2013

Copyright (C) 2013 pada Lembaga Penerbitan Badan Litbangkes Jakarta

Sanksi Pelanggaran Undang undang Hak Cipta 2002

1. Barang siapa dengan sengaja tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 100.000.000,00 (seratus juta rupiah)
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil Hak Cipta Sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana penjara paling lama 5 (lima) tahun/atau denda paling banyak Rp. 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang senantiasa memberikan rahmat, taufik dan hidayah-Nya, sehingga Riset kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 Maluku Utara telah selesai dilaksanakan. Riskesdas merupakan kegiatan penggalian informasi kesehatan masyarakat dan berbagai faktor yang mempengaruhinya, dengan melakukan wawancara dan pemeriksaan anggota rumah tangga serta observasi langsung ke rumah warga. Kegiatan ini menghasilkan informasi status kesehatan masyarakat yang representatif untuk tingkat kabupaten dan kota serta dapat dimanfaatkan untuk dasar perencanaan pembangunan kesehatan. Laporan riset disajikan dalam 2 (dua) buku, yaitu :

Buku 1 : Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013 Provinsi Maluku Utara

Buku 2 : Riskesdas 2013 Dalam Angka Provinsi Maluku Utara

Buku 1, berisi penjelasan tentang latar belakang, tujuan, konsep dan metode Riskesdas yang diikuti dengan penjelasan hasil analisis indikator penting pembangunan kesehatan. Analisis disajikan secara deskriptif dan menampilkan pola kecenderungan perubahan indikator 2007–2013. Informasi kecenderungan dapat dimanfaatkan untuk mengevaluasi capaian program, sehingga dapat diidentifikasi kemajuan kinerja provinsi, kabupaten dan kota, guna perbaikan yang dibutuhkan. Laporan Riskesdas 2013 dapat diunduh melalui website Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan www.litbang.depkes.go.id.

Buku 2, memberikan data lebih detail tentang berbagai angka variabel atau indikator dalam beberapa jenis ukuran untuk mempertajam penjelasan buku 1.

Kedua buku ini merupakan satu kesatuan, pembaca disarankan membaca buku 1 untuk mendapatkan gambaran komprehensif mengenai Riskesdas dan buku 2 untuk memperoleh informasi lebih rinci.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Gubernur, Bupati, Walikota, Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota, BPS Provinsi/Kota, Poltekkes, Perguruan Tinggi, Lembaga Penelitian Daerah, Organisasi Provinsi dan berbagai institusi yang membantu kelancaran Riskesdas 2013. Ungkapan serupa juga kami tujukan kepada para Penanggung Jawab Provinsi, Kabupaten/Kota, Editor, Administrasi, Logistik, Enumerator dan Penunjuk Jalan di lapangan, sehingga pelaksanaan Riskesdas 2013 dapat berjalan lancar. Kontribusi semua pihak dari tahap persiapan, pembuatan instrumen, pengumpulan dan analisis data serta penulisan laporan sangat kami apresiasi.

Semoga laporan ini dapat dimanfaatkan bagi para pembaca dan semoga Allah SWT melimpahkan barokah-Nya kepada kita.

Kepala Pusat Humaniora,
Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
Selaku Koordinator Wilayah III Riskesdas 2013



drg. Agus Suprpto, MKes.

KATA SAMBUTAN

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN RI

Dalam lima tahun terakhir ini Pembangunan Kesehatan telah diperkuat dengan tersedianya data dan informasi yang dihasilkan oleh Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas. Tiga Riskesdas telah dilaksanakan di Indonesia, masing-masing pada tahun 2007, 2010, dan 2013.

Riskesdas 2013 berbasis komunitas, mencakup seluruh provinsi di Indonesia dan menghasilkan data serta informasi yang bermanfaat bagi para pengelola dan pelaksana pembangunan kesehatan. Dengan adanya data dan informasi hasil Riskesdas, maka perencanaan dan perumusan kebijakan kesehatan serta intervensi yang dilaksanakan akan semakin terarah, efektif dan efisien.

Saya minta agar segenap pengelola dan pelaksana pembangunan kesehatan memanfaatkan data dan informasi yang dihasilkan Riskesdas dalam merumuskan kebijakan dan mengembangkan program kesehatan, demi terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Saya juga mengundang para pakar perguruan tinggi, para pemerhati kesehatan, para peneliti Badan Litbangkes, dan para anggota APKESI (Asosiasi Peneliti Kesehatan Indonesia) untuk mengkaji hasil Riskesdas 2013, guna mengidentifikasi asupan bagi peningkatan Pembangunan Kesehatan dan penyempurnaan Sistem Kesehatan Nasional. Dengan demikian dapat dikembangkan tatanan kesehatan yang semakin baik bagi Rakyat Indonesia.

Ucapan selamat dan apresiasi saya sampaikan kepada para responden, enumerator, para penanggung jawab teknis Badan Litbangkes dan Poltekkes, para penanggung jawab operasional dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, para pakar dari universitas dan BPS, serta semua pihak yang terlibat dalam Riskesdas 2013 ini. Peran dan dukungan anda sangat penting dalam mendukung upaya menyempurnakan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi Pembangunan Kesehatan di negeri ini.

Semoga buku ini bermanfaat.

Billahitaufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, 1 Desember 2013
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI



Dr. dr. Trihono, MSc

RINGKASAN EKSEKUTIF

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 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, SDKI, Riskesdas 2007 dan mencakup aspek kesehatan yang lebih luas. Riskesdas 2013 dilaksanakan untuk menjawab pertanyaan tentang status kesehatan masyarakat di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota, faktor-faktor yang melatarbelakanginya dan masalah kesehatan masyarakat yang spesifik di setiap wilayah.

Metodologi

Populasi dalam Riskesdas 2013 di Provinsi Maluku Utara adalah seluruh rumah tangga biasa yang mewakili 9 kabupaten/kota. Sampel rumah tangga dalam Riskesdas 2013 dipilih berdasarkan *listing* Sensus Penduduk (SP) 2010. Proses pemilihan rumah tangga dilakukan BPS dengan *two stage sampling*, sama dengan metode pengambilan sampel Riskesdas 2007/Susenas 2007.

Riskesdas memilih BS yang telah dikumpulkan SP 2013. Pemilihan BS dilakukan sepenuhnya oleh BPS dengan memperhatikan status ekonomi, dan rasio perkotaan/perdesaan. Secara ukuran provinsi jumlah sampel yang dipilih untuk kesehatan masyarakat adalah sebesar 158 BS dengan 3.950 rumah tangga, sedang untuk sampel biomedis adalah sebesar 3 BS dengan 75 rumah tangga.

Dari setiap Kabupaten/Kota diambil sejumlah BS yang *representative* (mewakili) rumah tangga/anggota rumah tangga di provinsi tersebut. Riskesdas 2013 berhasil mengumpulkan data dari seluruh BS. Dengan demikian dari 161 BS yang terpilih, semua BS berhasil dikunjungi (100%).

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 25 (dua puluh lima) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*). Pemilihan sampel rumah tangga ini dilakukan oleh Penanggung Jawab Tehnis Kabupaten yang sudah dilatih.

Untuk sampel biomedis, penarikan sampel dilakukan secara stratified random sampling dengan strata berdasarkan besarnya angka prevalensi malaria dan TB-paru hasil Riskesdas 2007. Sampel untuk pengukuran merupakan sub-sampel dari 1000 BS yang mewakili nasional. Pemeriksaan biomedis meliputi pemeriksaan glukosa darah, hemoglobin dan malaria. Pemeriksaan dilakukan langsung di lapangan sedangkan untuk pengambilan sampel biomedis meliputi pengambilan sampel darah, urin, dan air.

Ringkasan Hasil

Akses Pelayanan Kesehatan

Dalam analisis ini, akses pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yaitu: (1) Keberadaan Fasilitas Kesehatan dan (2) Keterjangkauan Fasilitas Kesehatan.

- Pengetahuan rumah tangga tentang keberadaan fasilitas kesehatan yang terbanyak adalah puskesmas atau pustu (91,9%) dan terendah adalah poskesdes atau poskestren (6,3%).

Sedangkan pengetahuan rumah tangga tentang poskesdes atau posketren yang terbanyak (17%) dan terendah (0%). Poskesdes atau Posketren merupakan salah satu Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), sehingga peran masyarakat atau pondok pesantren yang mendirikan dan memiliki fasilitas tersebut.

- Pengetahuan rumah tangga tentang fasilitas kesehatan tersebut menurut karakteristik tipe daerah bahwa puskesmas atau puskesmas pembantu di perkotaan sebanyak 93,8 persen dan di perdesaan sebanyak 91,2 persen, sedangkan pengetahuan tentang keberadaan poskesdes atau posketren di perkotaan sebanyak 8,9 persen dan di perdesaan sebanyak 5,3 persen.
- Pengetahuan rumah tangga tentang waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan dihitung dalam bentuk menit yang dibuat menjadi 4 kategori yaitu ≤ 15 menit; 16 – 30 menit; 31-60 menit dan > 60 menit. Sedangkan biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan dalam mata uang rupiah dibuat 4 kategori yaitu ≤ 10.000 ; $>10.000 - 50.000$; $>50.000 - 200.000$ dan >200.000 .
- Pengetahuan rumah tangga menuju ke rumah sakit pemerintah yang terbanyak menggunakan kendaraan umum (44,3%), sepeda motor (25,2%), dan lebih dari satu moda (17,55%). Pengetahuan rumah tangga yang menggunakan moda transportasi menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut kabupaten terbanyak menggunakan sepeda motor 36,4 persen; kendaraan umum 28,9 persen; jalan kaki 17,2 persen; lebih dari 1 moda transportasi 7,8 persen; perahu 4,5 persen; lainnya 3,8 persen; mobil pribadi 1,2 persen; dan sepeda 0,1 persen.
- Waktu tempuh menuju rumah sakit pemerintah <16 menit sejumlah 18,3 persen, 16-30 menit sejumlah 30,5 persen, 31-60 menit sejumlah 14,1 persen dan >60 menit sejumlah 37 persen. Waktu tempuh rumah tangga menuju puskesmas dan puskesmas pembantu terbanyak dengan waktu <16 menit sejumlah 56,8 persen dan >60 menit sejumlah 8,2 persen. Waktu tempuh rumah tangga menuju posyandu paling tinggi <16 menit (94,4%) dan paling rendah 31-60 menit (0,1%). Waktu tempuh rumah tangga menuju polindes secara provinsi paling tinggi kurang dari 16 menit (96%) dan paling rendah 31-60 menit dan >60 menit, masing-masing 0,7 persen.
- Biaya yang dikeluarkan oleh rumah tangga untuk menuju rumah sakit pemerintah di Provinsi Maluku Utara terbanyak adalah \leq Rp. 10.000 (39,7%) dan terendah adalah >50.000 (26,7%). Biaya transportasi sekali jalan menuju puskesmas atau puskesmas pembantu. Biaya yang dikeluarkan oleh rumah tangga di Provinsi Maluku Utara paling banyak \leq Rp. 10.000 (74,7%) dan paling sedikit $>$ Rp. 50.000 (2,1%). Biaya transportasi rumah tangga sekali jalan menuju posyandu menurut kabupaten terbanyak dengan biaya \leq Rp.10.000 (99,1%) dan terendah $>$ Rp.10.000 (0,8%).

Farmasi dan Pelayanan Kesehatan Tradisional

Bahasan Farmasi dan Pelayanan Kesehatan Tradisional (Yankestrad) meliputi Penyimpanan obat dan obat tradisional (OT) di Rumah Tangga, Pengetahuan Rumah Tangga tentang obat generik, dan Pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional (yankestra).

- Rumah tangga di Maluku Utara menyimpan obat untuk pengobatan sendiri (swamedikasi), dengan proporsi tertinggi (39,6%) dan terendah (17,2%).
- Rumah tangga yang menyimpan obat untuk swamedikasi menunjukkan 25,1 persen terdapat obat keras, obat bebas, antibiotika, obat tradisional dan obat-obat yang tidak teridentifikasi. Secara provinsi proporsi RT yang menyimpan obat keras 58,3 persen dan antibiotika 53,9 persen. Adanya obat keras dan antibiotika untuk swamedikasi menunjukkan penggunaan obat yang tidak rasional.
- Rumah tangga menyimpan antibiotika dan obat keras yang diperoleh tanpa resep dokter, 82 persen rumah tangga menyimpan obat keras yang diperoleh tanpa resep. Proporsi tertinggi 88% dan terendah 65,5%. Delapan puluh lima koma sembilan persen (85,9%) rumah tangga menyimpan antibiotika tanpa resep.

- Terdapat 19,2 persen rumah tangga yang mengetahui atau pernah mendengar mengenai obat generik (OG). Dari jumlah tersebut, sebagian besar (85,4%) tidak memiliki pengetahuan yang benar tentang OG. Persepsi tentang OG menunjukkan 85,6 persen rumah tangga mempunyai persepsi OG sebagai obat murah dan 63,3 persen obat program pemerintah. Sejumlah 42,4 persen rumah tangga mempersepsikan OG berkhasiat sama dengan obat bermerek. Persepsi tersebut perlu di promosikan lebih gencar untuk mendorong penggunaan OG lebih luas dan lebih baik dimasyarakatkan. Proporsi rumah tangga dengan persepsi bahwa OG adalah obat tanpa merek dagang, paling rendah (16,95), padahal persepsi tersebut adalah salah satu persepsi benar yang diharapkan diketahui masyarakat luas.
- Sejumlah 9,4 persen rumah tangga di Indonesia memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir. Jenis Yankestrad yang dimanfaatkan oleh rumah tangga terbanyak adalah keterampilan tanpa alat (65,7%) dan ramuan (41,9%).
- Proporsi rumah tangga dengan alasan utama 'coba-coba' cukup tinggi untuk Yankestrad keterampilan dengan alat (20,7%), perlu diwaspadai kemungkinan terjadinya dampak negatif dari penggunaan alat yang belum terstandarisasi. Alasan utama karena 'tradisi kepercayaan' terlihat dominan pada pemanfaatan Yankestrad keterampilan tanpa alat (21,7%).

Kesehatan Lingkungan

Bahasan Kesehatan Lingkungan meliputi Air minum dan keperluan Rumah Tangga, Fasilitas buang air besar Rumah Tangga, Perumahan, dan Kesehatan Perumahan dan Pemukiman.

- Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sumber air minum *improved* di Provinsi Maluku Utara adalah sebesar 78,2 persen. Pada rumah tangga yang menggunakan sumber air selain air sungai/danau/irigasi, pemakaian air per orang per hari oleh rumah tangga di Provinsi Maluku Utara, pada umumnya berjumlah antara 50 sampai 99,9 liter (33,2%), dan antara 100 sampai 300 liter (29,4%). Secara kualitas fisik, air minum yang dikonsumsi oleh rumah tangga di Provinsi Maluku Utara pada umumnya termasuk dalam kategori baik, tidak keruh (97,2%), tidak berwarna (98,5%), tidak berasa (95,7%), tidak berbusa (99,3%), dan tidak berbau (98,8%).
Untuk akses terhadap fasilitas tempat buang air besar (sanitasi) digunakan kriteria JMP WHO - Unicef tahun 2006. Menurut kriteria tersebut, rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* adalah rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB milik sendiri, jenis tempat BAB jenis leher angsa atau plengsengan, dan tempat pembuangan akhir tinja jenis tangki septik.
- Rumah tangga di Provinsi Maluku Utara menggunakan fasilitas BAB milik sendiri (60,2%), milik bersama (5,1%), dan fasilitas umum (15,7%). Meskipun sebagian besar rumah tangga di Provinsi Maluku Utara memiliki fasilitas BAB, masih terdapat rumah tangga yang tidak memiliki fasilitas BAB sehingga melakukan BAB sembarangan, yaitu sebesar 19,0%.
- Pada umumnya rumah tangga di Provinsi Maluku Utara menempati rumah milik sendiri (85,0%). Masih terdapat rumah tangga yang menempati rumah dengan cara kontrak dan sewa, menempati rumah milik orang lain, milik orang tua/sanak/ saudara maupun rumah dinas.
- Proporsi rumah tangga di Provinsi Maluku Utara yang termasuk ke dalam kriteria tidak padat adalah sebesar 87,5 persen. Proporsi rumah tangga dengan atap rumah terluas berplafon adalah sebesar 37,1 persen, dinding terbuat dari tembok sebesar 69,8 persen, dan lantai bukan tanah sebesar 92 persen.

Penyakit Menular

Bahasan Penyakit Menular meliputi: Penyakit yang ditularkan melalui udara (ISPA, Pneumonia/radang paru, Tuberkulosis), dan Penyakit yang ditularkan melalui makanan (Hepatitis, Diare), dan Penyakit yang ditularkan oleh vektor (malaria).

- Kab/Kota dengan ISPA tertinggi adalah Pulau Morotai (26,8 %), Kepulauan Sula (26.6 %) dan Halmahera Timur (20,1 %). Kabupaten/Kota yang mempunyai insiden dan prevalensi pneumonia tertinggi untuk semua umur adalah Halmahera Tengah (7 %), Kepulauan Sula (4,9 %), dan Halmahera Barat (3,2%). Prevalensi penduduk Maluku Utara yang didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan tahun 2013 adalah 0.2 persen, menurun dibandingkan dengan prevalensi TB pada tahun 2007.
- Prevalensi hepatitis Indonesia tahun 2013 adalah 1,7 persen, sama dengan prevalensi tahun 2007. *Period prevalen* diare pada Riskesdas 2013 (2,9%) lebih kecil dari Riskesdas 2007 (4,4%).
- Insiden Malaria pada penduduk Indonesia tahun 2013 adalah 3,2 persen menurun dibanding tahun 2007 (7,32%). Prevalensi malaria tahun 2013 adalah 8,1 persen.

Penyakit Tidak Menular

- Bahasan dalam Penyakit Tidak Menular meliputi Penyakit Asma, Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK), Penyakit Kanker, Diabetes Melitus, Hipertensi/Tekanan Darah Tinggi, Penyakit jantung, Stroke, Penyakit ginjal, Penyakit sendi/ rematik/ encok.
- Informasi prevalensi asma, PPOK, dan kanker di Maluku Utara masing-masing 5 persen, 5,2 persen, dan 1,2 per mil.
- Prevalensi diabetes dan hipertiroid di Maluku Utara berdasar wawancara yang terdiagnosis dokter sebesar 1,2 persen dan 0,2 persen.
- Prevalensi jantung koroner berdasar wawancara terdiagnosis dokter di Maluku Utara sebesar 0,2 persen, dan berdasar terdiagnosis dokter dan gejala sebesar 1,7 persen.
- Prevalensi gagal ginjal kronis berdasar didiagnosis dokter di Maluku Utara sebesar 0,2 persen.

Cedera

Bahasan Cedera meliputi Prevalensi Cedera dan penyebabnya, Jenis Cedera, dan Tempat Terjadinya Cedera.

- Prevalensi cedera secara Propinsi Maluku Utara sebesar 6,5 persen masih di bawah prevalensi nasional (8,2 persen). Penyebab cedera terbanyak yaitu jatuh (41,3 persen) dan kecelakaan sepeda motor (38,6 persen). Adapun penyebab cedera yang mempunyai angka proporsi lebih dari 0 meliputi terkena benda tajam/mesin (8,9 persen), transportasi darat lain (4,5 persen) dan kejatuhan (4,5 persen). Sedangkan untuk penyebab yang belum disebutkan proporsinya kecil (dibawah 0).
- Proporsi jenis cedera di Propinsi Maluku Utara didominasi oleh luka lecet/memar sebesar 68,9 persen. Jenis cedera terbanyak ke dua adalah luka iris/robek, rata-rata di Propinsi Maluku Utara 26,0 persen. Terkilir/teregang menduduki urutan ketiga jenis cedera terbanyak. Jenis cedera lainnya proporsinya kecil, patah tulang 7,5 persen, anggota tubuh terputus, cedera mata dan gegar otak masing-masing proporsinya 0,6 persen, 0,2 persen dan 0,2 persen.
- Di Propinsi Maluku Utara, cedera yang terjadi paling banyak terjadi di jalan raya yaitu 43,3 persen selanjutnya di rumah (30,3 persen), area pertanian (15,0 persen) dan sekolah (3,7 persen).

Kesehatan Gigi dan Mulut

Bahasan Kesehatan Gigi dan Mulut meliputi: *Effective Medical Demand* Menurut Kabupaten/Kota, Perilaku Menyikat Gigi Penduduk Umur ≥ 10 Tahun menurut Kabupaten/Kota, Indeks *DMF-T* dan Komponen *D-T, M-T, F-T*, menurut Kabupaten/Kota.

- Penduduk Maluku Utara menyatakan mempunyai masalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir (*potential demand*) sebesar 26,9 persen. Diantara yang bermasalah gigi dan mulut, terdapat 19,3 persen yang menerima perawatan dan pengobatan dari tenaga medis (perawat gigi, dokter gigi atau dokter gigi spesialis). Secara keseluruhan keterjangkauan/kemampuan untuk mendapatkan pelayanan dari tenaga medis gigi/EMD sebesar 5,2 persen.
- Penduduk yang tidak bermasalah terhadap gigi dan mulut sebesar 73,1 persen, namun 26,9 persen penduduk mengalami masalah terhadap kesehatan gigi dan mulut. Dari 26,9 persen yang bermasalah tersebut 80,7 persen tidak dilakukan perawatan dan 19,3 persen dilakukan perawatan. Dari 19,3 persen penduduk yang menjalani perawatan gigi, EMD-nya 5,2 persen.
- Penduduk yang berobat gigi ke dokter spesialis terbanyak berada di Ternate sebesar 11 persen dan Halmahera Utara sebanyak 7,8 persen. Pada umumnya responden datang ke dokter gigi yang banyak berada di kota besar, seperti di Ternate sebanyak 74,1 persen, diikuti oleh Halmahera Timur sebesar 53,5 persen.
- Sebagian besar (88%) penduduk Maluku Utara umur 10 tahun keatas mempunyai kebiasaan menyikat gigi setiap hari. Sebagian besar penduduk Maluku Utara (89,7%) menyikat gigi pada saat mandi pagi. Sebagian besar penduduk juga menyikat gigi pada saat mandi sore, yaitu sebesar 72%.
- Indeks DMF-T meningkat seiring dengan bertambahnya umur yaitu sebesar 0,83 pada kelompok umur 12 tahun, kemudian 1,54 pada umur 15 tahun, 0,79 pada umur 18 tahun; 3,94 pada umur 34-44 tahun; 5,86 pada umur 45-54 tahun; 11,05 pada umur 55-64 tahun dan 18,82 pada umur 65 tahun keatas, yang berarti kerusakan rata-rata 19 gigi per orang.

Disabilitas

Informasi disabilitas dapat dimanfaatkan untuk menyusun prioritas, mengukur dampak dan mengevaluasi efektivitas dan kinerja sistem kesehatan.

- Kesulitan berjalan jauh dialami oleh 12 dari 100 penduduk Indonesia termasuk 5,3% dengan level sedang hingga berat, diikuti oleh kesulitan berdiri selama 30 menit. Kesulitan membersihkan diri dialami oleh hampir 7% penduduk, termasuk 1,5% dengan level sedang hingga tidak mampu membersihkan diri / mandi tanpa dibantu.
- Prevalensi yang diperoleh dari jawaban 3,4,5 (Sulit mempelajari/ mengerjakan hal-hal baru, seperti untuk menemukan tempat/alamat baru, mempelajari permainan, resep baru; Sulit dapat berperan serta dalam kegiatan masyarakat, misalnya dalam kegiatan keagamaan, sosial; Seberapa besar masalah kesehatan yang dialami mempengaruhi keadaan emosi) pada salah satu dari 12 komponen disabilitas menunjukkan 11,3 % penduduk mengalami kesulitan.

Kesehatan Jiwa

Bahasan Kesehatan Jiwa meliputi Gangguan Jiwa Berat, dan Gangguan Mental Emosional. Gangguan jiwa berat dikenal dengan sebutan psikosis dan salah satu contoh psikosis adalah skizofrenia.

- Prevalensi psikosis tertinggi di Pulau Morotai (3,4 per mil), sedangkan yang terendah di Halmahera Selatan dan Halmahera Utara (0,0 per mil).
- Gangguan mental emosional dinilai dengan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan SRQ ditanyakan pewawancara kepada ART umur ≥ 15 tahun yang memenuhi kriteria inklusi. Prevalensi penduduk yang mengalami gangguan mental emosional secara kabupaten adalah 5,8 persen. Kabupaten dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Ternate (13,1%), sedangkan yang terendah di Halmahera Utara (1,35).

Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Bahasan pengetahuan, sikap dan perilaku pada penduduk kelompok umur 10 tahun atau lebih meliputi perilaku higienis, penggunaan tembakau, aktivitas fisik, perilaku konsumsi buah, sayur, makanan berisiko (makan/minum manis, makanan asin, makanan berlemak, makanan dibakar, makanan olahan dengan pengawet, bumbu penyedap, kopi dan minuman berkafein buatan bukan kopi) dan konsumsi makanan olahan dari tepung terigu.

- Berdasarkan analisis kecenderungan terlihat untuk rerata Maluku Utara, ada kenaikan proporsi penduduk berperilaku cuci tangan secara benar pada tahun 2007 (32,8%) menjadi 59,5 persen pada tahun 2013. Demikian halnya perilaku BAB dengan benar terjadi peningkatan dari 72,9 persen menjadi 83,5 persen.
- Informasi perilaku penggunaan tembakau dalam Risesdas tahun 2013 dibagi menjadi dua kelompok yaitu perilaku merokok dengan hisap dan perilaku penggunaan tembakau dengan mengunyah. Rerata proporsi perokok saat ini di Maluku Utara adalah 24 persen. Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun dengan kebiasaan mengunyah tembakau atau *smokeless* setiap hari di Maluku Utara sebesar 32,1 persen, sedangkan proporsi pengunyah tembakau terkadang sebesar 8,9 persen.
- Aktifitas fisik secara teratur bermanfaat untuk mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Proporsi aktivitas fisik di Maluku Utara tergolong kurang aktif secara umum adalah 22,2 persen.
- Perilaku sedentari merupakan perilaku berisiko terhadap salah satu terjadinya penyakit penyumbatan pembuluh darah, penyakit jantung dan bahkan mempengaruhi umur harapan hidup.
- Secara umum tidak tampak perilaku kurang konsumsi buah dan atau sayur . Konsumsi 1-2 porsi menunjukkan paling dominan pada sebagian besar rumah tangga di Propinsi Maluku Utara (83,6 persen).

Perilaku mengkonsumsi makanan/minuman manis, asin, berlemak, , dibakar/panggang, diawetkan, berkafein, dan berpenyedap adalah perilaku berisiko penyakit degeneratif. Perilaku konsumsi makanan berisiko dikelompokkan sering apabila penduduk mengkonsumsi makanan tersebut satu kali atau lebih setiap hari.

- Proporsi penduduk dengan konsumsi makanan/minuman manis ≥ 1 kali dalam sehari di Maluku Utara 55,3 persen.
- Proporsi Maluku Utara penduduk dengan perilaku konsumsi makanan berlemak, berkolesterol dan makanan gorengan ≥ 1 kali perhari 49,4 persen.
- Hampir 70 persen penduduk Maluku Utara mengkonsumsi penyedap ≥ 1 kali dalam sehari (69,3%),
- Rerata penduduk Maluku Utara berperilaku mengonsumsi mie instan, 1 dari 10 penduduk mengonsumsi mie instan ≥ 1 kali per hari. Satu dari sepuluh penduduk Indonesia mengonsumsi biskuit ≥ 1 kali per hari. Proporsi tertinggi di atas rerata Maluku Utara yaitu Ternate (37,8%) dan Halmahera Timur (34%).

Pembiayaan Kesehatan

- Penduduk Maluku Utara belum memiliki jaminan kesehatan sebesar 48 persen.
- Askes/ ASABRI dimiliki oleh sekitar 8,2 persen penduduk, Jamsostek 0, 7 persen, asuransi kesehatan swasta dan tunjangan kesehatan perusahaan masing-masing sebesar 0,6 persen.
- Kepemilikan jaminan didominasi oleh Jamkesmas (10,7%) dan Jamkesda (3,3%). Dari data tersebut juga menyiratkan adanya kepemilikan jaminan lebih dari satu jenis jaminan untuk individu yang sama.
- Proporsi penduduk Maluku Utara yang mengobati diri sendiri dalam satu bulan terakhir dengan membeli obat ke toko obat atau ke warung tanpa resep dokter adalah 25,8 persen dengan rerata pengeluaran sebesar Rp.8.000.

- Di dalam satu bulan terakhir penduduk melakukan rawat jalan sebesar 6,8 persen dan median biaya yang dikeluarkan sebesar Rp.50.000. Sedangkan untuk rawat inap dalam satu tahun terakhir sebesar 1,7 persen dengan median biaya sebesar Rp.1.000.000.
- Sumber biaya yang dipakai untuk rawat jalan pada semua fasilitas kesehatan di Maluku Utara masih didominasi oleh biaya sendiri (*out of pocket*), yaitu sekitar 43,5 persen. Kondisi ini dimungkinkan karena masih sekitar 56,5 persen penduduk Maluku Utara belum memiliki jaminan kesehatan.
- Sedangkan untuk rawat inap, sumber biaya yang dipakai pada semua fasilitas kesehatan di Maluku Utara masih didominasi oleh biaya sendiri (*out of pocket*), yaitu sekitar 48 persen. Kondisi ini dimungkinkan karena masih sekitar 52 persen penduduk Maluku Utara belum memiliki jaminan kesehatan.

Kesehatan Reproduksi

Kehamilan Saat Ini

- Di Propinsi Maluku Utara, diantara penduduk perempuan 10-54 tahun tidak dijumpai kehamilan pada umur sangat dini (< 15 tahun), dan kehamilan tertinggi pada umur 20-24 tahun yaitu 15,2 persen.

Pola Penggunaan KB Saat ini

- Penggunaan KB di Propinsi Maluku Utara saat ini sebesar 28,1 persen. Pola penggunaan KB yang didominasi oleh alat/cara KB modern (47%) dibanding cara tradisional (2%). Proporsi penggunaan KB saat ini yang terbanyak adalah kelompok umur 20-24 tahun yaitu lebih dari 58,4 persen.

Penggunaan KB Jenis Kandungan Hormonal dan Jangka Waktu Efektivitas

- Kabupaten Halmahera Timur merupakan kabupaten paling banyak menggunakan alat/cara KB hormonal (55,9%), sedangkan Kabupaten Tidore Kepulauan (42,5%) merupakan kabupaten paling sedikit dalam penggunaan alat/cara KB hormonal.
- Alat/cara KB non hormonal paling banyak digunakan di Kota Ternate (3,7%) dan paling sedikit di Kabupaten Halmahera Barat (0,2%).

Tenaga dan Tempat untuk Pelayanan KB Modern

- Tenaga yang banyak memberi pelayanan KB adalah bidan hingga 89 persen, sangat kontras dengan tenaga kesehatan lainnya hanya mencapai 6 persen. Tempat pelayanan KB yang paling diminati adalah praktek bidan (34,3%), selanjutnya adalah di puskesmas (27,5%), apotek/lainnya (11,5%) dan polindes/poskesdes (9,2%) serta yang paling sedikit adalah di klinik/BP (0,9%).

Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dan Indikator Cakupan ANC

- Sebesar 95 persen dari kelahiran yang melakukan ANC yang berarti juga mendapat ANC minimal 1 kali atau K1. Cakupan K1 bervariasi dengan rentang antara 51,5 persen (Kepulauan Sula) dan 98,3 persen (Halmahera Timur).
- Indikator cakupan ANC meliputi K1 ideal, K4 dan ANC minimal 4x kali. Cakupan K1 ideal di seluruh kabupaten/kota di Propinsi Maluku Utara di bawah rata-rata nasional. Cakupan K4 Indonesia adalah 70,4 persen. Tidak satupun kabupaten/kota di Maluku Utara termasuk propinsi yang mencapai cakupan K4 di atas rata-rata atau sama dengan cakupan nasional. Adapun ANC minimal 4x secara nasional adalah 83,5 persen. Di Propinsi Maluku Utara, indikator ini terdapat hanya 1 kabupaten yang mencapai cakupan di atas rata-rata nasional yaitu Halmahera Utara (87,8 persen).

Tenaga dan Tempat Pemeriksa Kehamilan

- Proporsi tenaga kesehatan yang dipilih ibu hamil menunjukkan bahwa bidan merupakan tenaga yang paling berperan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil sebesar 80,6 persen. Sebagian besar ibu hamil memilih pemeriksaan kehamilannya ke posyandu (42,5%), Puskesmas/Pustu sebesar 21,6 persen dan praktisi dr/klinik sebesar 11 persen.

Konsumsi Zat Besi

- Konsumsi zat besi yang dilaporkan oleh ibu selama kehamilannya adalah 82,2 persen. Dari kehamilan yang mengkonsumsi tersebut 27,6 persen melaporkan mengkonsumsi zat besi minimal 90 hari selama kehamilannya.

Kepemilikan Buku KIA dan Pelaksanaan P4K

- Hasil analisis di Propinsi Maluku Utara menunjukkan bahwa 70,9 persen mempunyai Buku KIA, namun yang bisa menunjukkan hanya 28,6 persen.

Selanjutnya pada buku KIA dilakukan observasi Lembar Amanat Persalinan untuk melihat isian 5 komponen P4K.

- Hasil observasi buku KIA menunjukkan untuk isian penolong persalinan sebesar 22,6 persen, dana persalinan sebesar 9,2 persen, kendaraan/ambulans desa sebesar 7,4 persen, metode KB pasca salin sebesar 12,7 persen dan 6,7 persen untuk isian sumbangan darah.
- Kelengkapan isian semua komponen sebesar 1,7 persen dan 21,8 persen tidak ada isian.

Cara Persalinan

- Di Propinsi Maluku Utara, hasil Riskesdas 2013 menunjukkan kelahiran bedah sesar sebesar 6,5 persen dan variasi antar kabupaten/kota yaitu tertinggi di Kota Ternate (16,6%) dan terendah di Kabupaten Pulau Morotai (4,2%).

Penolong Persalinan

- Persalinan oleh penolong linakes (persalinan dengan tenaga kesehatan) kualifikasi tertinggi sebesar 60,1 persen, dengan rincian 12,6 persen oleh dokter kebidanan dan kandungan, 1 persen oleh dokter umum dan 46,5 persen oleh bidan.
- Persalinan yang ditolong oleh perawat (0,5%), sedangkan penolong persalinan oleh dukun sebesar 36,7 persen dan 1,7 persen penolong lainnya.

Tempat bersalin

- Kota Ternate dan Kabupaten Kepulauan Sula merupakan kabupaten/kota dengan cakupan persalinan di rumah tertinggi, berkisar 33,0 sampai 94,1 persen. Sementara persalinan di polindes/poskesdes di Maluku Utara paling rendah yaitu 2,3 persen. Meskipun demikian, 20,3 persen di Maluku Utara bersalin di RS.

Pelayanan Kesehatan Masa Nifas

Pelayanan Masa nifas adalah pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu selama periode 6 jam sampai 42 hari setelah melahirkan.

- Secara umum kontak ibu nifas yang lengkap terendah di Halmahera Timur (3,0 persen) dan tertinggi di Halmahera Barat (27,7 persen).

Kesehatan Anak dan Imunisasi

Berat dan Panjang Lahir

Kategori berat badan lahir anak balita dikelompokkan menjadi tiga, yaitu: <2500 gram (BBLR), 2500-3999 gram, dan \geq 4000 gram.

- Persentase anak balita yang memiliki catatan berat badan lahir di Propinsi Maluku Utara adalah 30,9 persen.
- Kategori panjang badan lahir dikelompokkan menjadi tiga, yaitu: <48 cm, 48 - 52 cm, dan >52 cm. Persentase panjang badan lahir <48 cm diketahui sebesar 22,3 persen dan 48-52 cm sebesar 73,5 persen.

Status Imunisasi

- Secara keseluruhan di Propinsi Maluku Utara, persentase imunisasi menurut jenisnya yang tertinggi adalah campak (78,7%) dan BCG (77,8%), dan yang terendah adalah HB-0 (49,2%).
- Persentase imunisasi lengkap antar kabupaten terdapat variasi yang besar, persentase imunisasi lengkap tertinggi di Kota Ternate (64,2%) dan terendah di Kepulauan Sula (16,95).

Kunjungan Neonatal

- Menurut jenis pekerjaan kunjungan neonatal pada saat berumur 6-48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari tertinggi pada jenis pekerjaan pegawai, berturut-turut 69,9%, 52,3%, dan 40,5%.
- Kunjungan neonatal lengkap pada anak berumur 0-59 bulan, tertinggi pada jenis pekerjaan pegawai, yaitu sebesar 34,3 persen.

Perawatan Tali Puser

- Persentase cara perawatan tali puser pada anak usia 0-59 bulan dengan tidak diberi apa-apa sebesar 18,3 persen, diberi betadine/alkohol sebesar 47,3 persen, dan diberi obat tabur sebesar 2,8 persen.

Pola Pemberian ASI

- Persentase proses mulai menyusui kurang dari satu jam (IMD) setelah bayi lahir adalah 27 persen, tertinggi di Halmahera Utara (44%) dan persentase paling rendah adalah di Halmahera Selatan (6,2%).

Sunat Perempuan

- Persentase pernah disunat pada anak perempuan usia 0-11 tahun sebesar 65,4 persen, tertinggi di Ternate (89,3%) dan terendah di Halmahera Utara (28,4%).

Status Gizi

Status gizi balita

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Berat badan anak ditimbang dengan menggunakan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg, panjang dan tinggi badan diukur menggunakan alat ukur panjang/tinggi 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). Ada beberapa istilah status gizi yang digunakan, yaitu:

- Berat Kurang : istilah untuk gabungan gizi buruk dan gizi kurang (*underweight*)
- Kependekan : istilah untuk gabungan sangat pendek dan pendek (*stunting*)
- Kekurusan : istilah untuk gabungan sangat kurus dan kurus (*wasting*)
- Secara propinsi, prevalensi berat kurang pada tahun 2013 adalah 24,9 persen, terdiri dari 9,2 persen gizi buruk dan 15,7 gizi kurang.

- Prevalensi kependekan sebesar 41,1 persen terdiri dari 18,3 persen sangat pendek dan 22,8 persen pendek. Sedangkan prevalensi kekurusannya sebesar 12,2 persen terdiri dari 3,9 persen sangat kurus dan 8,3 persen kurus.

Status Gizi anak umur 5-18 tahun

Status Gizi anak umur 5-18 tahun dikelompokkan menjadi tiga kelompok umur yaitu 5-12 tahun, 13-15 tahun dan 16-18 tahun. Indikator status gizi yang digunakan untuk kelompok umur ini didasarkan pada hasil pengukuran antropometri berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) yang disajikan dalam bentuk tinggi badan menurut umur (TB/U) dan Indeks Massa Tubuh menurut umur (IMT/U).

- Prevalensi kependekan menurut TB/U pada anak umur 5-12 tahun, adalah 31,8 persen yang terdiri dari 10,4 persen sangat pendek dan 21,4 persen pendek.
- Prevalensi kekurusannya pada anak umur 5-12 tahun adalah 12,7 persen, terdiri dari 3,9 persen sangat kurus dan 8,8 persen kurus.
- Prevalensi kegemukan di atas prevalensi nasional (19,3 persen).
- Prevalensi kependekan pada remaja umur 13-15 tahun adalah 34,7 persen yang terdiri dari 12,5 persen sangat pendek dan 22,2 persen pendek.
- Prevalensi kekurusannya pada remaja umur 13-15 tahun adalah 11,4 persen terdiri dari 2,4 persen sangat kurus dan 9 persen kurus.
- Prevalensi kegemukan pada remaja umur 13-15 tahun sebesar 7,2 persen, terdiri dari 6,2 persen gemuk dan 1 persen obesitas.

Pada kelompok remaja umur 16-18 tahun:

- Prevalensi status gizi kependekan adalah 34,5 persen yang terdiri dari 6,9 persen sangat pendek dan 27,6 persen pendek.
- Prevalensi kekurusannya menunjukkan bahwa secara propinsi prevalensi kekurusannya sebesar 7,7 persen, terdiri dari 2,1 persen sangat kurus dan 5,6 persen kurus. Sebanyak 1 kabupaten dengan prevalensi kekurusannya di atas nasional (11,0 persen), yaitu Kabupaten Halmahera Selatan (12,6 %).
- Prevalensi kegemukan pada remaja umur 16-18 tahun sebanyak 5,0 persen (3,7 % gemuk dan 1,3 % obesitas). Kabupaten dengan prevalensi kegemukan tertinggi adalah Kabupaten Tidore Kepulauan (10,3 %) dan terendah adalah Kabupaten Pulau Morotai (0,9 %). Tiga kabupaten dengan prevalensi kegemukan di atas prevalensi nasional (7,3 persen), yaitu Tidore Kepulauan, Halmahera Barat, dan Halmahera Utara..

Status Gizi Dewasa

Status gizi dewasa adalah penilaian status gizi penduduk di atas 18 tahun yang dinilai dengan Indeks Massa Tubuh (IMT).

- Secara propinsi dapat dilihat masalah gizi pada penduduk dewasa di atas 18 tahun adalah: 7,2 persen kurus, 11,0 persen BB lebih, dan 11,5 persen obesitas. Permasalahan gizi pada orang dewasa cenderung lebih dominan untuk kelebihan berat badan. Prevalensi tertinggi untuk obesitas adalah di Kabupaten Ternate (20,1%), dan yang terendah adalah 7 persen di Kabupaten Halmahera Barat.

Obesitas sentral dianggap sebagai faktor risiko yang erat kaitannya dengan beberapa penyakit degeneratif. Untuk laki-laki dengan Lingkar Perut (LP) di atas 90 cm atau perempuan dengan LP di atas 80 cm dinyatakan sebagai obesitas sentral.

- Prevalensi obesitas sentral untuk tingkat nasional adalah 26,6 persen. Sebanyak 3 kabupaten diantaranya memiliki prevalensi obesitas sentral di atas angka prevalensi nasional, yaitu Ternate (37,1 %), Tidore Kepulauan (36,7 %), dan Pulau Morotai (29,3 %).

Masalah gizi pada wanita usia subur (WUS) 15-49 tahun dan wanita hamil berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LiLA).

- Prevalensi risiko kurang energi kronis (KEK) penduduk wanita usia 15 – 49 tahun sebanyak 24,7 persen.
- Prevalensi risiko KEK wanita hamil lebih tinggi dari wanita tidak hamil. Terdapat 4 kabupaten dengan prevalensi risiko KEK pada wanita hamil dan wanita tidak hamil di atas angka nasional (24,2 %) yaitu Halmahera Selatan (35,8 %), Halmahera Tengah (33,6 %), Halmahera Utara (33,5 %), Kepulauan Sula (31,4 %).
- Wanita hamil berisiko tinggi yaitu wanita hamil dengan tinggi badan < 150 cm. Prevalensi wanita hamil berisiko tinggi di Propinsi Maluku Utara sebesar 30,0 persen.

Kesehatan Indera

Kecenderungan kepemilikan dan pemakaian alat bantu penglihatan jauh (kaca mata atau lensa kontak) meningkat sesuai kelompok umur, tetapi menurun kembali pada kelompok responden lanjut usia (65 tahun keatas).

- Proporsi ketersediaan kaca mata atau lensa kontak paling tinggi ditemukan di kota Ternate (4,3%) diikuti Tidore Kepulauan (3,1%), dan Halmahera Barat (2,8%).
- Prevalensi penderita *severe low vision* dan kebutaan yang meningkat pesat pada kelompok umur 45 tahun keatas, rata-rata peningkatan sekitar hampir tiga kali lipat setiap 10 tahunnya. Kebutuhan tertinggi pada kelompok umur 75+ (13,3%). Sedangkan untuk low vision dijumpai di Halmahera Selatan (1,7%), dan kebutaan di Pulau Morotai (1,3%).
- Kasus pterygium tertinggi adalah Halmahera Timur (23,7%), kemudian disusul Pulau Morotai (20,1%),
- Kekeruhan kornea, prevalensi tertinggi di Pulau Morotai (11,5%).
- Prevalensi katarak cenderung meningkat sesuai dengan bertambahnya usia. Prevalensi tertinggi pada usia 75 + (43,5%). alasan tidak mau dioperasi adalah faktor ketidak tahuan kalau itu penyakit katarak (72,3%).

Gangguan pendengaran ada kecenderungan meningkat prevalensinya sesuai dengan meningkatnya umur seseorang.

- Prevalensi tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (35,3%). Sedangkan untuk ketulian tertinggi di Pulau Morotai (0,5%).
- Prevalensi morbiditas telinga pada kelompok umur ≥ 2 tahun di kabupaten/kota, tertinggi di Kabupaten Ternate untuk serumen (1,9%) dan abses/fistel retroaurikular (9,7%), dan Tidore Kepulauan untuk sekret dalam liang telinga (57,6%).

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
KATA SAMBUTAN	iv
RINGKASAN EKSEKUTIF	v
DAFTAR ISI.....	xvi
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xxxiii
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Ruang Lingkup Riskesdas 2013	2
1.3. Pertanyaan Penelitian	2
1.4. Tujuan Riskesdas 2013	2
1.5. Kerangka Pikir	3
1.6. Alur Pikir Riskesdas 2013	4
1.7. Pengorganisasian Riskesdas 2013	6
1.8. Manfaat Riskesdas 2013	6
1.9. Persetujuan Etik Riskesdas 2013	7
BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS	8
2.1. Desain	8
2.2. Lokasi	8
2.3. Populasi dan Sampel	8
2.4. Variabel	10
2.5. Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data	10
2.6. Manajemen Data.....	11
2.7. Keterbatasan Data Riskesdas 2013	12
2.8. Pengolahan dan Analisis Data	13
BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN	14
3.1 Akses Pelayanan Kesehatan	14
3.2 Farmasi dan Pelayanan Kesehatan Tradisional	25
3.3 Kesehatan Lingkungan	34
3.4 Penyakit Menular	49
3.5 Penyakit Tidak Menular	63
3.6 Cedera.....	78
3.7 Kesehatan Gigi dan Mulut.....	87
3.8 Status Disabilitas.....	96
3.9 Kesehatan Jiwa	98

3.10 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	101
3.11 Pembiayaan Kesehatan.....	116
3.12 Kesehatan Reproduksi.....	128
3.13 Kesehatan Anak dan Imunisasi.....	147
3.14 Status Gizi.....	165
3.15 Kesehatan Indera.....	200
LAMPIRAN	214

DAFTAR TABEL

Tabel 2.3.1	Distribusi jumlah rumah tangga dan anggota rumah tangga sampel kesehatan masyarakat yang dapat dikunjungi (respon rate) menurut kabupaten/kota, Riskesdas 2013	9
Tabel 3.1.1	Persentase pengetahuan rumah tangga tentang keberadaan jenis fasilitas kesehatan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	14
Tabel 3.1.2	Persentase pengetahuan rumah tangga tentang keberadaan fasilitas kesehatan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	15
Tabel 3.1.3	Persentase rumah yang dapat menggunakan moda transportasi menuju rumah sakit pemerintah menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	16
Tabel 3.1.4	Persentase rumah tangga yang dapat menggunakan moda transportasi menuju rumah sakit pemerintah menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	17
Tabel 3.1.5	Persentase rumah tangga yang dapat menggunakan moda transportasi menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	17
Tabel 3.1.6	Persentase rumah tangga yang dapat menggunakan moda transportasi menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	18
Tabel 3.1.7	Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	18
Tabel 3.1.8	Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	19
Tabel 3.1.9	Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	19
Tabel 3.1.10	Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013 ..	20
Tabel 3.1.11	Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju posyandu menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	20
Tabel 3.1.12	Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju posyandu menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	21
Tabel 3.1.13	Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju polindes menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	21

Tabel 3.1.14	Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju polindes menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	22
Tabel 3.1.15	Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	22
Tabel 3.1.16	Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	23
Tabel 3.1.17	Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	23
Tabel 3.1.18	Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013 ..	24
Tabel 3.1.19	Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju posyandu menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	24
Tabel 3.1.20	Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju posyandu menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	25
Tabel 3.2.1	Proporsi rumah tangga yang menyimpan obat, dan rerata jumlah obat yang disimpan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	26
Tabel 3.2.2	Proporsi jenis obat yang disimpan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	27
Tabel 3.2.3	Proporsi rumah tangga yang menyimpan obat keras dan antibiotika tanpa resep menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	27
Tabel 3.2.4	Proporsi sumber mendapatkan obat menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	28
Tabel 3.2.5	Proporsi status obat yang disimpan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	29
Tabel 3.2.6	Proporsi rumah tangga yang mengetahui dan berpengetahuan benar tentang obat generik (OG) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	29
Tabel 3.2.7	Proporsi rumah tangga yang mengetahui dan berpengetahuan benar tentang obat generik (OG) menurut karakteristik, Indonesia 2013	30
Tabel 3.2.8	Proporsi rumah tangga berdasarkan persepsinya tentang obat generik (OG) menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	30
Tabel 3.2.9	Proporsi sumber informasi tentang obat generik (OG) menurut karakteristik, Indonesia 2013	31

Tabel 3.2.10	Proporsi rumah tangga yang pernah memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir dan jenis Yankestrad yang dimanfaatkan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	32
Tabel 3.2.11	Proporsi rumah tangga yang pernah memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir dan jenis Yankestrad yang dimanfaatkan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	33
Tabel 3.2.12	Proporsi alasan utama terbanyak memanfaatkan Yankestrad, Provinsi Maluku Utara 2013	33
Tabel 3.3.1	Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sumberair minum berdasarkan kriteria JMP WHO – Unicef 2006 menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	35
Tabel 3.3.2	Rerata pemakaian air perorang perhari menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	35
Tabel 3.3.3	Proporsi kualitas fisik air minum menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	38
Tabel 3.3.4	Proporsi cara pengolahan air minum sebelum diminum menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	39
Tabel 3.3.5	Proporsi tempat buang air besar menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	40
Tabel 3.3.6	Proporsi tempat pembuangan akhir tinja menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	41
Tabel 3.3.7	Proporsi cara pengelolaan sampah menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	43
Tabel 3.3.8	Proporsi status penguasaan bangunan tempat tinggal menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	44
Tabel 3.4.1	<i>Period prevalence</i> ISPA, pneumonia, pneumonia balita, dan prevalensi pneumonia menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	50
Tabel 3.4.2	<i>Period prevalence</i> ISPA, pneumonia, pneumonia balita, dan prevalensi pneumonia menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	51
Tabel 3.4.3	Prevalensi TB berdasarkan diagnosis dan gejala TB kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	52
Tabel 3.4.4	Prevalensi TB berdasarkan diagnosis dan gejala TB menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	53
Tabel 3.4.5	Prevalensi hepatitis, insiden diare dan diare balita, serta <i>period prevalence</i> diare menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	55

Tabel 3.4.6	Prevalensi hepatitis, insiden diare dan diare balita, serta <i>period prevalence</i> diare menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	56
Tabel 3.4.7	Proporsi Penderita hepatitis A, B, C, dan hepatitis lain menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	57
Tabel 3.4.8	Penggunaan oralit dan zinc pada diare balita menurut Kabupaten/Kota, Maluku Utara 2013	58
Tabel 3.4.9	Insiden dan prevalensi malaria menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013.....	59
Tabel 3.4.10	Insiden dan prevalensi malaria menurut karakteristik, Maluku Utara 2013 ...	60
Tabel 3.4.11	Proporsi penderita malaria yang diobati dengan pengobatan sesuai program dan penderita malaria yang mengobati sendiri menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	61
Tabel 3.4.12	Proporsi penderita malaria yang diobati dengan pengobatan sesuai program dan penderita malaria yang mengobati sendiri menurut karakteristik, Maluku utara 2013	62
Tabel 3.5.1	Prevalensi penyakit asma, PPOK, dan kanker menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	65
Tabel 3.5.2	Prevalensi penyakit asma, ppok dan kanker menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	66
Tabel 3.5.3	Prevalensi diabetes, hipertiroid pada umur ≥ 15 tahun dan hipertensi pada umur ≥ 18 tahun menurut Kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	68
Tabel 3.5.4	Prevalensi diabetes, hipertiroid, hipertensi menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	69
Tabel 3.5.5	Prevalensi penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan stroke pada umur ≥ 15 tahun menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	71
Tabel 3.5.6	Prevalensi penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan stroke pada umur ≥ 15 tahun menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	72
Tabel 3.5.7	Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis, batu ginjal, dan sendi pada umur ≥ 15 tahun menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	74
Tabel 3.5.8	Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis, batu ginjal, dan sendi pada umur ≥ 15 tahun menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	75
Tabel 3.6.1	Prevalensi dan proporsi penyebab cedera langsung menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	78
Tabel 3.6.2	Prevalensi dan proporsi cedera dan penyebab cedera langsung menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	80

Tabel 3.6.3	Proporsi jenis cedera menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	82
Tabel 3.6.4	Proporsi jenis cedera menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	83
Tabel 3.6.5	Proporsi tempat terjadinya cedera menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	85
Tabel 3.6.6	Proporsi tempat terjadinya cedera menurut karakteristik responden, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	86
Tabel 3.7.1	Prevalensi penduduk yang bermasalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir sesuai <i>effective medical demand</i> menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	88
Tabel 3.7.2	Prevalensi penduduk bermasalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	89
Tabel 3.7.3	Kecenderungan penduduk bermasalah gigi dan mulut, menerima perawatan dari tenaga medis dan EMD menurut Riskesdas Maluku utara 2007 dan 2013	91
Tabel 3.7.4	Persentase penduduk umur ≥ 10 tahun menyikat gigi setiap hari dan berperilaku benar menyikat gigi menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	92
Tabel 3.7.5	Persentase penduduk sepuluh tahun ke atas yang menyikat gigi setiap hari dan berperilaku benar menyikat gigi menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	93
Tabel 3.7.6	Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	95
Tabel 3.8.1	Proporsi tingkat kesulitan menurut komponen disabilitas	97
Tabel 3.8.2	Indikator disabilitas menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	97
Tabel 3.9.1	Prevalensi gangguan jiwa berat menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	99
Tabel 3.9.2	Proporsi rumah tangga yang memiliki ART gangguan jiwa berat yang pernah dipasung menurut tempat tinggal dan kuintil indeks kepemilikan, Indonesia 2013	100
Tabel 3.9.3	Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur ≥ 15 tahun berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20*</i>) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	101

Tabel 3.10.1	Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun yang berperilaku benardalam buang air besar dan cuci tangan menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	102
Tabel 3.10.2	Analisis kecenderungan proporsi penduduk Umur ≥ 10 tahun berperilaku BAB dan cuci tangan yang benar menurut Kabupaten/Kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007- 2013	102
Tabel 3.10.3	Proporsi kebiasaan merokok pada penduduk umur ≥ 10 tahun menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	103
Tabel 3.10.4	Proporsi kebiasaan merokok pada penduduk umur ≥ 10 tahun menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	104
Tabel 3.10.5	Proporsipenduduk umur ≥ 10 tahun yang mempunyai Kebiasaan mengunyah tembakau menurut kabupaten/kota di Maluku Utara, 2013	105
Tabel 3.10.6	Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun sesuai jenis aktivitas fisik menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	106
Tabel 3.10.7	Proporsi penduduk ≥ 10 tahun berdasarkan aktifitas sedentari menurut Kab/Kota, Maluku Utara 2013	106
Tabel 3.10.8	Proporsi penduduk ≥ 10 tahun berdasarkan aktivitas sedentary menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	107
Tabel 3.10.9	Proporsi porsi makan buah/sayur per hari dalam seminggu penduduk umur 15 tahun ke atas menurut Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2013	108
Tabel 3.10.10	Proporsi porsi makan buah dan sayur (per hari dama seminggu) penduduk umur 15 tahun ke atas menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	109
Tabel 3.10.11	Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun dengan perilaku konsumsi tertentu menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	110
Tabel 3.10.12	Proporsipenduduk umur ≥ 10 tahun dengan konsumsi makanan minuman tertentu menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	111
Tabel 3.10.13	Proporsi penduduk Umur ≥ 10 tahun dengan perilaku konsumsi makanan olahan dari tepung menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013.....	112
Tabel 3.10.14	Proporsi penduduk umur ≥ 10 Tahun dengan perilaku konsumsi makanan olahan dari tepung menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	113
Tabel 3.10.15	Proporsi (%) rumah tangga yang memenuhi kriteria perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baik dan kurang menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	116
Tabel 3.10.16	Proporsi (%) rumah tangga memenuhi kriteria PHBS baik di perkotaan dan pedesaan, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	116

Tabel 3.11.1	Proporsi kepemilikan jaminan kesehatan menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	117
Tabel 3.11.2	Proporsi kepemilikan jaminan kesehatan menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	119
Tabel 3.11.3	Proporsi penduduk yang mengobati sendiri sebulan terakhir dan besaran median biaya menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	120
Tabel 3.11.4	Proporsi penduduk yang mengobati sendiri sebulan terakhir dan besaran median biaya menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	121
Tabel 3.11.5	Proporsi pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap beserta median biaya yang dikeluarkan (Rp) menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	122
Tabel 3.11.6	Proporsi pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap beserta median biaya yang dikeluarkan (Rp) menurut karakteristik, Maluku utara 2013	123
Tabel 3.11.7	Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat jalan menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	124
Tabel 3.11.8	Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat jalan menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	125
Tabel 3.11.9	Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat inap menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013	126
Tabel 3.11.10	Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat inap menurut karakteristik, Maluku Utara 2013	127
Tabel 3.12.1	Indikator utama dan unit analisis yang digunakan Blok Kesehatan Reproduksi, Riskesdas 2013	128
Tabel 3.12.2	Proporsi WUS kawin yang menggunakan alat/cara KB modern berdasarkan kandungan hormonal dan jangka waktu efektivitas KB menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	132
Tabel 3.12.3	Persentase pemeriksaan kehamilan dan dan cakupan ANC menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	135
Tabel 3.12.4	Persentase penolong persalinan kualifikasi tertinggi menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	141
Tabel 3.12.5	Persentase penolong persalinan kualifikasi tertinggi menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	142
Tabel 3.12.6	Persentase tempat bersalin menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	143
Tabel 3.12.7	Persentase tempat bersalin menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	144

Tabel 3.12.8	Persentase pelayanan kesehatan ibu nifas menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	145
Tabel 3.12.9	Persentase pelayanan kesehatan ibu nifas menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	146
Tabel 3.13.1	Informasi sampel dan indikator yang dikumpulkan untuk topik kesehatan anak dan imunisasi, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	147
Tabel 3.13.2	Persentase berat badan lahir anak umur 0-59 bulan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	148
Tabel 3.13.3	Persentase panjang badan lahir anak umur 0-59 bulan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	149
Tabel 3.13.4	Persentase panjang badan lahir anak umur 0-59 bulan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	150
Tabel 3.13.5	Persentase imunisasi dasar pada anak umur 12-59 bulan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	154
Tabel 3.13.6	Persentase imunisasi dasar pada anak umur 12-59 bulan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	155
Tabel 3.13.7	Persentase imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-59 bulan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	156
Tabel 3.13.8	Persentase imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-59 bulan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	157
Tabel 3.13.9	Persentase alasan tidak pernah imunisasi pada anak umur 12-59 bulan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	158
Tabel 3.13.10	Persentase kunjungan neonatal pada anak anak umur 0-59 bulan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	160
Tabel 3.13.11	Persentase kunjungan neonatal lengkap pada anak anak umur 0-59 bulan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	161
Tabel 3.13.12	Persentase cara perawatan tali pusar pada anak umur 0-59 bulan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	162
Tabel 3.13.13	Persentase proses mulai menyusui pada anak umur 0-23 bulan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	163
Tabel 3.14.1	Prevalensi status gizi balita Berat Badan Menurut Umur (BB/U) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	168
Tabel 3.14.2	Prevalensi status gizi balita Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	169

Tabel 3.14.3	Prevalensi status gizi balita Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	170
Tabel 3.14.4	Prevalensi status gizi balita BB/U menurut karakteristik di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	172
Tabel 3.14.5	Prevalensi status gizi balita TB/U menurut karakteristik di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	173
Tabel 3.14.6	Prevalensi status gizi balita BB/TB menurut karakteristik, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	174
Tabel 3.14.7	Prevalensi status gizi TB/U usia 5 – 12 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	176
Tabel 3.14.8	Prevalensi status gizi IMT/U usia 5 – 12 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	176
Tabel 3.14.9	Prevalensi status gizi TB/U usia 5 – 12 tahun menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	178
Tabel 3.14.10	Prevalensi status gizi IMT/U Usia 5 – 12 tahun menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	179
Tabel 3.14.11	Prevalensi status gizi TB/U remaja umur 13 – 15 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	180
Tabel 3.14.12	Prevalensi status gizi IMT/U usia 13 – 15 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	180
Tabel 3.14.13	Prevalensi status gizi TB/U usia 13 – 15 tahun menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	182
Tabel 3.14.14	Prevalensi status gizi IMT/U usia 13 – 15 tahun menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	183
Tabel 3.14.15	Prevalensi status gizi TB/U usia 16 – 18 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	184
Tabel 3.14.16	Prevalensi status gizi IMT/U usia 16 – 18 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	184
Tabel 3.14.17	Prevalensi status gizi TB/U anak umur 16 – 18 tahun menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	185
Tabel 3.14.18	Prevalensi status gizi IMT/U usia 16 – 18 tahun menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	187
Tabel 3.14.19	Persentase status gizi penduduk dewasa (>18 Tahun) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	189

Tabel 3.14.20	Persentase status gizi penduduk dewasa (>18 Tahun) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	189
Tabel 3.14.21	Persentase status gizi penduduk dewasa (> 18 Tahun) menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	191
Tabel 3.14.22	Prevalensi status gizi penduduk dewasa (> 18 tahun) menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	192
Tabel 3.14.23	Prevalensi obesitas sentral pada penduduk umur 15 tahun ke atas menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	193
Tabel 3.14.24	Prevalensi obesitas sentral pada penduduk umur 15 tahun ke atas menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	194
Tabel 3.14.25	Nilai rerata lingkaran lengan atas (LILA) penduduk wanita umur 15-49 tahun dan wanita hamil, Provinsi Maluku, Riskesdas 2013	196
Tabel 3.14.26	Prevalensi risiko KEK penduduk wanita umur 15-49 tahun menurut kabupaten/kota, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	197
Tabel 3.14.27	Prevalensi risiko KEK penduduk wanita umur 15-49 tahun menurut karakteristik, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	197
Tabel 3.14.28	Prevalensi wanita hamil berisiko tinggi menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	198
Tabel 3.14.29	Prevalensi ibu hamil berisiko tinggi menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	199
Tabel 3.15.1	Proporsi ketersediaan koreksi refraksi serta prevalensi <i>severe low vision</i> dan kebutaan pada penduduk umur ≥ 6 tahun tanpa/dengan koreksi optimal menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	202
Tabel 3.15.2	Proporsi ketersediaan koreksi refraksi serta prevalensi <i>severe low vision</i> dan kebutaan pada penduduk umur ≥ 6 tahun tanpa/dengan koreksi optimal menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013....	203
Tabel 3.15.3	Prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea pada penduduk semua umur menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	204
Tabel 3.15.4	Prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea pada penduduk semua umur menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	205
Tabel 3.15.5	Prevalensi katarak dan tiga alasan utama belum menjalani operasi katarak pada penduduk semua umur menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	206

Tabel 3.15.6	Prevalensi katarak dan tiga alasan utama belum menjalani operasi katarak pada penduduk semua umur menurut kabupaten, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	207
Tabel 3.15.7	Prevalensi gangguan pendengaran dan ketulian penduduk umur \geq 5 tahun sesuai tes konversasi menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	209
Tabel 3.15.8	Prevalensi gangguan pendengaran dan ketulian penduduk umur \geq 5 tahun sesuai tes konversasi menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	210
Tabel 3.15.9	Prevalensi morbiditas telinga lainnya pada penduduk umur \geq 2 tahun menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	211
Tabel 3.15.10	Prevalensi morbiditas telinga lainnya pada penduduk umur \geq 2 tahun menurut kabupaten, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013	212

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.5.1	Kerangka pikir Riskesdas 2013 dikembangkan dari Gabungan Sistem Kesehatan WHO dengan konsep model BLUM	3
Gambar 3.2.1	Proporsi rumah tangga yang menyimpan obat dan jenis obat yang disimpan, Provinsi Maluku Utara 2013	26
Gambar 3.2.2	Proporsi rumah tangga yang memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir dan jenis Yankestrad yang dimanfaatkan, Provinsi Maluku Utara 2013	31
Gambar 3.3.1	Proporsi anggota rumah tangga yang biasa mengambil air, Provinsi Maluku Utara 2013	36
Gambar 3.3.2	Proporsi anggota rumah tangga yang biasa mengambil air, Provinsi Maluku Utara 2013	37
Gambar 3.3.3	Proporsi rumah tangga yang melakukan pengolahan air sebelum diminum, Provinsi Maluku Utara 2013	38
Gambar 3.3.4	Proporsi cara pengolahan air minum sebelum diminum, Provinsi Maluku Utara 2013	39
Gambar 3.3.5	Proporsi tempat pembuangan akhir tinja menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	41
Gambar 3.3.6	Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi <i>improved</i> menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	42
Gambar 3.3.7	Proporsi penampungan air limbah, Provinsi Maluku Utara 2013	42
Gambar 3.3.8	Proporsi status penguasaan bangunan tempat tinggal menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	44
Gambar 3.3.9	Proporsi kepadatan hunian menurut kabupaten, Provinsi Maluku Utara 2013	45
Gambar 3.3.10	Proporsi jenis plafon/langit-langit, jenis dinding dan jenis lantai terluas, Provinsi Maluku Utara 2013	46
Gambar 3.3.11	Proporsi ketersediaan ruang tidur, ruang keluarga dan ruang dapur dengan kebersihan, keberadaan jendela, ventilasi, dan pencahayaan alami, Provinsi Maluku Utara 2013	46
Gambar 3.3.12	Proporsi jenis sumber penerangan, Provinsi Maluku Utara 2013	47
Gambar 3.3.13	Proporsi jenis sumberpenerangan non listrik menurut kabupaten, Provinsi Maluku Utara 2013	47
Gambar 3.3.14	Proporsi jenis bahan bakar/energi menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013	48

Gambar 3.3.15	Proporsi perilaku mencegah gigitan nyamuk, Provinsi Maluku Utara 2013	48
Gambar 3.3.16	Proporsi rumah tangga yang menggunakan atau menyimpan pestisida/insektisida/pupuk kimia, Indonesia 2013	49
Gambar 3.4.1	<i>Period prevalence</i> ISPA, menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013	50
Gambar 3.4.2	<i>Period prevalence</i> pneumonia menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013	51
Gambar 3.4.3	Prevalensi TB menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013 ...	54
Gambar 3.4.4	Prevalensi hepatitis menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013	54
Gambar 3.4.5	<i>Period Prevalence</i> Diare menurut Kabupaten/Kota, Maluku Utara 2007 dan 2013	57
Gambar 3.4.6	Insiden malaria menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013 ..	59
Gambar 3.5.1	Kecenderungan prevalensi hipertensi berdasarkan wawancara pada umur ≥ 18 tahun menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013..	76
Gambar 3.5.2	Kecenderungan prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran pada umur ≥ 18 tahun menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013.....	77
Gambar 3.5.3	Kecenderungan prevalensi sendi/rematik/encok berdasarkan wawancara pada umur ≥ 15 tahun menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013	77
Gambar 3.6.1	Kecenderungan prevalensi cedera dan penyebabnya menurut kabupaten/kota, Propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007 dan 2013	81
Gambar 3.7.1	Proporsi penduduk semua umur yang bermasalah gigi dan mulut serta mendapat perawatan, dan EMD*), Maluku Utara 2013	90
Gambar 3.7.2	Kecenderungan penduduk bermasalah gigi dan mulut, menerima perawatan dari tenaga medis dan EMD, Maluku Utara, Riskesdas 2007 dan 2013	91
Gambar 3.12.1	Proporsi penduduk yang sedang hamil berdasarkan laporan rumah tangga menurut kelompok umur di perkotaan dan perdesaan, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	129
Gambar 3.12.2	Penggunaan KB saat ini menurut kabupaten/kota, Riskesdas 2013	130
Gambar 3.12.3	Proporsi penggunaan alat/cara KB saat ini oleh WUS kawin, Indonesia 2013	131

Gambar 3.12.4	Proporsi penggunaan alat/cara KB saat ini oleh WUS kawin dan kelompok umur, Indonesia 2013	131
Gambar 3.12.5	Proporsi tenaga kesehatan yang dipilih WUS kawin untuk mendapat pelayanan KB, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	133
Gambar 3.12.6	Proporsi penggunaan fasilitas kesehatan untuk mendapat pelayanan KB yang dipilih WUS kawin, Indonesia 2013	133
Gambar 3.12.7	Proporsi tenaga kesehatan yang memberi pelayanan ANC, Provinsi Maluku Utara 2013	136
Gambar 3.12.8	Proporsi fasilitas kesehatan untuk pelayanan ANC, Indonesia 2013	136
Gambar 3.12.9	Proporsi kepemilikan buku KIA dan isian 5 komponen P4K berdasarkan hasil observasi lembar amanat persalinan dari buku KIA yang dapat menunjukkan, Indonesia 2013	138
Gambar 3.12.10	Proporsi persalinan operasi sesar dari kelahiran periode 1 Januari 2010 sampai saat wawancara menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013	139
Gambar 3.12.11	Proporsi persalinan sesar dari kelahiran periode 1 Januari 2010 sampai saat wawancara menurut karakteristik, Indonesia, 2013	140
Gambar 3.13.1	Persentase anak dengan berat badan < 2500 gram dan panjang badan lahir < 48 cm menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	151
Gambar 3.13.2	Persentase anak dengan berat badan < 2500 gram dan panjang badan lahir < 48 cm menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	152
Gambar 3.13.3	Persentase keluhan kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI) pada anak usia 12-59 bulan, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	159
Gambar 3.13.4	Persentase anak perempuan usia 0-11 tahun yang pernah disunat menurut kabupaten, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	164
Gambar 3.13.5	Persentase anak perempuan usia 0 - 11 tahun yang pernah disunat menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013	164
Gambar 3.14.1	Kecenderungan prevalensi status gizi BB/U < -2 SD menurut kabupaten/kota, Maluku Utara, Riskesdas 2007 dan 2013	168
Gambar 3.14.2	Kecenderungan prevalensi status gizi TB/U <-2 SD menurut kabupaten/kota, Maluku Utara Riskesdas tahun 2007 dan 2013	169
Gambar 3.14.3	Kecenderungan prevalensi status gizi BB/TB <-2 SD menurut kabupaten/kota, Maluku Utara, Riskesdas tahun 2007 dan 2013	170

Gambar 3.14.4	Kecenderungan prevalensi status gizi balita menurut indikator BB/U, TB/U dan BB/TB berdasarkan data Riskesdas tahun 2007 dan 2013	175
Gambar 3.14.5	Kecenderungan status gizi IMT/U > 2 Z-score anak umur 16 – 18 tahun berdasarkan data Riskesdas 2010 dan 2013, Provinsi Maluku Utara	186
Gambar 3.14.6	Prevalensi obesitas (IMT>25) pada laki-laki umur > 18 tahun berdasarkan data Riskesdas 2013	190
Gambar 3.14.7	Kecenderungan prevalensi obesitas (IMT>25) pada perempuan umur >18 tahun berdasarkan data Riskesdas 2007, 2010, dan 2013	190
Gambar 3.14.8	Kecenderungan prevalensi obesitas sentral penduduk umur 15 tahun ke atas menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara berdasarkan data Riskesdas 2007 dan 2013	193

DAFTAR SINGKATAN

µg/L	: microgram per Liter
ACT	: Artemisinin-based combination therapy
ADA	: American Diabetes Association
Amanat Persalinan	: Menyambut Persalinan Agar Aman dan Selamat
ANC	: Antenatal care
ANC 4x +	: proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal 4 kali tanpa memperhitungkan periode waktu pemeriksaan.
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ART	: Anggota Rumah Tangga
Asabri	: Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia
ASI	: Air Susu Ibu
Askes	: Asuransi kesehatan
BAB	: Buang air besar
Babel	: Bangka Belitung
Badan Litbangkes	: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Balita	: Bawah lima tahun
BB	: Berat Badan
BB/TB	: Berat badan/Tinggi Badan
BB/U	: Berat badan/umur
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BP	: Balai Pengobatan
BPS	: Badan Pusat Statistik
BS	: Blok Sensus
Buku KIA	: Buku Kesehatan Ibu dan Anak
CPR	: <i>Contraceptive Prevalence Rate</i>
D	: Diagnosis dokter/tenaga kesehatan
D1	: Diploma 1
D3	: Diploma 3
DG	: Diagnosis atau gejala
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DIY	: Daerah Istimewa Yogyakarta
DKI	: Daerah Khusus Ibukota
DM	: Diabetes Mellitus
DO	: Diagnosis tenaga kesehatan atau minum obat sendiri

EIU	:	Eksresi Iodium Urin
EKG	:	Elektro Kardio Gram
EMD	:	<i>Effective Medical Demand</i>
FKM	:	Fakultas Kesehatan Masyarakat
G	:	Gejala klinis spesifik penyakit
GAKI	:	Gangguan Akibat Kekurangan Iodium
GATS	:	<i>Global Adults Tobacco Survey</i>
GDP	:	Glukosa Darah Puasa
GDPP	:	Glukosa Darah Pasca Pembebanan
GDS	:	Glukosa Darah Sewaktu
GGK	:	Gagal ginjal kronik
Hb	:	Hemoglobin
HDL	:	High-Density Lipoprotein
HIV/ AIDS	:	Human Immunodeficiency Virus Infection / Acquired Immunodeficiency Syndrome
ICCIDD	:	International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders
ICF	:	<i>International Classification of Functioning</i>
IFCC	:	International Federation of Clinical Chemistry
IMD	:	Inisiasi Menyusu Dini
IMT	:	Indeks Massa Tubuh
Indeks <i>DMF-T</i>	:	Penjumlahan dari <i>D(Decay)</i> , <i>M(Missing)</i> , <i>F(Filling)-T (teeth)</i>
IPKM	:	Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat
ISPA	:	Infeksi Saluran Pernapasan Akut
IU	:	International Unit
IUD	:	Intra Uterine Device
Jabar	:	Jawa Barat
Jamkesda	:	Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	:	Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamsostek	:	Jaminan Sosial Tenaga Kerja
Jateng	:	Jawa Tengah
Jatim	:	Jawa Timur
JMP	:	Joint Monitoring Programme
JNC	:	Joint National Committee
JPK	:	Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

K1	:	Proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal 1 kali tanpa memperhitungkan periode waktu pemeriksaan
K1 ideal	:	Proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil pertama kali pada trimester 1
K4	:	Proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil selama 4 kali dan memenuhi kriteria 1-1-2 yaitu minimal 1 kali pada trimester 1, minimal 1 kali pada trimester 2 dan minimal 2 kali pada trimester 3.
Kadinkes	:	Kepala Dinas Kesehatan
Kalbar	:	Kalimantan Barat
Kalsel	:	Kalimantan Selatan
Kalteng	:	Kalimantan Tengah
Kaltim	:	Kalimantan Timur
Kasie litbang	:	Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan
Kasie Litbangda	:	Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan Daerah
Kasie puldata	:	Kepala Seksi Pengumpulan Data
Kasubdin	:	Kepala Sub Dinas
Katim	:	Ketua Tim
KB	:	Keluarga Berencana
KDRT	:	Kekerasan Dalam Rumah Tangga
KEK	:	Kurang Energi Kronis
Kep. Riau	:	Kepulauan Riau
KEPK	:	Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Kepmenkes	:	Keputusan Menteri Kesehatan
Kespro	:	Kesehatan Reproduksi
KF	:	Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu selama periode 6 jam sampai 42 hari setelah melahirkan.
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KIO3	:	Kalium Iodat
KIPI	:	Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi
KK	:	Kepala Keluarga
KLB	:	Kejadian Luar Biasa
KMS	:	Kartu Menuju Sehat
KN	:	Kunjungan Neonatal
Korwil	:	Koordinator Wilayah
Lansia	:	Lanjut usia
LDL	:	Low-Density Lipoprotein

LH	:	Lahir Hidup
LiLA	:	Lingkar Lengan Atas
Linakes	:	Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter umum dan bidan)
LM	:	Lahir Mati
LP	:	Lingkar Perut
Malut	:	Maluku Utara
MDGs	:	<i>Millennium Development Goals</i>
Menkes	:	Menteri Kesehatan
MI	:	Missing Indeks
MKJP	:	Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
MPASI	:	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
Nakes	:	Tenaga Kesehatan
NCEP-ATP III	:	<i>National Cholesterol Education Program- Adult Treatment Panel III</i>
NLIS	:	<i>Nutrition Landscape Information System</i>
Non MKJP	:	Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
NTB	:	Nusa Tenggara Barat
NTT	:	Nusa Tenggara Timur
OAT	:	Obat Anti Tuberkulosis
OG	:	Obat Generik
OT	:	Obat Tradisional
P4K	:	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
Pabar	:	Papua Barat
PB	:	Panjang Badan
PBTDK	:	Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan
PCA	:	<i>Principal Component Analysis</i>
PD3I	:	Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
PDBK	:	Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan
PERDAMI	:	Persatuan Dokter Spesialis Mata Indonesia
PERHATI	:	Perhimpunan Dokter Spesialis Telinga Hidung Tenggorok Indonesia
Permenkes	:	Peraturan Menteri Kesehatan
Perpres	:	Peraturan Presiden
PHBS	:	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PJK	:	Penyakit Jantung Koroner

PM	:	Penyakit Menular
PMT	:	Pemberian Makanan Tambahan
PNS	:	Pegawai Negeri Sipil
Polindes	:	Pondok Bersalin Desa
Poltekkes	:	Politeknik Kesehatan
Poskesdes	:	Pos Kesehatan Desa
Poskestren	:	Pos Kesehatan Pesantren
Posyandu	:	Pos Pelayanan Terpadu
PPI	:	Program Pengembangan Imunisasi
Ppm	:	<i>Part per million</i>
PPS	:	<i>Probability Proportional To Size</i>
PPOK	:	Penyakit Paru Obstruksi Kronis
PSU	:	<i>Primary Sampling Unit</i>
PT	:	Perguruan Tinggi
PTI	:	Performance Treatment Index
PTM	:	Penyakit Tidak Menular
PUS	:	Pasangan Usia Subur
Puskesmas	:	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	:	Puskesmas Pembantu
PWS KIA	:	Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak
RB	:	Rumah Bersalin
RDT	:	<i>Rapid Diagnostic Test</i>
RI	:	Republik Indonesia
Riskesdas	:	Riset Kesehatan Dasar
RKD	:	Riskesdas
RPJMN	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	:	Rumah Sakit
RT	:	Rumah Tangga
RTI	:	Required Treatment Index
SD/MI	:	Sekolah Dasar/Madrasah Ibtidaiyah
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SKN	:	Sistem Kesehatan Nasional
SKRT	:	Survei Kesehatan Rumah Tangga
SLTA	:	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SLTP	:	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama

SMA/MA	:	Sekolah Menengah Atas/Madrasah Aliyah
SMP/MTS	:	Sekolah Menengah Pertama/Madrasah Tsanawiyah
SP 2010	:	Sensus Penduduk 2010
SPK	:	Standar Pelayanan Kebidanan
SRQ	:	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
STIKES	:	Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Sulbar	:	Sulawesi Barat
Sulsel	:	Sulawesi Selatan
Sulteng	:	Sulawesi Tengah
Sultra	:	Sulawesi Tenggara
Sulut	:	Sulawesi Utara
Sumbar	:	Sumatera Barat
Sumsel	:	Sumatera Selatan
Sumut	:	Sumatera Utara
Susenas	:	Survei Sosial Ekonomi Nasional
TB	:	Tinggi Badan
TB	:	Tuberkulosis
TB/U	:	Tinggi badan/Umur
TGT	:	Toleransi Glukosa Terganggu
TKP	:	Tempat Kejadian Perkara
TNI/Polri	:	Tentara Nasional Indonesia/ Kepolisian RI
U	:	Ukur
UI	:	Universitas Indonesia
UKBM	:	Upaya kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
UNAIR	:	Universitas Airlangga
UNHAS	:	Universitas Hasanuddin
UNICEF	:	<i>United Nations Children's Fund</i>
USI	:	<i>Universal Salt Iodization</i>
UU	:	Undang – Undang
WG	:	<i>Washington Group</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
WHODAS 2	:	<i>WHO Disability Assessment Schedule 2</i>
WUS	:	Wanita Usia Subur
Yankestrad	:	Pelayanan Kesehatan Tradisional

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Visi rencana pembangunan jangka panjang nasional 2005-2025 adalah Indonesia yang maju, adil, dan makmur. Visi tersebut direalisasikan pada delapan misi pembangunan. Misi pembangunan kesehatan 2010-2014 adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani; melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan; menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya kesehatan; dan menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik. Sistem kesehatan nasional pada tahun 2012 memasukkan penelitian dan pengembangan dalam salah satu sub sistem dari tujuh sub sistem yang ada.

Untuk mencapai visi dan misi di atas, maka salah satu strategi Kementerian Kesehatan RI adalah "Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau, bermutu dan berkeadilan serta berbasis bukti dengan mengutamakan pada upaya promotif dan preventif". Untuk itu diperlukan data kesehatan berskala nasional berbasis fasilitas maupun komunitas yang dikumpulkan secara berkesinambungan dan dapat dipercaya.

Dalam upaya menyediakan data kesehatan yang berkesinambungan maka Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Litbangkes) Kementerian Kesehatan RI melaksanakan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Riskesdas merupakan Riset Kesehatan berbasis komunitas yang dirancang dapat berskala nasional, propinsi dan kabupaten/kota. Riskesdas dilaksanakan secara berkala dengan tujuan untuk melakukan evaluasi pencapaian program kesehatan sekaligus sebagai bahan untuk perencanaan kesehatan. Pada buku ini laporan difokuskan pada hasil pelaksanaan Riskesdas di Provinsi Maluku Utara.

Pada tahun 2007, Riskesdas pertama telah dilakukan, meliputi indikator kesehatan utama, yaitu status kesehatan (penyebab kematian, angka kesakitan, angka kecelakaan, angka disabilitas, dan status gizi), kesehatan lingkungan, konsumsi gizi rumah tangga, pengetahuan-sikap-perilaku kesehatan (Flu Burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, minum alkohol, aktivitas fisik, perilaku konsumsi makanan) dan berbagai aspek mengenai pelayanan kesehatan (akses, cakupan, mutu layanan, pembiayaan kesehatan), termasuk sampel darah anggota rumah tangga (kecuali bayi) pada sub sampel daerah perkotaan.

Hasil Riskesdas 2007 telah banyak dimanfaatkan oleh para pengambil keputusan dan penyelenggara program kesehatan baik di pusat maupun daerah. Selain telah digunakan sebagai bahan penyusunan RPJMN 2010-2014, data Riskesdas juga telah digunakan sebagai dasar penyusunan Indeks Pembangunan Kesehatan (IPKM) yang berguna untuk membuat peringkat kabupaten/kota berdasarkan hasil pembangunan kesehatan serta sebagai dasar Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK).

Pada tahun 2013 dilakukan kembali Riskesdas yang serupa dengan tahun 2007 yaitu dengan keterwakilan sampel hingga tingkat Kabupaten/Kota. Untuk pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut mewakili tingkat provinsi dan sampel biomedis mewakili tingkat nasional.

Tahapan persiapan Riskesdas 2013 telah dilakukan selama satu tahun pada 2012, diawali dengan meninjau kembali indikator kesehatan yang dikumpulkan pada Riskesdas 2007 untuk meningkatkan kualitas data. Selanjutnya beberapa indikator ditambahkan seperti Pemukiman dan Ekonomi, Farmasi, Kesehatan Mental ditambah informasi mengenai gangguan jiwa berat dan pasung, Kesehatan Reproduksi, Frekuensi Konsumsi Makanan Olahan yang Bersumber dari Tepung Terigu, Kesehatan Indera Pendengaran, Pemeriksaan Iodium dalam Air dan Pemeriksaan Iodium Urin pada Wanita Usia Subur (WUS). Indikator status ekonomi dikembangkan dari komposit variabel aset yang termasuk dalam blok Pemukiman dan Ekonomi.

Untuk merespon polemik mengenai sunat perempuan, pada Riskesdas 2013 Sebaliknya ada satu indikator Riskesdas 2007 yang tidak dikumpulkan seperti konsumsi gizi rumah tangga karena akan dilakukan survei tersendiri pada tahun 2014. Demikian pula ada beberapa variabel yang tidak dikumpulkan antara lain ketanggapan pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang HIV/AIDS, kebiasaan minum minuman beralkohol, pengetahuan tentang flu burung, dan kebisingan di sekitar rumah tangga.

1.2. Ruang Lingkup Riskesdas 2013

Seperti telah diuraikan sebelumnya, fokus Riskesdas 2013 ini adalah untuk mengumpulkan data berbasis masyarakat yang dapat digunakan untuk mengevaluasi perubahan status kesehatan di tingkat Kabupaten/kota, Provinsi dan Nasional termasuk IPKM dan indikator MDGs kesehatan.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian untuk Riskesdas 2013 yaitu:

- 1) Bagaimanakah pencapaian status kesehatan masyarakat di tingkat, provinsi, dan kabupaten/kota tahun 2013?
- 2) Apakah telah terjadi perubahan masalah kesehatan spesifik di tingkat provinsi, dan kabupaten/kota?
- 3) Apa dan bagaimana faktor-faktor yang melatarbelakangi status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi, dan kabupaten/kota?
- 4) Faktor apa yang menyebabkan terjadinya perubahan masalah kesehatan?
- 5) Bagaimana korelasi antar faktor terhadap status kesehatan?

Laporan ini baru dapat menjawab pertanyaan penelitian 1 dan 2 sedangkan pertanyaan penelitian 3,4 dan 5 akan dilaporkan tahun 2014 dalam bentuk analisis lanjut.

1.4. Tujuan Riskesdas 2013

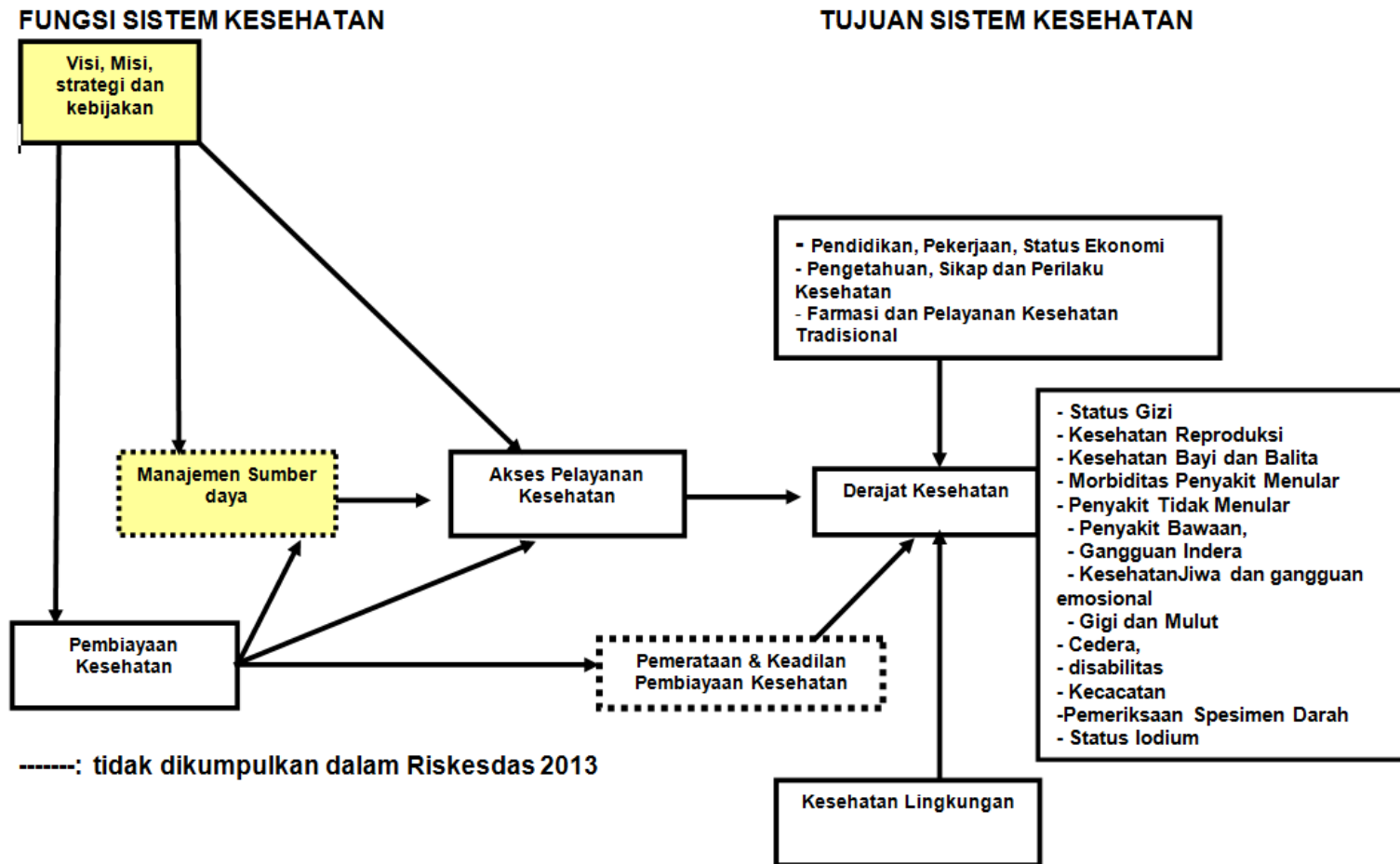
Tujuan Umum:

Menyediakan informasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan di berbagai tingkat administrasi.

Tujuan Khusus:

- 1) Menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan termasuk alokasi sumber daya di berbagai tingkat administrasi.
- 2) Menyediakan peta status dan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota pada tahun 2013.
- 3) Menyediakan informasi perubahan status kesehatan masyarakat yang terjadi dari 2007 ke 2013.
- 4) Menilai kembali disparitas wilayah kabupaten/kota menggunakan IPKM.
- 5) Mengkaji korelasi antar faktor yang menyebabkan perubahan status kesehatan.

1.5. Kerangka Pikir



Gambar 1.5.1

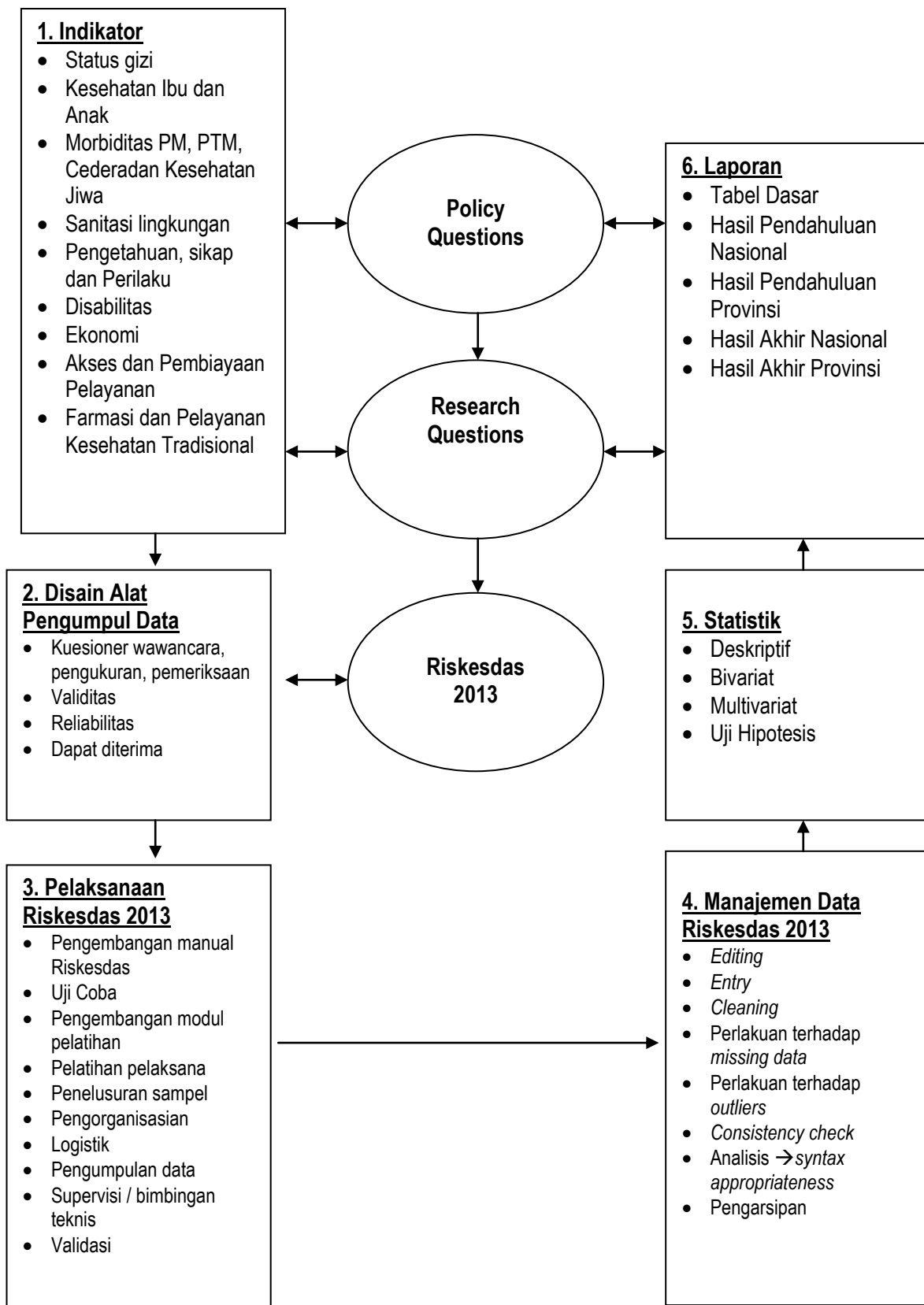
Kerangka pikir Riskesdas 2013 dikembangkan dari Gabungan Sistem Kesehatan WHO dengan konsep model BLUM

1.6. Alur Pikir Riskesdas 2013

Alur pikir (Gambar 1.2) ini secara skematis menggambarkan enam tahapan penting dalam Riskesdas 2007 dan 2013. Keenam tahapan ini terkait erat dengan ide dasar Riskesdas untuk menyediakan data kesehatan yang sah, akurat dan dapat dibandingkan serta dapat menghasilkan estimasi yang dapat mewakili rumah tangga dan individu sampai ke tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional. Siklus yang dimulai dari Tahapan 1 hingga Tahapan 6 menggambarkan sebuah pemikiran yang sistematis dan berlangsung secara berkesinambungan. Dengan demikian, hasil Riskesdas 2013 bukan saja harus mampu menjawab pertanyaan kebijakan, namun dapat memberikan arah bagi pengembangan kebijakan berikutnya.

Untuk menjamin kelayakan dan ketepatangunaan dalam penyediaan data kesehatan yang sah, akurat dan dapat dibandingkan, maka pada setiap tahapan Riskesdas 2013 dilakukan upaya penjaminan mutu yang ketat. Substansi pertanyaan, pengukuran dan pemeriksaan Riskesdas 2013 mencakup data kesehatan yang mengadaptasi sebagian pertanyaan *World Health Survey* tahun 2002 yang dikembangkan oleh *World Health Organization* dan diacu oleh 70 negara di dunia.

Alur Pikir Riskesdas 2013



1.7. Pengorganisasian Riskesdas 2013

Dasar hukum persiapan Riskesdas 2013 adalah Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 113/MENKES/SK/III/2012 tentang Tim Riset Kesehatan Nasional Berbasis Komunitas Tahun 2012-2014. Organisasi persiapan pelaksanaan Riskesdas 2013 dikukuhkan dengan Surat Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan No. HK.02.04/I.4/15/2013, tanggal 2 Januari 2013 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013.

Organisasi pengumpulan data Riskesdas 2013 adalah sebagai berikut :

1. Di tingkat pusat dibentuk Tim Penasehat, Tim Pengarah, Tim Pakar, Tim Teknis, Tim Manajemen dan Tim Pelaksana Pusat :
 - Tim Penasehat terdiri dari Menkes dan Kepala BPS dan Pejabat eselon I Kementerian Kesehatan.
 - Tim Pengarah terdiri dari Kabadan, Pejabat eselon I dan sektor terkait.
 - Tim Pakar terdiri dari para ahli di bidangnya masing-masing.
 - Tim Teknis terdiri dari Pejabat eselon II, Peneliti di lingkungan Badan Litbangkes
 - Tim Manajemen terdiri dari Pejabat eselon II, eselon III dan staf Badan Litbangkes
 - Tim Pelaksana Pusat membentuk Koordinator Wilayah (korwil), setiap korwil yang akan mengkoordinir beberapa provinsi.
2. Di tingkat provinsi dibentuk Tim Pelaksana Riskesdas Provinsi:
 - Tim Pelaksana di tingkat provinsi diketuai oleh Kadinkes Provinsi, Kasubdin Bina Program, Peneliti Badan Litbangkes, dan Kasie Litbang/ Kasie Puldata Dinkes Provinsi.
3. Di tingkat kabupaten/kota dibentuk Tim Pelaksana Riskesdas Kabupaten/Kota :
 - Tim Pelaksana di tingkat kabupaten/ kota diketuai oleh Kadinkes Kabupaten, Kasubdin Bina Program tingkat kabupaten, Peneliti Badan Litbangkes, Politeknik Kesehatan (Poltekkes), dan Kasie Litbangda Dinkes Kab/Kota.

Di tingkat kabupaten/ kota dibentuk tim pengumpul dan manajemen data. Setiap tim pengumpul data mencakup 6 BS (150 Rumah Tangga). Tiap tim pengumpul data terdiri dari 5 orang yang diketuai oleh seorang ketua tim (Katim). Kualifikasi tim pengumpul dan manajemen data termasuk Katim, minimal mempunyai pendidikan D3 Kesehatan.

Tenaga pengumpul dan manajemen data direkrut dari Poltekkes, STIKES, Universitas (Fakultas Kedokteran, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Fakultas Keperawatan, Fakultas Kedokteran Gigi), dll. Di beberapa daerah yang kekurangan tenaga pengumpul dan manajemen data digunakan staf dinas kesehatan kabupaten/ kota dengan persetujuan kepala bidang masing-masing untuk dibebaskan dari tugas rutin.

1.8. Manfaat Riskesdas 2013

Manfaat Penelitian

1. Untuk kabupaten/kota:
 - a. Mampu menyusun perencanaan program lebih akurat sesuai perkembangan masalah kesehatan dalam enam tahun terakhir.
 - b. Mempunyai bahan advokasi yang berbasis bukti.
 - c. Mampu merencanakan dan melaksanakan survei kesehatan lanjutan di wilayahnya.
2. Untuk provinsi dan pusat:
 - a. Mampu memetakan perubahan masalah kesehatan dan menajamkan prioritas pembangunan kesehatan antar wilayah.
 - b. Mempunyai bahan advokasi yang berbasis bukti.
 - c. Mampu merencanakan penelitian lanjutan sesuai dengan permasalahan kesehatan.

3. Untuk Peneliti
 - a. Sebagai sumber data untuk analisis lebih lanjut.
 - b. Sebagai sumber data untuk pengembangan indeks kesehatan.
4. Untuk Institusi Pendidikan
 - a. Sebagai sumber data untuk bahan penulisan tugas akhir.
 - b. Sebagai sumber data untuk analisis lebih lanjut dikaitkan dengan sumber data lainnya.

1.9. Persetujuan Etik Riskesdas 2013

Pelaksanaan Riskesdas tahun 2013, telah memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK), Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI dengan nomor LB.02.01/5.2/KE.006/2013. Persetujuan etik, naskah penjelasan serta formulir *Informed Consent* (Persetujuan Setelah Penjelasan) dapat dilihat pada Lampiran.

BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS

2.1. Desain

Riskesdas adalah sebuah survei dengan desain *cross sectional*. Riskesdas 2013 terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Indonesia, yang terwakili oleh penduduk di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten.

2.2. Lokasi

Sampel Riskesdas 2013 di Provinsi Maluku Utara yang tersebar di 9 Kabupaten/Kota. Beberapa catatan berkenaan dengan lokasi adalah sebagai berikut:

- a) Dalam proses pengumpulan data, ada pergantian BS dari 161 BS yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena jumlah rumah tangga dari BS terpilih mencukupi 25 RT, artinya rumah tangga yang akan menjadi sampel untuk setiap BS sudah terpenuhi dengan kriteria yang sudah ditetapkan
- b) Semua BS berhasil dikumpulkan

2.3. Populasi dan Sampel

Populasi dalam Riskesdas 2013 adalah seluruh rumah tangga biasa yang mewakili 9 kabupaten/kota. Sampel rumah tangga dalam Riskesdas 2013 dipilih berdasarkan *listing* Sensus Penduduk (SP) 2010. Proses pemilihan rumah tangga dilakukan BPS *dengan two stage sampling*, sama dengan metode pengambilan sampel Riskesdas 2007/Susenas 2007. Berikut ini adalah uraian singkat proses penarikan sampel dimaksud.

Penarikan sampel Blok Sensus

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, Riskesdas memilih BS yang telah dikumpulkan SP 2013. Pemilihan BS dilakukan sepenuhnya oleh BPS dengan memperhatikan status ekonomi, dan rasio perkotaan/perdesaan. Untuk sampel biomedis, penarikan sampel dilakukan secara stratified random sampling dengan strata berdasarkan besarnya angka prevalensi malaria dan TB-paru hasil Riskesdas 2007. Secara ukuran provinsi jumlah sampel yang dipilih untuk kesehatan masyarakat adalah sebesar 158 BS dengan 3.950 rumah tangga, sedang untuk sampel biomedis adalah sebesar 3 BS dengan 75 rumah tangga. Dari setiap Kabupaten/Kota diambil sejumlah BS yang *representative* (mewakili) rumah tangga/anggota rumah tangga di provinsi tersebut. Riskesdas 2013 berhasil mengumpulkan data dari seluruh BS. Dengan demikian dari 161 BS yang terpilih, semua BS berhasil dikunjungi (100%). Jumlah sampel BS, Rumah Tangga dan Anggota Rumah Tangga yang dapat dikunjungi disetiap Kabupaten/Kota dapat dilihat pada table 2.1. dan 2.2.

Tabel 2.3.1

Distribusi jumlah rumah tangga dan anggota rumah tangga sampel kesehatan masyarakat yang dapat dikunjungi (respon rate) menurut kabupaten/kota, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Jumlah Blok Sensus Dikunjungi	Jumlah Rumah Tangga			Anggota Rumah Tangga		
		Target	Dikunjungi	Respon rate (%)	Jumlah yang terdata	Diwawancara	Respon Rate (%)
Halmahera Barat	18	450	432	100%	1717	1567	91,26
Halmahera Tengah	13	325	321	100%	1344	1215	90,40
Kepulauan Sula	19	475	466	100%	2064	1871	90,65
Halmahera Selatan	21	525	500	100%	2197	2061	93,81
Halmahera Utara	19	475	471	100%	2006	1873	93,37
Halmahera Timur	18	450	431	100%	1933	1770	91,57
Pulau Morotai	14	350	324	100%	1534	1464	95,44
Ternate	21	525	517	100%	2505	2186	87,27
Tidore Kepulauan	18	450	450	100%	2001	1748	87,36
Maluku Utara	161	4025	3912	100	17301	15755	91,06

Penarikan sampel Rumah Tangga /Anggota Rumah Tangga

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 25 (dua puluh lima) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*). Pemilihan sampel rumah tangga ini dilakukan oleh Penanggung Jawab Tehnis Kabupaten yang sudah dilatih.

2.4. Variabel

Berbagai pertanyaan terkait dengan indikator bidang kesehatan dioperasionalkan menjadi pertanyaan riset dan akhirnya dikembangkan menjadi variabel yang dikumpulkan dengan menggunakan berbagai cara. Dalam Riskesdas 2013 terdapat kurang lebih 315 variabel yang tersebar dalam 2 (dua) jenis kuesioner (lihat file terlampir), dengan rincian variabel pokok sebagai berikut:

- Blok I Pengenalan tempat
- Blok II Keterangan Rumah Tangga
- Blok III Keterangan Pengumpul Data
- Blok IV Keterangan Anggota Rumah Tangga
- Blok V Akses dan Pelayanan Kesehatan
- Blok VI Farmasi dan Pelayanan Kesehatan Tradisional
- Blok VII Gangguan Kesehatan Jiwa Berat dalam Keluarga
- Blok VIII Kesehatan Lingkungan
- Blok IX Pemukiman dan Ekonomi.
- Blok X Keterangan Wawancara Individu
- Blok XI Keterangan Individu
 - a. Penyakit Menular
 - b. Penyakit tidak Menular
 - c. Cedera
 - d. Gigi dan Mulut
 - e. Ketidakmampuan/Disabilitas
 - f. Kesehatan Jiwa
 - g. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku
 - h. Pembiayaan Kesehatan
 - i. Kesehatan Reproduksi
 - j. Kesehatan Anak dan Imunisasi
 - k. Pengukuran dan Pemeriksaan
 - l. Pemeriksaan mata
 - m. Pemeriksaan THT
 - n. Pemeriksaan Status Gigi Permanen
 - o. Pengambilan Spesimen Darah dan Sampel Urin.

2.5. Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data Riskesdas 2013 menggunakan alat dan cara pengumpul data dengan rincian sebagai berikut:

- 1) Pengumpulan data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD13.RT dan Pedoman Pengisian Kuesioner
 - a. Responden untuk Kuesioner RKD13.RT adalah Kepala Keluarga atau Ibu rumah Tangga atau Anggota Rumah Tangga yang dapat memberikan informasi.
 - b. Dalam Kuesioner RKD13.RT terdapat keterangan tentang apakah seluruh anggota rumah tangga diwawancarai langsung, didampingi, diwakili, atau sama sekali tidak diwawancarai.
- 2) Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD13.IND dan Pedoman Pengisian Kuesioner.
 - a. Responden untuk Kuesioner RKD13.IND adalah setiap anggota rumah tangga.
 - b. Khusus untuk anggota rumah tangga yang berusia kurang dari 15 tahun, dalam kondisi sakit maka wawancara dilakukan terhadap anggota rumah tangga yang menjadi pendampingnya.
- 3) Instrumen yang akan digunakan pada Riskesdas 2013 adalah sebagai berikut:
 - a. Timbangan badan
 - b. Alat ukur tinggi badan
 - c. Alat ukur Lingkar pinggang dan Lengan atas
 - d. Lup, senter, pinhole, tali ukur 6 meter, snellen chart

- e. Spekulum
 - f. Tensimeter
 - g. Kaca mulut, antiseptik, tisu, sarung tangan, masker
 - h. Peralatan pemeriksaan dan pengiriman spesimen biomedis (darah, urin, air dan garam)
- 4) Untuk data biomedis, hasil pemeriksaan darah dan pengambilan spesimen dikumpulkan dengan menggunakan formulir tersendiri.

2.6. Manajemen Data

Proses manajemen data Riskesdas 2013 terdiri dari dua tahap, tahap pertama dilakukan di kabupaten/kota yang terdiri dari kegiatan: pengumpulan data, *receiving-batching* (penerimaan-pembukuan), *editing* (kontrol kualitas data), *data entry*, dan pengiriman data elektronik. Tahap kedua dilakukan di satuan kerja Badan Litbangkes pusat yang terdiri dari kegiatan: penerimaan dan penggabungan data seluruh kabupaten/kota, *cleaning data*, penggabungan data provinsi, penggabungan data nasional, *cleaning data* nasional, imputasi, pembobotan, dan penyimpanan data elektronik. Seluruh kegiatan tersebut membutuhkan waktu kurang lebih lima bulan. Tim Manajemen Data yang dipusatkan di Jakarta mengkoordinir manajemen data Riskesdas 2013 secara keseluruhan. Laporan kemajuan pengumpulan data dan manajemen data dapat dikomunikasikan dan dilihat di *website* Badan Litbangkes. Urutan kegiatan manajemen data secara rinci sebagai berikut.

2.6.1 Receiving Batching

Proses Receiving Batching adalah pencatatan penerimaan kuesioner hasil wawancara. Pencatatan dilakukan pada elektronik file yang berisi tentang identitas wilayah yang telah diwawancarai, jumlah Rumah Tangga dan Anggota Rumah Tangga yang diwawancarai dan jumlah yang telah dientri. Manfaat dari proses ini untuk mencocokkan konsistensi jumlah data yg diwawancarai, dientri, dikirim, dan diterima oleh tim manajemen data. Selain itu untuk memantau sampel yang belum diwawancarai. Hal ini untuk menghindari adanya data yang hilang karena proses-proses input atau pengiriman elektronik.

2.6.2 Editing

Pengumpulan data Riskesdas 2013 dilaksanakan oleh tim yang terdiri dari empat pewawancara dan salah satunya merangkap menjadi Ketua Tim. Tim tersebut didampingi oleh penanggung jawab teknis (PJT) Kabupaten/ Kota yang berfungsi sebagai supervisor yang terlibat langsung di lapangan selama kurang lebih satu bulan.

Dalam pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 2013, editing merupakan salah satu mata rantai yang secara potensial dapat menjadi kontrol kualitas data. Editing mulai dilakukan oleh supervisor atau PJT Kabupaten/ Kota semenjak pewawancara selesai melakukan wawancara dengan responden. PJT Kabupaten/ Kota harus memahami makna dan alur pertanyaan.

PJT Kabupaten/Kota melakukan editing kuesioner meliputi pemeriksaan kembali kelengkapan jawaban, termasuk konsistensi alur jawaban, untuk setiap responden pada setiap Blok Sensus. Kelengkapan jawaban dan konsistensi alur jawaban, antara lain seperti :

- Semua pertanyaan terisi sesuai dengan kelompok kriteria yang ditentukan, contoh pertanyaan kesehatan reproduksi hanya diperuntukkan bagi perempuan berumur 15-59 tahun.
- Blok pemeriksaan dan pengukuran sudah terisi

2.6.3 Entry

Program entri data Riskesdas 2013 dikembangkan menggunakan software CSPro 4.0. Program entri tersebut mencakup yang dapat diintegrasikan. Entri Data kuesioner kesmas dan hasil pemeriksaan dilakukan oleh tim pengumpul data di lokasi pengumpulan data.

Data elektronik yang berupa file hasil entri data diserahkan oleh pengumpul data kepada PJT Kabupaten/ Kota. PJT Kabupaten/ Kota menerima data elektronik tersebut dan mengirimnya ke

Tim Manajemen Data melalui email bersama file Receiving Batching bernama "Formulir Kontrol Data.xls". Pengiriman dilakukan setiap selesai entry 1 (satu) Blok Sensus. Setelah mengirim data elektronik dan file formulir kontrol data, PJT Kabupaten/Kota mengisi laporan kemajuan (*progress report*) berbasis web di <http://puldata.litbang.depkes.go.id/adminweb/>. Hasil kemajuan pengumpulan data, penerimaan data dan cleaning data dapat di akses melalui web di alamat <http://puldata.litbang.depkes.go.id>.

2.6.4 Penggabungan Data

File-file data yang telah dikirim oleh PJT Kab/ Kota, digabung oleh tim manajemen data Pusat. Anggota tim manajemen data Propinsi Maluku Utara bertanggung jawab untuk menangani data dari 9 kabupaten/kota. Penanggungjawab data melakukan penggabungan data, kemudian transfer data dari *.dat menjadi *.sav. Langkah selanjutnya cleaning sementara agar dapat segera memberi umpan balik pada tim pewawancara untuk memperbaiki data. Setelah seluruh data mempunyai status bersih sementara selesai digabung, dilanjutkan dengan penggabungan data elektronik secara propinsi. Hasil penggabungan data dari 161 Blok Sensus terdiri dari file Rumah Tangga, file daftar Anggota Rumah Tangga, dan file Individu.

2.6.5 Cleaning

Tahapan *cleaning* dalam manajemen data merupakan proses yang penting untuk menunjang kualitas. Proses ini dilakukan juga dalam Riskesdas 2013. Tim Manajemen Data di Pusat sudah melakukan cleaning awal pada data elektronik setiap provinsi pada saat menerima data elektronik dari PJT Kabupaten/Kota. Apabila ada data yang perlu dikonfirmasi ke tim pengumpul data di Kabupaten, maka tim Manajemen Data Pusat akan berkoordinasi dengan PJT Kabupaten untuk entri ulang bila perlu dan mengirimkan kembali yang sudah diperbaiki melalui email.

Cleaning sementara hanya dilakukan pada variabel-variabel tertentu yang dianggap sangat berisiko untuk salah. Setelah penggabungan keseluruhan provinsi, dilakukan *cleaning* variabel secara keseluruhan.

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 2013.

2.6.6 Imputasi

Imputasi adalah proses untuk penanganan data-data *missing* dan *outlier*. Tim Manajemen Data melakukan imputasi data elektronik secara nasional. Pada data Riskesdas 2013 imputasi dilakukan untuk data-data kontinyu yang *outlier*. Sedangkan data *missing* tetap dipertahankan dengan keterangan tidak bersedia menjawab.

2.7. Keterbatasan Data Riskesdas 2013

Keterbatasan data Riskesdas 2013 berkaitan dengan keterbatasan metoda dan keterbatasan manajemen operasional.

2.7.1 Keterbatasan metoda

Beberapa indikator tidak dapat disajikan sampai tingkat kabupaten/kota karena masalah besar sampel yang mewakili untuk pertanyaan tertentu. Batasan jumlah sampel untuk masing-masing indikator yang masih dapat diterima adalah jika n sampel >30 . Misalnya untuk penentuan status gizi pada balita, jika jumlah sampel balita di suatu kabupaten/kota kurang dari 30, maka walapun hasil analisis disajikan, akan diberi tanda (*) agar pembaca berhati-hati dalam menginterpretasikan hasil tersebut.

2.7.2 Keterbatasan manajemen operasional

Beberapa keterbatasan yang disebabkan faktor manajemen antara lain adalah :

- 1) 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 2 blok sensus yang terpilih.
- 2) Sejumlah rumah tangga yang menjadi sampel ternyata tidak seluruhnya dapat dijumpai oleh Tim Enumerator 2013. Rumah tangga yang berhasil dikunjungi Riskesdas 2013 adalah sebanyak, 100% yang tersebar di seluruh kabupaten/kota (lihat table 2.2).
- 3) Sejumlah anggota rumah tangga dari rumah tangga yang terpilih tidak seluruhnya bisa diwawancarai oleh Tim Enumerator Riskesdas 2013. Pada saat pengumpulan data dilakukan sebagian anggota rumah tangga tidak ada di tempat. Jumlah anggota rumah tangga yang berhasil dikumpulkan adalah 91.6 persen. (lihat tabel 2.2) .

2.8. Pengolahan dan Analisis Data

Hasil pengolahan dan analisis data dipresentasikan pada Bab Hasil dan Pembahasan Riskesdas yang mengikuti blok kuesioner Riskesdas. Jumlah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Riskesdas 2013 yang terkumpul seperti tercantum pada tabel 2..2.

Pada laporan ini seluruh analisis dilakukan berdasarkan jumlah sampel rumah tangga maupun anggota rumah tangga setelah *missing values* dan *outlier* dikeluarkan. Seluruh variabel Riskedas pada saat analisis dilakukan prosedur yang sama, yaitu mengeluarkan *missing values* dan *outlier* serta dilakukan pembobotan sesuai dengan jumlah masing-masing sampel.

Jumlah sampel Riskesdas 2013 cukup untuk kepentingan analisis yang memberikan gambaran nasional maupun provinsi. Pada bab hasil dari masing-masing blok menjelaskan jumlah sampel yang digunakan untuk kepentingan analisis.

BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Sesuai dengan tujuan dari Riskesdas 2013 yaitu memberikan informasi terkini keadaan kesehatan masyarakat, maka hasil dan pembahasan berikut khusus menyajikan indikator untuk menjawab tujuan nomor 1 dan 2.

3.1. Akses Pelayanan Kesehatan

3.1.1 Keberadaan fasilitas kesehatan

Pengetahuan rumah tangga tentang keberadaan fasilitas kesehatan yang terdiri dari rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, puskesmas atau puskesmas pembantu, praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah bersalin, poyandu, poskesdes atau poskestren dan posyandu. Sampel rumah tangga yang dianalisis sebanyak 3912 rumah tangga yang diwawancarai dan data yang ditampilkan berupa persentase pengetahuan rumah tentang keberadaan fasilitas kesehatan tersebut. Persentase pengetahuan rumah tangga terhadap puskesmas atau puskesmas pembantu secara provinsi sebanyak 91,9 persen dan pengetahuan terhadap poskesdes atau poskestren sebanyak 6,3 persen.

Pada tabel 3.1.1 bahwa pengetahuan rumah tangga tentang keberadaan fasilitas kesehatan yang terbanyak adalah puskesmas atau pustu (91,9%) dan terendah adalah poskesdes atau poskestren (6,3%). Jika lihat dari data kabupaten, maka di Halmahera Tengah (98,4%) rumah tangga yang mengetahui keberadaan puskesmas dan terendah di Pulau Morotai (77,7%).

Sedangkan pengetahuan rumah tangga tentang poskesdes atau poskestren yang terbanyak di Halmahera Timur (17%) dan terendah di Halmahera Selatan (0%). Poskesdes atau Poskestren merupakan salah satu Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), sehingga peran masyarakat atau pondok pesantren yang mendirikan dan memiliki fasilitas tersebut.

Tabel 3.1.1

Persentase pengetahuan rumah tangga tentang keberadaan jenis fasilitas kesehatan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	keberadaan fasilitas kesehatan							
	RS Pemerintah	RS Swasta	Puskesmas / Pustu	Praktek dokter/ klinik	Praktek bidan /RB	Posyandu	Poskesdes/ poskestren	Polindes
Halmahera Barat	68,4	4,3	85,8	14,3	31,7	65,2	3,8	30,5
Halmahera Tengah	76,5	0,2	98,4	9,0	0,1	82,8	8,4	0,3
Kepulauan Sula	22,6	0,6	80,0	5,1	8,9	45,6	1,4	3,5
Halmahera Selatan	78,6	0,2	97,1	16,7	0,4	57,2	0	45,2
Halmahera Utara	77,6	75,1	96,7	74,1	72,3	94,3	1,5	21,3
Halmahera Timur	57,9	2,9	93,5	7,4	0,1	62,7	17,0	10,4
Pulau Morotai	61,2	11,2	77,7	14,9	4,0	64,1	15,8	23,3
Ternate	76,5	76,5	95,4	78,0	62,8	65,2	15,9	6,1
Tidore Kepulauan	76,2	1,7	92,2	26,1	4,6	34,6	3,4	25,8
Maluku Utara	67,4	26,7	91,9	34,6	27,5	63,6	6,3	20,4

Pada tabel 3.1.2 informasi pengetahuan rumah tangga tentang fasilitas kesehatan tersebut menurut karakteristik tipe daerah bahwa puskesmas atau puskesmas pembantu di perkotaan sebanyak 93,8 persen dan di perdesaan sebanyak 91,2 persen, sedangkan pengetahuan tentang keberadaan poskesdes atau poskestren di perkotaan sebanyak 8,9 persen dan di perdesaan sebanyak 5,3 persen.

Jika dilihat dari kuintil indeks kepemilikan, bahwa rumah tangga dengan kriteria terbawah mempunyai kecenderungan pengetahuan yang rendah terhadap keberadaan fasilitas kesehatan. Misalnya pengetahuan rumah tangga tentang keberadaan rumah sakit pemerintah, pada kuintil terbawah sebanyak 48,8 persen dan pada kuintil teratas sebanyak 80,2 persen. Pada fasilitas kesehatan polindes terjadi sebaliknya, bahwa rumah tangga dengan kuintil menengah bawah mengetahui keberadaan polindes sebanyak 32,3 persen dan kuintil teratas sebanyak 7,1 persen. Pengetahuan tentang keberadaan rumah sakit swasta pada penduduk teratas 52,1 persen dan terbawah 8,7 persen. Untuk keberadaan puskesmas atau puskesmas pembantu pada penduduk menengah atas 94,1 persen dan terbawah 88,9 persen. Pengetahuan keberadaan posyandu pada penduduk menengah bawah 64,5 persen dan teratas 59,5 persen.

Tabel 3.1.2
Persentase pengetahuan rumah tangga tentang keberadaan fasilitas kesehatan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	keberadaan fasilitas kesehatan							
	RS Pemerintah	RS Swasta	Puskesmas/ Pustu	Praktek dokter/ klinik	Praktek bidan /RB	Posyandu	Poskesdes/ poskestren	Polindes
Tempat Tinggal								
Perkotaan	80,4	54,6	93,8	69,3	48,3	59,2	8,9	9,5
Perdesaan	62,5	16,4	91,2	21,7	19,7	65,3	5,3	24,5
Kuintil Indeks Kepemilikan								
Terbawah	48,8	8,7	88,9	8,9	12,3	62,7	6,6	32,3
Menengah bawah	65,9	20,6	91,6	23,2	23,6	68,2	4,9	26,4
Menengah	68,3	22,8	91,2	30,5	26,5	64,5	6,0	18,4
Menengah atas	75,9	31,7	94,2	43,1	29,7	63,2	7,6	16,1
Teratas	80,2	52,1	94,1	70,5	47,0	59,5	6,5	7,1

3.1.2 Keterjangkauan fasilitas kesehatan

Keterjangkauan fasilitas kesehatan dalam riskesdas 2013 ini dilihat dari aspek moda transportasi, waktu tempuh (dalam satuan menit) dan biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan. Moda transportasi yang digunakan menuju fasilitas kesehatan tersebut berupa mobil pribadi, kendaraan umum, jalan kaki, sepeda motor, sepeda, perahu, transportasi udara (kecuali ke posyandu, poskesdes dan polindes) dan lainnya, yang menggunakan lebih dari satu moda transportasi. Dalam penyajian hasil bahwa moda transportasi tersebut dibedakan menurut fasilitas kesehatan yang ada.

Pengetahuan rumah tangga tentang waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan dihitung dalam bentuk menit yang dibuat menjadi 4 kategori yaitu ≤ 15 menit; 16 – 30 menit; 31-60 menit dan > 60 menit. Sedangkan biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan dalam mata uang rupiah dibuat 4 kategori yaitu ≤ 10.000 ; $>10.000 - 50.000$; $>50.000 - 200.000$ dan >200.000 .

Pada tabel 3.1.3 bahwa pengetahuan rumah tangga menuju ke rumah sakit pemerintah yang terbanyak menggunakan kendaraan umum (44,3%), sepeda motor (25,2%), dan lebih dari satu moda (17,55). Pengetahuan rumah tangga yang menggunakan kendaraan umum menuju rumah sakit pemerintah tertinggi di Halmahera Selatan (55,9%) dan terendah di Halmahera tengah (18,6%).

Pengetahuan rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah menggunakan sepeda motor tertinggi di Ternate (64,15) dan terendah di Halmahera Selatan (8,3%). Pada penggunaan yang lebih dari satu moda transportasi terbanyak di Kepulauan Sula (40,4%) dan terendah di Halmahera Selatan (2,2%).

Tabel 3.1.3

Persentase rumah yang dapat menggunakan moda transportasi menuju rumah sakit pemerintah menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Moda transportasi							
	mobil pribadi	kendaraan umum	jalan kaki	sepeda motor	sepeda	perahu	lainnya	lebih dari 1 moda
Halmahera Barat	3,0	49,1	0,1	31,3		2,7	0,9	12,5
Halmahera Tengah	0,4	18,6	1,1	14,3		5,3	8,4	51,5
Kepulauan Sula	1,1	31,8	0,3	25,7			0,6	40,4
Halmahera Selatan	2,0	55,9		8,3		10,2	21,5	2,2
Halmahera Utara	0,5	54,8	0,2	9,6	0,0	2,3	3,5	29,0
Halmahera Timur	3,8	52,0	0,6	12,5		7,5	2,4	21,2
Pulau Morotai	5,5	53,2	0,2	30,7	1,4	5,2	0,7	3,1
Ternate	6,3	20,9	0,4	64,1				8,3
Tidore Kepulauan	1,7	52,3		16,7			0,3	28,9
Maluku Utara	2,8	44,3	0,2	25,2	0,1	3,8	6,0	17,5

Pada tabel 3.1.4 memberikan informasi menurut karakteristik bahwa rumah tangga yang menggunakan moda transportasi dengan kendaraan umum menuju rumah sakit pemerintah di perkotaan sejumlah 31,8 persen dan di pedesaan 50,3 persen. Sementara itu, rumah tangga yang menggunakan sepeda motor menuju rumah sakit pemerintah di perkotaan (56,15) lebih tinggi daripada di pedesaan (10,4%). Rumah tangga yang menggunakan lebih dari 1 moda transportasi di perkotaan (5,9%) lebih rendah daripada di pedesaan (23%).

Menurut kuintil indeks kepemilikan rumah tangga yang menggunakan kendaraan umum paling tinggi dilakukan oleh kuintil indeks kepemilikan menengah (52,8%) dan terendah oleh teratas (25,9%). Sementara itu, sepeda motor tertinggi pada kuintil indeks kepemilikan teratas (48,2%) dan terendah KIK terbawah (4,4%), sedangkan yang menggunakan lebih dari 1 moda transportasi banyak dilakukan oleh kuintil indeks kepemilikan menengah (25%).

Tabel 3.1.4
 Persentase rumah tangga yang dapat menggunakan moda transportasi menuju rumah sakit pemerintah menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Moda transportasi							
	mobil pribadi	kendaraan umum	jalan kaki	sepeda motor	sepeda	perahu	lainnya	lebih dari 1 moda
Tempat Tinggal								
Perkotaan	5,0	31,8	0,5	56,1	0,0	0,1	0,7	5,9
Perdesaan	1,8	50,3	0,1	10,4	0,1	5,6	8,5	23,0
Kuintil Indeks Kepemilikan								
Terbawah		47,4	0,1	4,4	0,0	11,0	20,4	16,8
Menengah bawah	0,9	49,2	0,2	7,6		8,9	8,5	24,6
Menengah	1,8	52,8	0,2	16,0		0,8	3,2	25,0
Menengah atas	1,2	50,0	0,4	29,1	0,3	0,6	1,8	16,7
Teratas	8,7	25,9	0,2	58,2		0,2	0,3	6,4

Tabel 3.1.5 pengetahuan rumah tangga yang menggunakan moda transportasi menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut kabupaten terbanyak menggunakan sepeda motor 36,4 persen; kendaraan umum 28,9 persen; jalan kaki 17,2 persen; lebih dari 1 moda transportasi 7,8 persen; perahu 4,5 persen; lainnya 3,8 persen; mobil pribadi 1,2 persen; dan sepeda 0,1 persen.

Tabel 3.1.5
 Persentase rumah tangga yang dapat menggunakan moda transportasi menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Moda transportasi							
	mobil pribadi	kendaraan umum	jalan kaki	sepeda motor	sepeda	perahu	lainnya	lebih dari 1 moda
Halmahera Barat	2,1	39,4	4,9	33,2	0,0	10,1	0,1	10,1
Halmahera Tengah	0,3	8,6	41,3	39,5	0,3			9,9
Kepulauan Sula	0,3	6,2	46,0	25,4	0,5	0,4		21,3
Halmahera Selatan	0,6	42,9	4,7	17,7		12,9	17,3	3,9
Halmahera Utara	0,4	34,7	24,8	21,3	0,0	3,8	2,8	12,3
Halmahera Timur	1,0	11,6	24,6	62,0				0,8
Pulau Morotai	1,7	27,9	30,2	28,4	0,3	10,2	0,6	0,7
Ternate	2,8	13,5	5,6	73,3				4,8
Tidore Kepulauan	1,7	61,8	7,4	25,5				3,6
Maluku Utara	1,2	28,9	17,2	36,4	0,1	4,5	3,8	7,8

Jika dilihat dari moda transportasi sepeda motor menurut kabupaten terbanyak di Ternate (73,3%), sedangkan terendah di Halmahera Selatan (17,7%). Rumah tangga yang menggunakan kendaraan umum terbanyak di Tidore Kepulauan (61,8%) dan terendah di Kepulauan Sula (6,25). Sedangkan yang menggunakan lebih dari 1 moda transportasi terbanyak di Kepulauan Sula (21,3) dan terendah di Pulau Morotai (0,7%).

Tabel 3.1.6 menjelaskan tentang pengetahuan rumah tangga yang menggunakan moda transportasi menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut karakteristik tipe daerah dan kuintil indeks kepemilikan. Pada penggunaan sepeda motor di perkotaan (62%) lebih tinggi

daripada di pedesaan (26,6%). Penggunaan kendaraan umum menuju puskesmas di pedesaan (31,25) lebih tinggi daripada di perkotaan (22,8%). Rumah tangga yang jalan kaki menuju ke puskesmas di pedesaan (21,6%) lebih tinggi daripada di perkotaan *5,8%). Sedangkan yang menggunakan lebih dari 1 moda transportasi di perkotaan 5,7 persen dan pedesaan 8,6 persen.

Tabel 3.1.6

Persentase rumah tangga yang dapat menggunakan moda transportasi menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Moda transportasi							
	mobil pribadi	kendaraan umum	jalan kaki	sepeda motor	sepeda	perahu	lainnya	lebih dari 1 moda
Tempat Tinggal								
Perkotaan	2,6	22,8	5,8	62,0	0,0	1,1	0,0	5,7
Pedesaan	0,7	31,2	21,6	26,6	0,1	5,8	5,3	8,6
Kuntil Indeks Kepemilikan								
Terbawah		29,3	29,0	12,8		8,2	10,9	9,8
Menengah bawah	0,3	33,8	22,3	19,6	0,0	10,5	5,3	8,2
Menengah	0,1	33,5	19,0	36,7	0,4	2,3	0,9	7,1
Menengah atas	0,4	32,9	12,4	43,1	0,1	0,7	1,3	9,2
Teratas	5,5	15,3	2,8	71,4		0,3	0,1	4,6

Tabel 3.1.7 waktu tempuh menuju rumah sakit pemerintah <16 menit sejumlah 18,3 persen, 16-30 menit sejumlah 30,5 persen, 31-60 menit sejumlah 14,1 persen dan >60 menit sejumlah 37 persen. Jika dilihat waktu tempuh <16 menit, maka terbanyak di Tidore Kepulauan 41,2 persen dan terendah di Halmahera Timur (3,4%). Pada waktu tempuh 16-30 menit menuju rumah sakit pemerintah terbanyak di Ternate 54,8 persen dan terendah di Halmahera Tengah 3 persen. Pada waktu tempuh 31-60 menit, tertinggi di Halmahera Barat (29,8%) dan terendah di Halmahera Selatan (0%). Untuk waktu tempuh >60 menit tertinggi di Halmahera Tengah (71,1%) dan terendah di Ternate (6,8%).

Tabel 3.1.7

Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Waktu tempuh (menit)			
	< 16 menit	16-30 menit	31-60 menit	> 60 menit
Halmahera Barat	13,4	20,0	29,8	36,8
Halmahera Tengah	15,5	3,0	10,4	71,1
Kepulauan Sula	39,1	12,4	0,7	47,9
Halmahera Selatan	14,7	37,2	0,0	48,2
Halmahera Utara	16,5	21,2	18,2	44,1
Halmahera Timur	3,4	12,5	16,3	67,8
Pulau Morotai	18,4	32,4	14,3	34,9
Ternate	15,9	54,8	22,5	6,8
Tidore Kepulauan	41,2	28,4	9,5	20,8
Maluku Utara	18,3	30,5	14,1	37,0

Tabel 3.1.8. Waktu tempuh rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah pada <16 menit lebih tinggi di perkotaan (36,8%) daripada di perdesaan (9,6%). Sebaliknya >60 menit lebih tinggi di perdesaan (52,3%) daripada di perkotaan (4,9%). Menurut kuintil indeks kepemilikan dengan waktu tempuh terdapat kecenderungan. Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, maka waktu tempuh yang digunakan semakin sebentar (<16 menit), dan sebaliknya semakin rendah kuintil indeks kepemilikan semakin lama pula waktu tempuh yang digunakan (>60 menit).

Tabel 3.1.8
Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Waktu tempuh (menit)			
	< 16 menit	16 - 30 menit	31 - 60 menit	> 60 menit
Tempat Tinggal				
Perkotaan	36,8	48,4	9,9	4,9
Perdesaan	9,6	22,0	16,1	52,3
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Teratas	2,6	20,0	8,2	69,2
Menengah Atas	10,0	21,1	12,9	56,1
Menengah	18,2	24,2	16,5	41,1
Menengah Bawah	21,9	36,3	18,1	23,7
Terbawah	33,0	45,6	13,3	8,0

Tabel 3.1.9 memberi informasi tentang waktu tempuh rumah tangga menuju pukesmas dan puskesmas pembantu terbanyak dengan waktu <16 menit sejumlah 56,8 persen dan >60 menit sejumlah 8,2 persen. Jika dilihat data menurut kabupaten dengan waktu tempuh <16 menit tertinggi di Tidore Kepulauan (87,7%) dan terendah di Halmahera Selatan (41,6%). Sebaliknya, kabupaten dengan waktu tempuh >60 menit tertinggi di Halmahera Selatan (31,4%) dan terendah di Tidore Kepulauan (0,3%).

Tabel 3.1.9
Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Waktu tempuh (menit)			
	< 16 menit	16-30 menit	31-60 menit	> 60 menit
Halmahera Barat	48,2	33,2	14,0	4,6
Halmahera Tengah	81,0	16,0	2,6	0,5
Kepulauan Sula	51,2	23,3	19,3	6,3
Halmahera Selatan	41,6	21,2	5,8	31,4
Halmahera Utara	59,3	34,4	4,3	2,1
Halmahera Timur	60,2	26,3	8,0	5,5
Pulau Morotai	66,1	20,6	9,3	4,0
Ternate	53,1	39,7	6,8	0,4
Tidore Kepulauan	87,7	10,6	1,5	0,3
Maluku Utara	56,8	27,3	7,7	8,2

Tabel 3.1.10 memberi informasi tentang waktu tempuh rumah tangga menuju puskesmas atau puskesmas pembantu dilihat dari karakteristik tipe daerah dan kuintil indeks kepemilikan. Pada rumah tangga di perkotaan (64,6%) mempunyai waktu tempuh <16 menit lebih tinggi daripada di pedesaan (53,8%). Sebaliknya, waktu tempuh >60 menit lebih tinggi di pedesaan (11,3%) daripada di perkotaan (0,2%). Sementara itu, terdapat kecenderungan waktu tempuh menuju puskesmas atau puskesmas pembantu pada kuintil indeks kepemilikan. Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan maka semakin tinggi pula waktu tempuh menuju puskesmas atau puskesmas pembantu kurang dari 16 menit. Sebaliknya.

Tabel 3.1.10
Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Waktu tempuh (menit)			
	< 16 menit	16 - 30 menit	31 - 60 menit	> 60 menit
Tempat Tinggal				
Perkotaan	64,6	30,9	4,3	0,2
Pedesaan	53,8	25,9	9,0	11,3
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	36,0	27,4	17,6	19,0
Menengah Bawah	49,1	28,5	7,3	15,1
Menengah	63,9	28,6	3,6	3,9
Menengah Atas	66,6	26,3	5,4	1,7
Teratas	70,2	25,7	3,9	0,3

Tabel 3.1.11 waktu tempuh rumah tangga menuju posyandu paling tinggi <16 menit (94,4%) dan paling rendah 31-60 menit (0,1%). Jika dilihat berdasarkan kabupaten, kabupaten tertinggi dengan waktu tempuh menuju posyandu kurang dari 16 menit adalah Halmahera Selatan (99,8%) dan paling rendah Kepulauan Sula (81,7%).

Tabel 3.1.11
Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju posyandu menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Waktu tempuh (menit)			
	< 16 menit	16-30 menit	31-60 menit	> 60 menit
Halmahera Barat	95,4	4,6	0,0	0,0
Halmahera Tengah	93,0	5,2	0,0	1,8
Kepulauan Sula	81,7	15,3	0,0	3,0
Halmahera Selatan	99,8	0,2	0,0	0,0
Halmahera Utara	95,1	3,6	0,4	0,9
Halmahera Timur	96,8	3,2	0,0	0,0
Pulau Morotai	96,0	3,5	0,0	0,5
Ternate	92,7	6,9	0,1	0,3
Tidore Kepulauan	97,7	2,3	0,0	0,0
Maluku Utara	94,4	4,8	0,1	0,7

Tabel 3.1.12 menampilkan waktu tempuh rumah tangga menuju posyandu menurut tipe daerah dan kuintil indeks kepemilikan. Untuk waktu tempuh < 16 menit di perkotaan 96,1 persen dan perdesaan 93,9 persen. Dengan waktu 16-30 menit di perkotaan 3,9 persen dan perdesaan 5,1 persen.

Pada kuintil indeks kepemilikan dengan waktu tempuh ke posyandu < 16 menit pada penduduk teratas 92,6 persen dan terbawah 85,3 persen. Dengan waktu tempuh 16-30 menit pada penduduk terbawah 0,2 persen dan menengah teratas serta teratas masing masing 1,2 persen.

Tabel 3.1.12
Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju posyandu menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Waktu tempuh (menit)			
	< 16 menit	16 - 30 menit	31 - 60 menit	> 60 menit
Tempat Tinggal				
Perkotaan	96,1	3,9	0,0	0,0
Pedesaan	93,9	5,1	0,1	0,9
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Teratas	92,6	2,8	0,5	1,2
Menengah Atas	94,2	5,1	0,0	0,7
Menengah	94,0	5,2	0,0	0,8
Menengah Bawah	96,3	3,6	0,0	0,2
Terbawah	85,3	11,8	0,1	0,2

Tabel 3.1.13 waktu tempuh rumah tangga menuju polindes secara provinsi paling tinggi kurang dari 16 menit (96%) dan paling rendah 31-60 menit dan >60 menit, masing-masing 0,7 persen. Kabupaten yang memiliki 100 persen waktu tempuh <16 menit adalah Halmahera Tengah, Kepulauan Sula, Halmahera Timur, dan Tidore Kepulauan.

Tabel 3.1.13
Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju polindes menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Waktu tempuh (menit)			
	< 16 menit	16-30 menit	31-60 menit	> 60 menit
Halmahera Barat	93,4	6,0	0,0	0,6
Halmahera Tengah	100,0	0,0	0,0	0,0
Kepulauan Sula	100,0	0,0	0,0	0,0
Halmahera Selatan	98,1	0,3	0,5	1,1
Halmahera Utara	91,0	6,8	2,2	0,0
Halmahera Timur	100,0	0,0	0,0	0,0
Pulau Morotai	89,9	8,3	0,0	1,8
Ternate	96,6	0,0	2,4	0,9
Tidore Kepulauan	100,0	0,0	0,0	0,0
Maluku Utara	96,0	2,6	0,7	0,7

Tabel 3.1.14 waktu tempuh rumah tangga menuju polindes ≤ 15 menit di perkotaan 93,5 persen dan perdesaan 86,3 persen. Dengan waktu tempuh 16-30 menit di perkotaan 5,7 persen dan perdesaan 10,9 persen. Pada kuintil indeks kepemilikan dengan waktu ≤ 15 menit pada penduduk teratas 94,1 persen dan terbawah 75,5 persen.

Tabel 3.1.14
Persentase waktu tempuh rumah tangga menuju polindes menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Waktu tempuh (menit)			
	< 16 menit	16 - 30 menit	31 - 60 menit	> 60 menit
Tempat Tinggal	99,1	0,7	0,0	0,1
Perkotaan	95,6	2,8	0,8	0,8
Perdesaan				
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Teratas	97,3	2,0	0,0	0,7
Menengah Atas	94,2	3,6	2,2	0,1
Menengah	95,4	2,2	0,8	1,7
Menengah Bawah	96,8	2,3	0,0	0,9
Terbawah	97,0	3,0	0,0	0,0

Tabel 3.1.15 biaya transportasi rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah dari 0,4 % rumah tangga yang menjawab pertanyaan ini, terdapat 29 rumah tangga yang tidak menjawab. Biaya yang dikeluarkan oleh rumah tangga untuk menuju rumah sakit pemerintah di Provinsi Maluku Utara terbanyak adalah \leq Rp. 10.000 (39,7%) dan terendah adalah >50.000 (26,7%). Kabupaten atau kota yang memiliki presentase biaya \leq Rp. 10.000 tertinggi untuk menuju rumah sakit pemerintah adalah Ternate (74,2%) dan terendah Halmahera Timur (3,8%).

Tabel 3.1.15
Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Biaya Menuju ke RS Pemerintah			Tidak Menjawab
	$\leq 10.000,-$	$>10.000 - 50.000,-$	$>50.000,-$	
Halmahera Barat	13,8	50,4	35,1	0,8
Halmahera Tengah	15,8	13,1	71,1	
Kepulauan Sula	60,4	39,6		
Halmahera Selatan	18,2	36,3	45,5	
Halmahera Utara	44,1	40,9	13,6	1,4
Halmahera Timur	3,8	35,9	60,0	0,4
Pulau Morotai	20,2	57,1	22,7	
Ternate	74,2	22,1	3,3	0,3
Tidore Kepulauan	69,8	13,4	16,8	
Maluku Utara	39,7	33,2	26,7	0,4

Tabel 3.1.16 memberi informasi tentang karakteristik rumah tangga tentang biaya transportasi menuju rumah sakit pemerintah. Biaya \leq Rp.10.000 di perkotaan (79,4%) lebih tinggi daripada di perdesaan (20,8%). Sebaliknya biaya $>$ Rp.50.000 lebih tinggi di perdesaan (38,4%) daripada di perkotaan (2,0%). Sementara itu, berdasarkan kuintil indeks kepemilikan terdapat kecenderungan. Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, maka semakin sedikit pula biaya yang dikeluarkan untuk menuju rumah sakit pemerintah (\leq Rp. 10.000). Sebaliknya, semakin rendah kuintil indeks kepemilikan, maka semakin banyak pula biaya yang dikeluarkan untuk menuju rumah sakit pemerintah ($>$ Rp.50.000).

Tabel 3.1.16
Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Biaya Menuju ke RS Pemerintah			
	\leq 10.000,-	$>$ 10.000 - 50.000,-	$>$ 50.000,-	Tidak Menjawab
Tempat Tinggal				
Perkotaan	79,4	18,6	2,0	
Perdesaan	20,8	40,1	38,4	0,6
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	10,6	32,0	57,2	0,2
Menengah bawah	24,2	33,7	41,5	0,6
Menengah	32,6	42,1	24,7	0,5
Menengah atas	49,1	33,7	16,4	0,8
Teratas	69,9	25,7	4,4	

Tabel 3.1.17 memberi informasi tentang biaya transportasi sekali jalan menuju puskesmas atau puskesmas pembantu. Biaya yang dikeluarkan oleh rumah tangga di Provinsi Maluku Utara paling banyak \leq Rp. 10.000 (74,7%) dan paling sedikit $>$ Rp. 50.000 (2,1%). Berdasarkan kabupaten, kabupaten paling banyak mengeluarkan biaya \leq Rp. 10.000 adalah Tidore Kepulauan (98,2%) dan paling rendah di Halmahera Selatan (42,2%).

Tabel 3.1.17
Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Biaya Menuju ke Puskesmas/Puskesmas Pembantu			
	\leq 10.000,-	$>$ 10.000 - 50.000,-	$>$ 50.000,-	Tidak Menjawab
Halmahera Barat	53,6	45,3	1,1	
Halmahera Tengah	84,9	13,2	1,7	0,2
Kepulauan Sula	77,5	21,6	0,9	
Halmahera Selatan	42,2	51,8	6,1	
Halmahera Utara	91,9	6,9	0,4	0,9
Halmahera Timur	71,4	27,4	1,1	0,1
Pulau Morotai	70,9	19,0	9,6	0,5
Ternate	90,5	8,9	0,6	
Tidore Kepulauan	98,2	1,2	0,6	
Maluku Utara	74,7	23,0	2,1	0,2

Tabel 3.1.18 menurut karakteristik tempat tinggal dimana biaya transportasi sekali jalan menuju puskesmas atau puskesmas pembantu dengan kategori \leq Rp.10.000 di perkotaan 93,5% persen dan perdesaan 67,5% persen. Untuk biaya antara $>$ Rp. 10.000 – Rp.50.000 di perkotaan 6,5 persen dan perdesaan 29,4 persen. Jika dilihat dari kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, maka semakin sedikit pula biaya yang dikeluarkan. Sebaliknya, semakin rendah kuintil indeks kepemilikan, maka semakin banyak pula biaya yang dikeluarkan.

Tabel 3.1.18
Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju puskesmas atau puskesmas pembantu menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Biaya Menuju ke Puskesmas/Puskesmas Pembantu			
	\leq 10.000,-	$>$ 10.000 - 50.000,-	$>$ 50.000,-	Tidak Menjawab
Tempat Tinggal				
Perkotaan	93,5	6,5	0,0	0,0
Perdesaan	67,5	29,4	2,9	0,2
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	51,1	44,6	4,3	
Menengah bawah	64,3	31,4	3,9	0,4
Menengah	83,1	15,7	1,1	
Menengah atas	87,0	12,3	0,2	0,5
Teratas	90,0	9,2	0,8	

Tabel 3.1.19 menampilkan biaya transportasi rumah tangga sekali jalan menuju posyandu menurut kabupaten terbanyak dengan biaya \leq Rp.10.000 (99,1%) dan terendah $>$ Rp.10.000 (0,8%). Jika dilihat per kabupaten yang mengeluarkan biaya transportasi \leq Rp.10.000 terbanyak di Halmahera Selatan, Pulau Morotai, dan Tidore Kepulauan dengan presentase 100 persen. Sementara itu, biaya $>$ Rp 10.000 banyak terjadi di Kepulauan Sula (3,3%).

Tabel 3.1.19
Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju posyandu menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Biaya Menuju ke Posyandu		
	\leq 10.000,-	$>$ 10.000,-	Tidak Menjawab
Halmahera Barat	99,7	0,3	
Halmahera Tengah	99,2	0,8	
Kepulauan Sula	96,7	3,3	
Halmahera Selatan	100,0		
Halmahera Utara	99,3	0,1	0,6
Halmahera Timur	97,4	2,6	
Pulau Morotai	100,0		
Ternate	99,1	0,9	
Tidore Kepulauan	100,0		
Maluku Utara	99,1	0,8	0,1

Tabel 3.1.20 biaya transportasi rumah tangga sekali jalan menuju posyandu menurut karakteristik dengan biaya ≤ Rp.10.000 di perkotaan dan perdesaan tidak jauh berbeda. Menurut kuintil indeks kepemilikan terdapat kecenderungan, semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, maka semakin sedikit pula biaya yang dikeluarkan. Sebaliknya, semakin rendah kuintil indeks kepemilikan, maka semakin banyak pula biaya yang dikeluarkan.

Tabel 3.1.20
Persentase biaya transportasi rumah tangga menuju posyandu menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Biaya Menuju ke Posyandu		
	≤10.000,-	>10.000,-	Tidak Menjawab
Tempat Tinggal			
Perkotaan	99,3	0,7	
Perdesaan	99,0	0,8	0,2
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	100,0		
Menengah bawah	98,9	0,6	0,5
Menengah	99,8	0,2	
Menengah atas	99,0	0,8	0,2
Teratas	97,7	2,3	

3.2. Farmasi dan Pelayanan Kesehatan Tradisional

Bahasan Farmasi dan Pelayanan Kesehatan Tradisional (Yankestrad) bertujuan mengetahui proporsi rumah tangga (RT) yang menyimpan obat untuk swamedikasi, proporsi rumah tangga yang memiliki pengetahuan benar tentang Obat Generik (OG) dan sumber informasi tentang OG. Pertanyaan Yankestrad mencakup jenis dan alasan memanfaatkan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun terakhir.

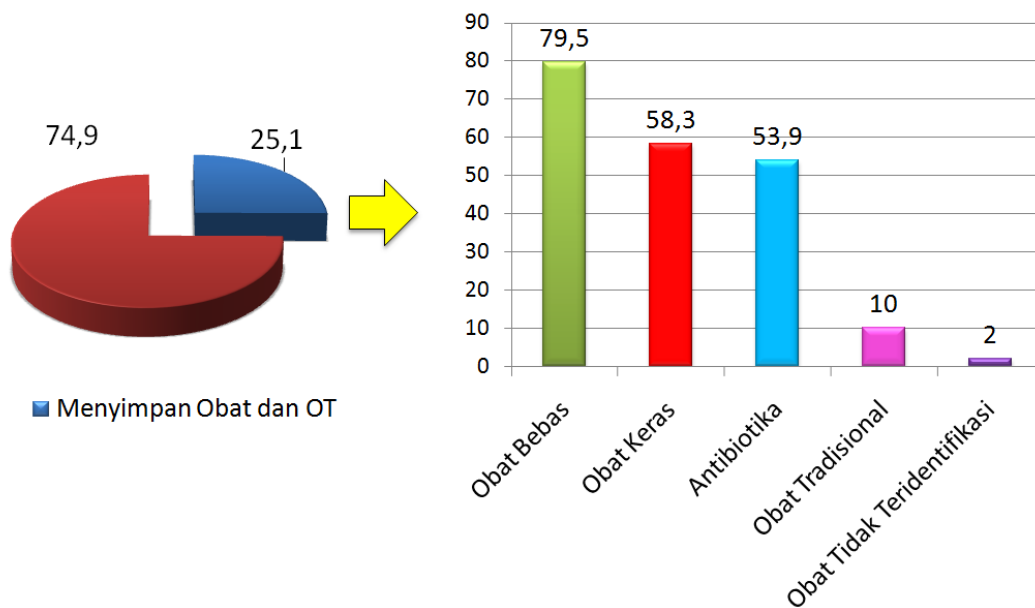
3.2.1. Penyimpanan Obat dan Obat Tradisional (OT) di Rumah Tangga

Rumah tangga di Maluku Utara menyimpan obat untuk pengobatan sendiri (swamedikasi), dengan proporsi tertinggi rumah tangga di Ternate (39,6%) dan terendah di Halmahera Tengah (17,2%) dan Halmahera Barat (17,2%). Rerata sediaan obat yang disimpan hampir 3 macam, tertinggi di Ternate (4) dan Kepulauan Sula (4) dan terendah di Halmahera Utara (2) (Tabel 3.2.1).

Tabel 3.2.1
Proporsi rumah tangga yang menyimpan obat, dan rerata jumlah obat yang disimpan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten/Kota	Menyimpan Obat	
	Ya	Rerata Jumlah Obat
Halmahera Barat	17,2	2,78
Halmahera Tengah	17,2	3,10
Kepulauan Sula	20,6	4,06
Halmahera Selatan	21,7	2,85
Halmahera Utara	18,4	2,70
Halmahera Timur	20,4	3,04
Pulau Morotai	30,6	4,01
Ternate	39,6	4,70
Tidore Kepulauan	35,4	3,33
Maluku Utara	25,1	3,61

Gambar 3.2.1 menunjukkan bahwa dari 25,1 persen rumah tangga yang menyimpan obat untuk swamedikasi, terdapat obat keras, obat bebas, antibiotika, obat tradisional dan obat-obat yang tidak teridentifikasi. Secara provinsi proporsi RT yang menyimpan obat keras 58,3 persen dan antibiotika 53,9 persen. Adanya obat keras dan antibiotika untuk swamedikasi menunjukkan penggunaan obat yang tidak rasional.



Gambar 3.2.1
Proporsi rumah tangga yang menyimpan obat dan jenis obat yang disimpan, Provinsi Maluku Utara 2013

Berdasarkan karakteristik, hampir tidak ada perbedaan dalam hal jenis obat yang disimpan di rumah tangga (Tabel 3.2.2)

Tabel 3.2.2
Proporsi jenis obat yang disimpan
menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Obat keras	Obat bebas	Antibiotika	Obat tradisional	Obat tidak teridentifikasi
Tempat Tinggal					
Perkotaan	61,2	84,6	57,3	2,6	11,4
Perdesaan	55,7	75,0	51,0	1,4	8,8
Kuntil Indeks Kepemilikan					
Teratas	59,5	73,8	48,8	2,0	8,7
Menengah Atas	48,5	73,4	44,7	3,3	6,5
Menengah	56,1	69,4	54,3	0,9	7,5
Menengah Bawah	60,4	81,6	55,2	1,0	11,0
Terbawah	60,7	86,1	57,3	2,7	11,9

Tabel 3.2.3 menunjukkan rumah tangga menyimpan antibiotika dan obat keras yang diperoleh tanpa resep dokter. Secara provinsi 82 persen rumah tangga menyimpan obat keras yang diperoleh tanpa resep dengan proporsi tertinggi di Ternate (88%) dan terendah di Halmahera Timur (65,5%). Delapan puluh lima koma sembilan persen rumah tangga menyimpan antibiotika tanpa resep, dengan proporsi tertinggi di Tidore Kepulauan (94%) dan terendah di Halmahera Tengah (68,1%).

Tabel 3.2.3
Proporsi rumah tangga yang menyimpan obat keras dan antibiotika tanpa resep menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten/kota	Jenis obat tanpa resep	
	Obat keras	Antibiotika
Halmahera Barat	77,8	76,5
Halmahera Tengah	72,6	68,1
Kepulauan Sula	85,8	91,9
Halmahera Selatan	82,7	86,2
Halmahera Utara	77,8	78,5
Halmahera Timur	65,5	74,5
Pulau Morotai	70,9	76,2
Ternate	88,0	91,5
Tidore Kepulauan	86,2	94,0
Maluku Utara	82,0	85,9

Secara provinsi tabel 3.2.4 menunjukkan apotek dan toko obat/warung merupakan sumber utama mendapatkan obat rumah tangga dengan proporsi masing-masing 62,7 persen dan 17,9 persen. Berdasarkan tempat tinggal, proporsi rumah tangga yang memperoleh obat di apotek lebih tinggi di perkotaan, sebaliknya proporsi rumah tangga yang memperoleh obat di toko obat/warung lebih tinggi di pedesaan. Namun, 15,3 persen rumah tangga memperoleh obat langsung dari tenaga kesehatan (nakes), proporsi tertinggi di pedesaan (20,1%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, cenderung semakin rendah memperoleh obat dari sumber nakes. Proporsi rumah tangga yang mendapatkan obat dari pelayanan kesehatan formal (puskesmas, rumah sakit, klinik) lebih tinggi di pedesaan (18,1%) daripada di perkotaan (12,2%).

Tabel 3.2.4
Proporsi sumber mendapatkan obat
menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Sumber obat				
	Apotek	Toko obat / warung	Yankes formal	Nakes	lainnya
Tempat Tinggal					
Perkotaan	83,5	8,8	12,2	9,9	6,0
Perdesaan	44,6	25,8	18,1	20,1	6,1
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	24,5	33,3	17,5	27,4	4,4
Menengah bawah	34,3	30,8	30,8	12,7	4,9
Menengah	54,8	25,3	15,8	19,6	4,5
Menengah atas	63,7	17,3	15,7	15,4	11,3
Teratas	85,1	6,6	9,4	11,0	4,2
Maluku Utara	62,7	17,9	15,4	15,3	6,1

Tabel 3.2.5 menunjukkan status obat yang ada di rumah tangga untuk tujuan swamedikasi. Status obat dikelompokkan menurut obat yang 'sedang digunakan', obat 'untuk persediaan' jika sakit, dan 'obat sisa'. Obat sisa dalam hal ini adalah obat sisa resep dokter atau obat sisa dari penggunaan sebelumnya yang tidak dihabiskan. Secara nasional 42,8 persen rumah tangga menyimpan obat sisa, sedikit lebih rendah dibandingkan dengan proporsi rumah tangga yang menyimpan obat untuk persediaan (43,2%). Proporsi rumah tangga yang menyimpan obat sisa juga lebih tinggi di pedesaan dan kuintil indeks kepemilikan menengah.

Tabel 3.2.5
Proporsi status obat yang disimpan
menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Status Obat di Rumah Tangga		
	Sedang Digunakan	Untuk Persediaan	Obat Sisa
Tempat Tinggal			
Perkotaan	26,4	55,0	37,8
Perdesaan	35,2	32,9	47,2
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	45,1	18,4	46,7
Menengah bawah	37,0	26,0	48,4
Menengah	29,2	37,5	50,2
Menengah atas	26,2	41,4	46,4
Teratas	29,6	59,1	34,2
Maluku Utara	31,1	43,2	42,8

3.2.2. Pengetahuan Rumah Tangga tentang Obat Generik (OG)

Tabel pada sub-blok ini menyajikan informasi proporsi rumah tangga yang mengetahui atau pernah mendengar dan 'berpengetahuan benar', serta persepsi mengenai OG. Definisi rumah tangga 'berpengetahuan benar' tentang OG adalah rumah tangga mengetahui bahwa obat generik merupakan obat yang khasiatnya sama dengan obat bermerek dan tanpa menggunakan merek dagang. Selain itu pada sub-blok ini juga disajikan proporsi rumah tangga berdasarkan sumber informasi OG.

Tabel 3.2.6
Proporsi rumah tangga yang mengetahui dan berpengetahuan benar
tentang obat generik (OG) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten/kota	Mengetahui tentang OG	Pengetahuan tentang OG	
		Benar	Salah
Halimahera Barat	9,6	0	100,0
Halimahera Tengah	14,3	2,4	97,6
Kepulauan Sula	9,0	0	100,0
Halimahera Selatan	10,8	17,2	82,8
Halimahera Utara	29,8	16,2	83,8
Halimahera Timur	11,9	73,1	26,9
Pulau Morotai	7,7	12,2	87,8
Ternate	36,1	13,9	86,1
Tidore Kepulauan	24,4	5,2	94,8
Maluku Utara	19,2	14,6	85,4

Tabel 3.2.6 menunjukkan bahwa secara provinsi terdapat 19,2 persen rumah tangga yang mengetahui atau pernah mendengar mengenai OG. Dari jumlah tersebut, sebagian besar (85,4%) tidak memiliki pengetahuan yang benar tentang OG. Tabel 3.2.7 menunjukkan pengetahuan benar tentang OG di perkotaan tidak jauh berbeda dengan di pedesaan. Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, semakin rendah proporsi RT dengan pengetahuan benar tentang OG.

Tabel 3.2.7
Proporsi rumah tangga yang mengetahui dan berpengetahuan benar
tentang obat generik (OG) menurut karakteristik, Indonesia 2013

Karakteristik	Mengetahui tentang OG	Pengetahuan tentang OG	
		Benar	Salah
Tempat Tinggal			
Perkotaan	38,6	14,5	85,5
Pedesaan	12,1	14,8	85,2
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	1,7	26,2	73,8
Menengah bawah	7,6	10,4	89,6
Menengah	16,2	13,0	87,0
Menengah atas	26,3	15,3	84,7
Teratas	47,0	15,1	84,9

Tabel 3.2.8 menunjukkan 85,6 persen rumah tangga mempunyai persepsi OG sebagai obat murah dan 63,3 persen obat program pemerintah. Sejumlah 42,4 persen rumah tangga mempersepsikan OG berkhasiat sama dengan obat bermerek. Persepsi tersebut perlu di promosikan lebih gencar untuk mendorong penggunaan OG lebih luas dan lebih baik dimasyarakatkan. Proporsi rumah tangga dengan persepsi bahwa OG adalah obat tanpa merek dagang, paling rendah (16,95), padahal persepsi tersebut adalah salah satu persepsi benar yang diharapkan diketahui masyarakat luas.

Tabel 3.2.8
Proporsi rumah tangga berdasarkan persepsinya tentang obat generik (OG)
menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Persepsi Rumah Tangga tentang OG						
	Obat Gratis	Obat Murah	Obat bagi Pasien Miskin	Dapat dibeli di Warung	Obat tanpa Merek Dagang	Khasiat sama dg Obat Bermerek	Obat Program Pemerintah
Tempat Tinggal							
Perkotaan	42,5	83,9	43,5	52,1	16,5	48,8	68,5
Pedesaan	38,0	87,7	38,5	58,3	17,4	34,8	57,1
Kuintil Indeks Kepemilikan							
Terbawah	35,1	85,2	48,6	59,2	26,2	35,2	55,1
Menengah bawah	37,5	85,1	32,6	45,0	13,5	15,4	44,4
Menengah	35,2	80,8	31,6	60,6	13,0	35,0	51,5
Menengah atas	46,1	90,1	39,5	61,4	17,8	40,2	60,9
Teratas	39,7	84,8	46,4	51,0	17,8	51,0	72,0

Sumber informasi tentang OG di perkotaan maupun perdesaan paling banyak diperoleh dari tenaga kesehatan (63,1%). Informasi oleh tenaga kesehatan ini, juga merata pada semua kuintil indeks kepemilikan (Tabel 3.2.9). Sumber informasi OG dari media cetak dan elektronik lebih banyak di akses oleh rumah tangga dengan kuintil indeks kepemilikan yang lebih tinggi.

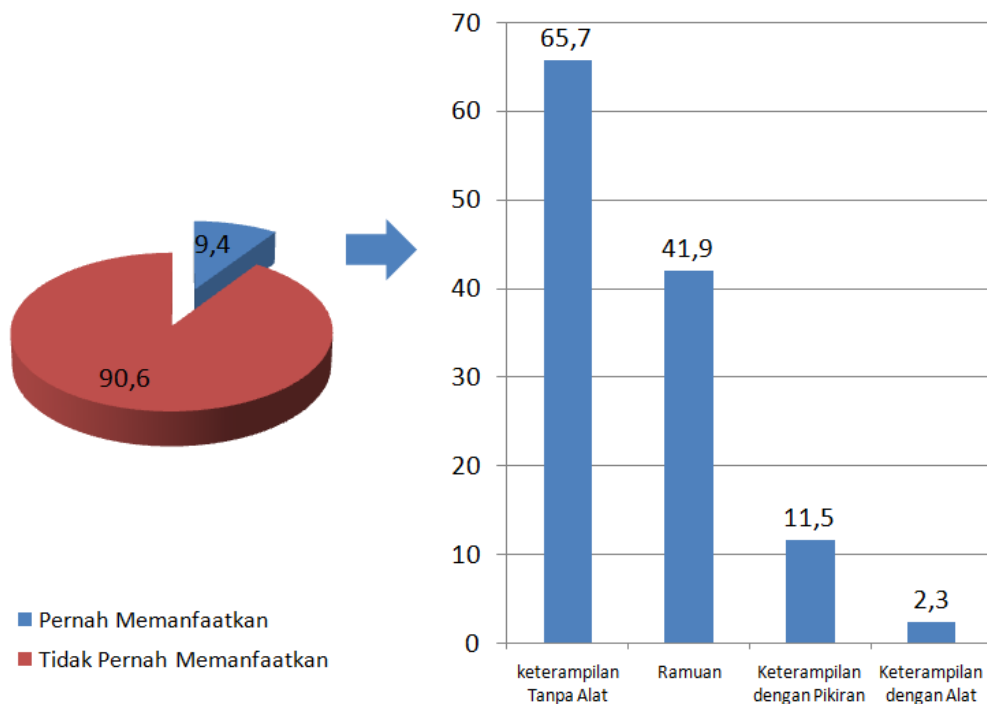
Tabel 3.2.9
Proporsi sumber informasi tentang obat generik (OG)
menurut karakteristik, Indonesia 2013

Karakteristik	Sumber informasi tentang OG					
	Media cetak	Media elektronik	Tenaga kesehatan	Kader, toma	Teman, kerabat	Pendidikan
Tempat tinggal						
Perkotaan	26,5	57,4	62,9	15,4	20,0	8,3
Perdesaan	22,9	52,3	63,4	20,0	22,6	8,3
Kuintil indeks kepemilikan						
Terbawah	16,3	38,9	65,1	22,0	24,4	6,0
Menengah bawah	16,8	46,9	60,0	17,1	20,0	4,3
Menengah	19,7	51,8	60,2	16,2	18,0	5,7
Menengah atas	22,9	54,9	62,3	15,5	19,5	6,2
Teratas	33,7	62,7	65,7	17,2	22,9	12,6
Indonesia	25,6	56,0	63,1	16,6	20,7	8,3

3.2.3 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional (Yankestrad)

Yankestrad terdiri dari 4 jenis, yaitu Yankestrad ramuan (pelayanan kesehatan yang menggunakan jamu, aromaterapi, gurah, homeopati dan spa), keterampilan dengan alat (akupunktur, chiropraksi, kop/bekam, apiterapi, ceragem, dan akupresur), keterampilan tanpa alat (pijat-urut, pijat-urut khusus ibu/bayi, pengobatan patah tulang, dan refleksi), dan keterampilan dengan pikiran (hipnoterapi, pengobatan dengan meditasi, prana, dan tenaga dalam).

Gambar dan tabel pada sub-blok ini menyajikan informasi proporsi rumah tangga yang pernah memanfaatkan Yankestrad dalam satu tahun terakhir, jenis-jenis Yankestrad yang dimanfaatkan serta alasan utama memanfaatkannya.



Gambar 3.2.2.
Proporsi rumah tangga yang memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir
dan jenis Yankestrad yang dimanfaatkan, Provinsi Maluku Utara 2013

Sejumlah 9,4 persen rumah tangga di Indonesia memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir. Jenis Yankestrad yang dimanfaatkan oleh rumah tangga terbanyak adalah keterampilan tanpa alat (65,7%) dan ramuan (41,9%) (Gambar 3.2.2).

Tabel 3.2.10
Proporsi rumah tangga yang pernah memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir dan jenis Yankestrad yang dimanfaatkan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten/kota	Pernah Memanfaatkan Yankestrad	Jenis Yankestrad			
		Yankestrad Ramuan	Yankestrad Keterampilan dengan Alat	Yankestrad Keterampilan Tanpa Alat	Yankestrad Keterampilan dgn Pikiran
Halmahera Barat	4,3	72,6	7,3	40,0	0,4
Halmahera Tengah	6,8	15,6	2,9	81,5	0
Kepulauan Sula	19,7	46,4	2,0	71,9	3,5
Halmahera Selatan	3,3	48,0	4,8	46,8	1,0
Halmahera Utara	5,0	0	0	100,0	0
Halmahera Timur	14,2	43,2	3,7	65,8	23,8
Pulau Morotai	30,9	62,2	2,0	69,1	1,6
Ternate	9,3	38,2	1,6	39,6	43,5
Tidore Kepulauan	8,1	27,9	0,6	84,5	0
Maluku Utara	9,4	41,9	2,3	65,7	11,5

Tabel 3.2.10 menunjukkan proporsi rumah tangga yang memanfaatkan Yankestrad tertinggi di Pulau Morotai (30,9%) dan terendah di Halmahera Selatan (3,3%). Proporsi rumah tangga yang memanfaatkan Yankestrad ramuan tertinggi di Pulau Morotai (62,2%) dan yang terendah di Halmahera Utara (0%). Proporsi rumah tangga yang memanfaatkan Yankestrad keterampilan dengan alat tertinggi di Halmahera Barat (7,4%) dan terendah di Halmahera Utara (0%). Proporsi rumah tangga yang memanfaatkan Yankestrad keterampilan tanpa alat tertinggi di Halmahera Utara (100%) dan terendah di Ternate (39,6%). Proporsi rumah tangga yang memanfaatkan Yankestrad keterampilan dengan pikiran tertinggi di Ternate (43,5%) dan terendah di Halmahera Tengah, Halmahera Utara, dan Tidore Kepulauan, masing-masing nol persen.

Tabel 3.2.11
Proporsi rumah tangga yang pernah memanfaatkan Yankestrad dalam 1 tahun terakhir dan jenis Yankestrad yang dimanfaatkan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Pernah Memanfaatkan Yankestrad	Jenis Yankestrad			
		Yankestrad Ramuan	Yankestrad Keterampilan dengan Alat	Yankestrad Keterampilan Tanpa Alat	Yankestrad Keterampilan dgn Pikiran
Tempat Tinggal					
Perkotaan	10,8	51,3	3,9	57,7	12,5
Pedesaan	8,9	37,7	1,6	69,3	11,0
Kuntil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	9,9	38,6	1,1	65,0	7,8
Menengah bawah	5,8	40,3	0	69,3	9,4
Menengah	10,2	35,5	2,5	72,5	16,6
Menengah atas	9,2	38,3	2,8	62,2	15,3
Teratas	12,2	53,4	4,0	61,8	9,0

Tabel 3.2.11 menunjukkan proporsi rumah tangga yang memanfaatkan Yankestrad keterampilan tanpa alat di pedesaan (69,3%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (57,7%). Sebaliknya, pemanfaatan Yankestrad keterampilan dengan alat di perkotaan (3,9%) jauh lebih tinggi dibandingkan pedesaan (1,6%). Yankestrad ramuan dimanfaatkan rumah tangga di perkotaan (51,3%) lebih tinggi daripada di pedesaan (37,7%).

Tabel 3.2.12
Proporsi alasan utama terbanyak memanfaatkan Yankestrad, Provinsi Maluku Utara 2013

Jenis Yankestrad	Alasan memanfaatkan Yankestrad					
	Menjaga kesehatan, kebugaran	Tradisi, kepercayaan	Lebih manjur	Coba-coba	Putus asa	Biaya murah
Yankestrad ramuan	26,1	19,7	36,3	4,7		3,0
Keterampilan dengan alat	42,9	14,3	7,1	14,3		7,1
Keterampilan tanpa alat	34,4	21,7	26,1	2,5		2,5
Keterampilan dengan pikiran		71,7	15,2	4,3		2,2

Tabel 3.2.12 memperlihatkan alasan utama terbanyak pemanfaatan berbagai Yankestrad oleh rumah tangga. Yankestrad ramuan, keterampilan dengan alat, dan keterampilan tanpa alat sebagian besar dimanfaatkan rumah tangga dengan alasan utama 'menjaga kesehatan, kebugaran'. Proporsi rumah tangga dengan alasan utama 'coba-coba' cukup tinggi untuk Yankestrad keterampilan dengan alat (20,7%), perlu diwaspadai kemungkinan terjadinya dampak negatif dari penggunaan alat yang belum terstandarisasi. Alasan utama karena 'tradisi kepercayaan' terlihat dominan pada pemanfaatan Yankestrad keterampilan tanpa alat (21,7%).

3.3. Kesehatan Lingkungan

Topik kesehatan lingkungan pada Riskesdas 2013 ditujukan untuk mengevaluasi program yang sudah ada, menindaklanjuti upaya perbaikan yang akan dijalankan, dan mengidentifikasi faktor risiko lingkungan berbagai jenis penyakit dan gangguan kesehatan. Dengan diperolehnya data kesehatan lingkungan termutakhir, diharapkan dapat dijadikan sebagai dasar kebijakan dalam upaya pengendalian penyakit berbasis lingkungan. Pada Riskesdas 2013 disajikan data kesehatan lingkungan yang meliputi, air minum, sanitasi (jamban dan sampah), dan kesehatan perumahan. Data kesehatan perumahan meliputi jenis bahan bangunan, lokasi rumah dan kondisi ruang rumah, kepadatan hunian, jenis bahan bakar untuk memasak, dan penggunaan atau penyimpanan pestisida/insektisida dan pupuk kimiada dalam rumah. Disamping itu disajikan data perilaku rumah tangga dalam menguras bak mandi berkaitan dengan risiko penyebaran penyakit tular vektor (DBD, malaria).

Sebagai unit analisis adalah rumah tangga. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner dan pengamatan langsung di lapangan. Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan menyajikan keadaan kesehatan lingkungan menurut provinsi, tempat tinggal dan kuintil indeks kepemilikan.

3.3.1 Air Minum dan Keperluan Rumah Tangga

Ruang lingkup air dalam laporan Riskesdas 2013 meliputi, jenis sumber air untuk keperluan rumah tangga dan minum. Rerata pemakaian air per orang per hari, jarak sumber air terhadap penampungan tinja, jarak dan waktu tempuh ke sumber air minum, anggota rumah tangga yang mengambil air, kualitas fisik air, dan pengelolaan (pengolahan dan penyimpanan) air minum. Tabel secara lengkap disajikan dalam buku "Riskesdas 2013 dalam Angka". Untuk akses terhadap sumber air minum digunakan kriteria JMP WHO - Unicef tahun 2006. Menurut kriteria tersebut, rumah tangga memiliki akses ke sumber air minum *improved* adalah rumah tangga dengan sumber air minum dari air ledeng/PDAM, sumur bor/pompa, sumur gali terlindung, mata air terlindung, penampungan air hujan, dan air kemasan (HANYA JIKA sumber air untuk keperluan rumah tangga lainnya *improved*).

Hasil menunjukkan bahwa sumber air minum rumah tangga di Provinsi Maluku Utara adalah air kemasan, air isi ulang/depot air minum, air ledeng baik dari PDAM maupun membeli eceran, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air baik terlindung maupun tidak terlindung), penampungan air hujan dan air sungai/irigasi (Tabel 3.3.3, Riskesdas 2013 dalam Angka).

Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sumber air minum *improved* di Provinsi Maluku Utara adalah sebesar 78,2 persen. Lima kabupaten/kotadengan proporsi tertinggi untuk rumah tangga yang memiliki akses terhadap sumber air minum *improved* adalah Kepulauan Sula (95,8%), Ternate (92,8%), Halmahera Barat (89,4%), Tidore Kepulauan (84,8%), dan Halmahera Utara (82,9%), sedangkan kabupaten terendah yang memiliki akses terhadap sumber air minum adalah Halmahera Timur (41,4%) (Tabel 3.3.21, Riskesdas 2013 dalam Angka).

Berdasarkan karakteristik, proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sumber air minum *improved* di perkotaan (90,6%) lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (73,6%). Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sumber air minum *improved* paling tinggi adalah rumah tangga dengan kuintil indeks kepemilikan teratas (94,8%).

Tabel 3.3.1
Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sumber air minum berdasarkan kriteria JMP WHO – Unicef 2006 menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Akses ke Sumber air Improved	
	Improved	Unimproved
Tempat Tinggal		
Perkotaan	90,6	9,4
Pedesaan	73,6	26,4
Kuintil Indeks Kepemilikan		
Terbawah	63,4	36,6
Menengah Bawah	72,0	28,0
Menengah	78,0	22,0
Menengah Atas	84,7	15,3
Teratas	94,8	5,2

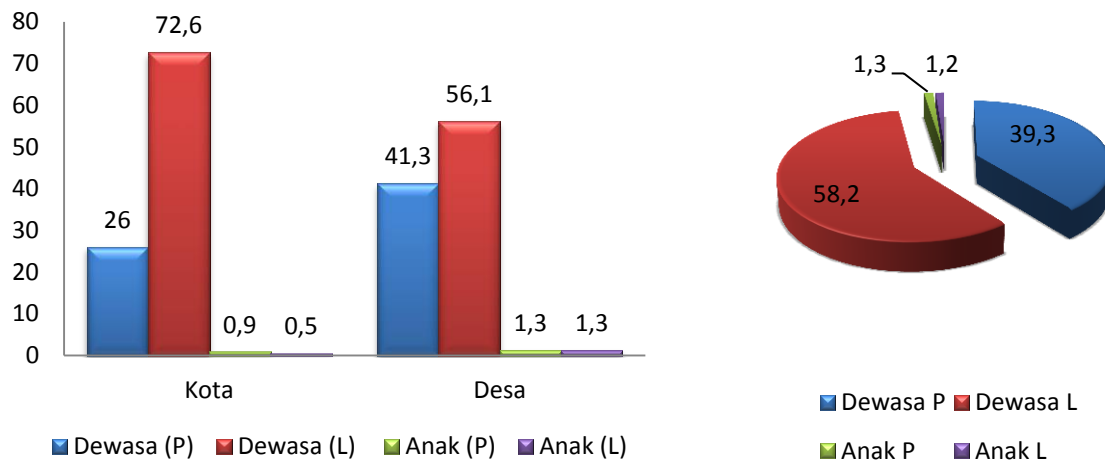
Pada rumah tangga yang menggunakan sumber air selain air sungai/danau/irigasi, pemakaian air per orang per hari oleh rumah tangga di Provinsi Maluku Utara, pada umumnya berjumlah antara 50 sampai 99,9 liter (33,2%), dan antara 100 sampai 300 liter (29,4%). Proporsi rumah tangga tertinggi untuk pemakaian air antara 100 liter sampai 300 liter per orang per hari paling tinggi adalah Kabupaten Halmahera Utara (79,%), sedangkan proporsi terendah adalah Kabupaten Pulau Morotai (9,4%). Masih terdapat rumah tangga dengan pemakaian air kurang dari 20 liter per orang per hari, bahkan kurang dari 7,5 liter per orang per hari (masing-masing 6,3 persen dan 0,1 persen). Berdasarkan kabupaten, proporsi rumah tangga dengan jumlah pemakaian air per orang per hari kurang dari 20 liter tertinggi adalah Halmahera Timur (16,3) diikuti Pulau Morotai (11,0%) (Tabel 3.3.5, Riskesdas 2013 dalam Angka).

Menurut karakteristik, proporsi rumah tangga dengan pemakaian air kurang dari 20 liter per orang per hari di pedesaan lebih tinggi (6,4%) dibandingkan di perkotaan (5,9%). Sementara itu, proporsi rumah tangga jumlah pemakaian air per orang per hari 100 - 300 liter, perkotaan lebih tinggi (34,1%) dibandingkan dengan di pedesaan (27,5%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi pula proporsi rumah tangga dengan pemakaian air lebih dari 20 liter per orang per hari.

Tabel 3.3.2
Rerata pemakaian air per orang per hari menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

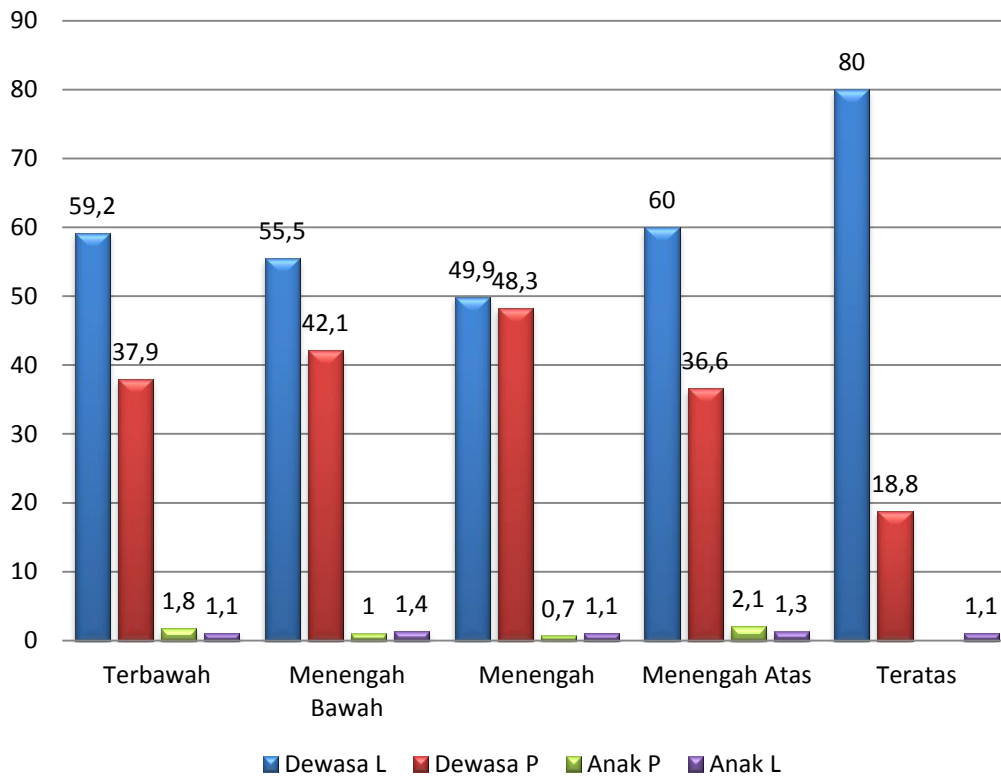
Karakteristik	Konsumsi Air Per Orang [Kategori]					
	<7,5	7,5-19,9	20-49,9	50-99,9	100-300	>300
Tempat Tinggal						
Perkotaan	0,2	5,9	23,0	33,7	34,1	3,0
Pedesaan		6,4	30,1	32,9	27,5	3,0
Kuintil Indeks Kepemilikan						
Terbawah		6,9	31,6	29,3	27,9	4,3
Menengah Bawah		8,1	29,9	30,4	29,2	2,4
Menengah		5,6	29,3	34,5	29,0	1,6
Menengah Atas	0,1	5,3	29,5	31,9	30,2	3,0
Teratas	0,2	5,5	20,5	39,5	30,6	3,8

Berdasarkan gender, anggota rumah tangga yang biasa mengambil air di Provinsi Maluku Utara pada umumnya adalah laki-laki dewasa dan perempuan dewasa (masing-masing 58,2% dan 39,3%). Apabila dibandingkan, proporsi anggota rumah tangga laki-laki dewasa mengambil air di perkotaan (72,6%) lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (56,1%); sedangkan untuk perempuan dewasa di perdesaan (41,3%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (26,0%). Masih terdapat anak laki-laki (1,3%) dan anak perempuan (1,2%) berumur di bawah 12 tahun yang biasa mengambil air untuk kebutuhan minum rumah tangga. Proporsi rumah tangga dengan anak perempuan berumur di bawah 12 tahun sebagai pengambil air minum di perdesaan (1,3%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (0,9%) (Gambar 3.3.1)



Gambar 3.3.1
Proporsi anggota rumah tangga yang biasa mengambil air, Provinsi Maluku Utara 2013

Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi juga proporsi rumah tangga dengan anggota rumah tangga laki-laki dewasa mengambil air; sebaliknya semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, semakin rendah proporsi rumah tangga dengan anggota rumah tangga perempuan dewasa mengambil air.



Gambar 3.3.2
Proporsi anggota rumah tangga yang biasa mengambil air, Provinsi Maluku Utara 2013

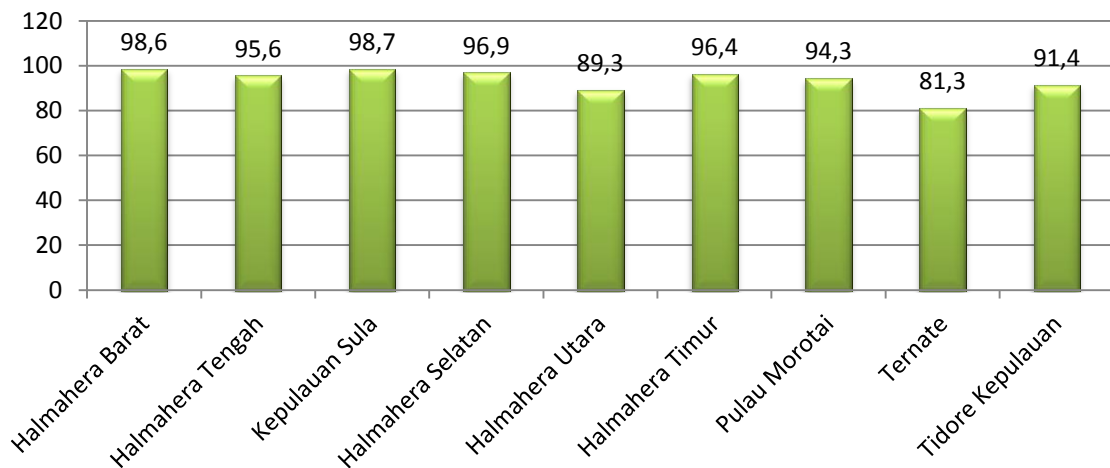
Secara kualitas fisik, air minum yang dikonsumsi oleh rumah tangga di Provinsi Maluku Utara pada umumnya termasuk dalam kategori baik, tidak keruh (97,2%), tidak berwarna (98,5%), tidak berasa (95,7%), tidak berbusa (99,3%), dan tidak berbau (98,8%). Berdasarkan kabupaten, proporsi rumah tangga terendah dengan air minum tidak keruh (86,9%), tidak berwarna (86,6%), tidak berbusa (94,7%), dan tidak berbau (94,4%) adalah Kabupaten Halmahera Tengah, sedangkan kabupaten yang memiliki proporsi rumah tangga terendah dengan air minum tidak berasa adalah Tidore Kepulauan (86,0%) (Tabel 3.3.13, Riskesdas 2013 dalam Angka).

Menurut karakteristik, proporsi rumah tangga yang berada di perkotaan memiliki kualitas air minum tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa, dan tidak berbau lebih baik daripada di perdesaan. Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, proporsi rumah tangga dengan kualitas air minum kategori baik cenderung meningkat (Tabel 3.3.2).

Tabel 3.3.3
Proporsi kualitas fisik air minum menurut karakteristik,
Provinsi Maluku Utara 2013

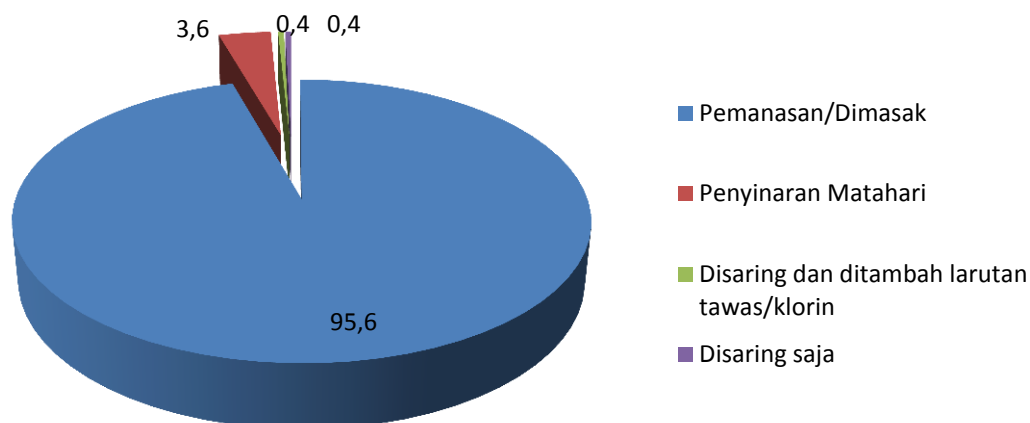
Karakteristik	Kualitas fisik air minum				
	Tidak Keruh	Tidak Berwarna	Tidak Berasa	Tidak Berbusa	Tidak Berbau
Tempat Tinggal					
Perkotaan	98,4	99,0	96,2	99,5	98,8
Pedesaan	96,8	98,4	95,5	99,2	98,8
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	93,4	97,8	94,6	99,3	99,4
Menengah Bawah	98,3	98,7	94,5	99,5	98,8
Menengah	97,8	97,6	95,3	98,6	97,5
Menengah Atas	97,9	99,3	96,9	99,7	98,8
Teratas	99,1	99,2	97,5	99,1	99,3

Gambar 3.3.3 memperlihatkan proporsi rumah tangga yang melakukan pengolahan air sebelum diminum menurut kabupaten. Proporsi rumah tangga yang mengolah air sebelum dikonsumsi di Provinsi Maluku Utara sebesar 92,6 persen. Lima kabupaten tertinggi dengan rumah tangga mengolah air sebelum diminum adalah Kepulauan Sula, Halmahera Barat, Halmahera Selatan, Halmahera Timur, dan Halmahera Tengah.



Gambar 3.3.3
Proporsi rumah tangga yang melakukan pengolahan air sebelum diminum,
Provinsi Maluku Utara 2013

Cara pengolahan air minum di Provinsi Maluku Utara banyak dilakukan dengan cara dimasak atau pemanasan (95,6%), penyinaran matahari (3,6%), disaring dan ditambah larutan tawas/klorin (0,4%), dan disaring/filtrasi saja (0,4%).(Gambar 3.3.4).



Gambar 3.3.4

Proporsi cara pengolahan air minum sebelum diminum, Provinsi Maluku Utara 2013

Menurut karakteristik, proporsi rumah tangga yang melakukan pengolahan air sebelum diminum dengan cara pemanasan/dimasak lebih banyak terjadi perkotaan (97,2%) daripada di pedesaan (95,1%). Tidak ada perbedaan yang cukup signifikan proporsi diantara tingkat kuintil indeks kepemilikan dalam melakukan pengolahan air minum dengan cara dipanaskan atau dimasak (Tabel 3.3.4).

Tabel 3.3.4

Proporsi cara pengolahan air minum sebelum diminum menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Cara Pengolahan Air			
	dengan pemanasan / dimasak	dengan penyinaran matahari	Disaring dan ditambah larutan tawas /klorin	Disaring /filtrasi saja
Tempat Tinggal				
Perkotaan	97,2	2,2	0,1	0,6
Pedesaan	95,1	4,1	0,5	0,3
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	96,4	3,0	0,5	
Menengah Bawah	95,1	4,7	0,2	
Menengah	95,2	3,4	0,8	0,6
Menengah Atas	94,8	4,6	0,3	0,3
Teratas	96,3	2,2	0,2	1,3

3.3.2 Fasilitas buang air besar Rumah Tangga

Ruang lingkup sanitasi dalam laporan Riskesdas 2013 meliputi penggunaan fasilitas buang air besar (BAB), jenis tempat BAB, tempat pembuangan akhir tinja, jenis tempat penampungan air limbah, jenis tempat penampungan sampah, dan cara pengelolaan sampah. Tabel secara lengkap disajikan dalam Buku Riskesdas 2013 dalam Angka. Untuk akses terhadap fasilitas tempat buang air besar (sanitasi) digunakan kriteria JMP WHO - Unicef tahun 2006. Menurut kriteria tersebut, rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* adalah

rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB milik sendiri, jenis tempat BAB jenis leher angsa atau plengsengan, dan tempat pembuangan akhir tinja jenis tangki septik.

Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa rumah tangga di Provinsi Maluku Utara menggunakan fasilitas BAB milik sendiri (60,2%), milik bersama (5,1%), dan fasilitas umum (15,7%). Tiga kabupaten/kota tertinggi untuk proporsi rumah tangga menggunakan fasilitas BAB milik sendiri adalah Ternate (89,6%), Tidore Kepulauan (75,5%), dan Halmahera Barat (61,0%).

Meskipun sebagian besar rumah tangga di Provinsi Maluku Utara memiliki fasilitas BAB, masih terdapat rumah tangga yang tidak memiliki fasilitas BAB sehingga melakukan BAB sembarangan, yaitu sebesar 19,0%. Tiga kabupaten/kota yang tidak memiliki fasilitas BAB/BAB sembarangan tertinggi adalah Kepulauan Sula (41,5%), Pulau Morotai (36,1%), dan Halmahera Tengah (23,95%) (Tabel 3.3.23, Riskesdas 2013 dalam Angka).

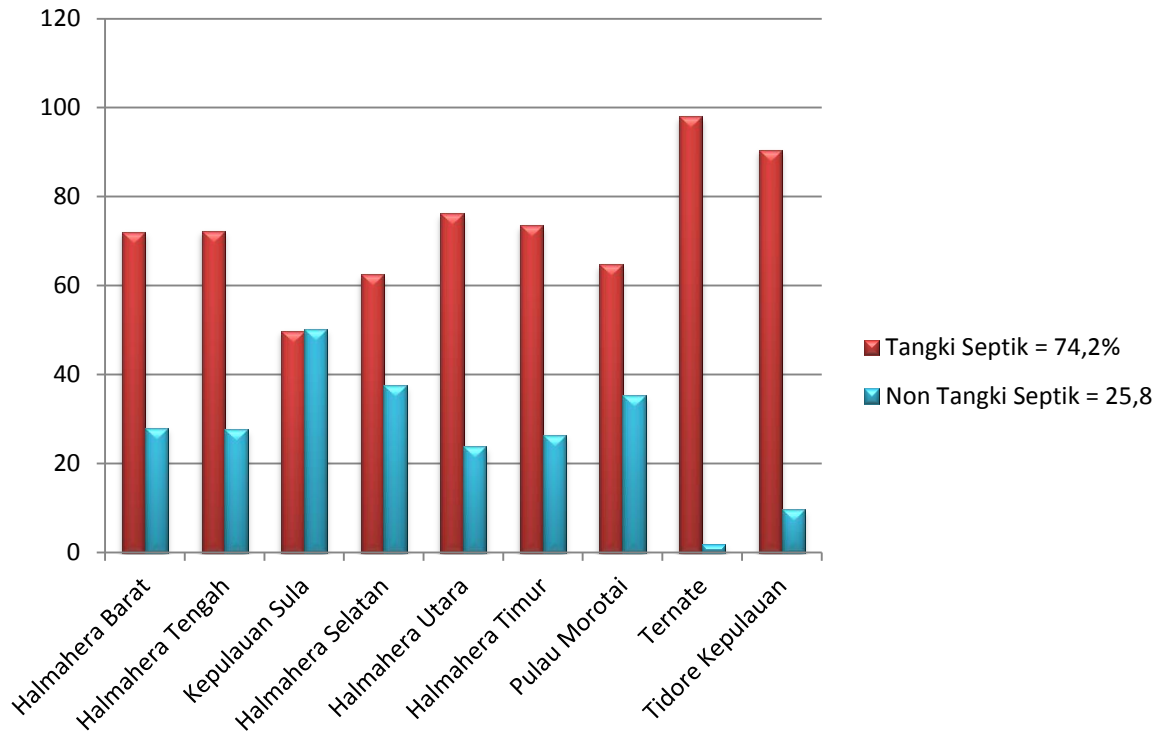
Berdasarkan karakteristik, proporsi rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB milik sendiri di perkotaan lebih tinggi (87,5%) dibandingkan di perdesaan (50,1%); sedangkan proporsi rumah tangga BAB di fasilitas milik bersama dan umum maupun BAB sembarangan di perdesaan (masing-masing 4,8%, 20,2%, dan 24,9%) lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan (5,8%, 3,8%, dan 3,0%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi juga proporsi rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB milik sendiri, dan semakin rendah kuintil indeks kepemilikan, proporsi rumah tangga yang melakukan BAB sembarangan semakin tinggi (Tabel 3.3.5)

Tabel 3.3.5
Proporsi tempat buang air besar
menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Fasilitas Tempat Buang Air Besar			
	Milik Sendiri	Milik Bersama	Umum	Sembarangan
Tempat Tinggal				
Perkotaan	87,5	5,8	3,8	3,0
Perdesaan	50,1	4,8	20,2	24,9
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	7,0	3,0	14,2	75,8
Menengah bawah	40,1	7,8	41,7	10,4
Menengah	72,5	9,2	17,0	1,3
Menengah atas	90,4	5,1	4,3	0,1
Teratas	99,2	0,5	0,4	

Gambar 3.3.5 menunjukkan bahwa pembuangan akhir tinja rumah tangga di Provinsi Maluku Utara sebagian besar menggunakan tangki septik (74,2%). Tiga kabupaten/kota dengan proporsi tertinggi untuk rumah tangga dengan pembuangan akhir tinja berupa tangki septik adalah Ternate (98,1%), Tidore Kepulauan (90,5%), dan Halmahera Utara (76,2%).

Masih terdapat rumah tangga dengan pembuangan akhir tinja tidak ke tangki septik (SPAL, kolam/sawah, langsung ke sungai/danau/laut, langsung kelubang tanah, atau ke pantai/kebun). Tiga kabupaten/kota dengan proporsi pembuangan akhir tinja ke tangki septik terendah adalah Kepulauan Sula (49,8%), Halmahera Selatan (62,4%), dan Pulau Morotai (64,7%).



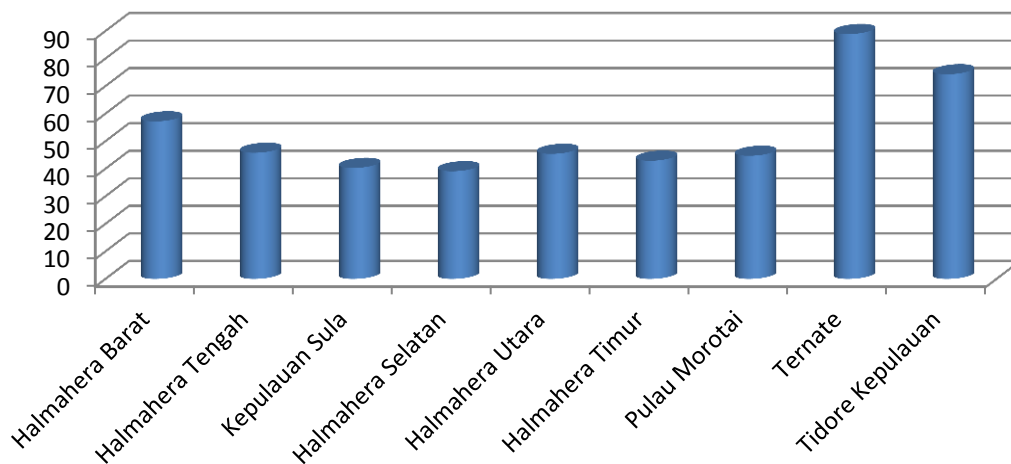
Gambar 3.3.5
Proporsi tempat pembuangan akhir tinja
menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Berdasarkan karakteristik, proporsi rumah tangga dengan pembuangan akhir tinja menggunakan tangki septik di perkotaan lebih tinggi (96,2%) dibanding di pedesaan (66,1%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, proporsi rumah tangga dengan pembuangan tinja ke tangki septik juga semakin tinggi. Sebaliknya, semakin rendah kuintil indeks kepemilikan; proporsi rumah tangga yang tidak menggunakan tangki septik semakin tinggi (Tabel 3.3.6).

Tabel 3.3.6
Proporsi tempat pembuangan akhir tinja
menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

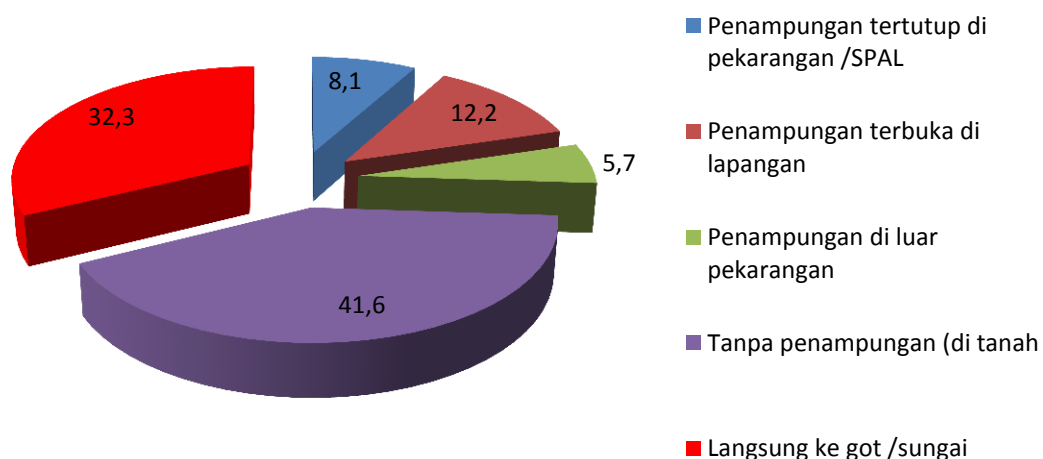
Karakteristik	Tempat Pembuangan Akhir Tinja						
	Tangki Septik	SPAL	Kolam/Sawah	Sungai/Danau/Laut	Lubang Tanah	Pantai/Tanah Lapang/Kebun	Lainnya
Tempat Tinggal							
Perkotaan	96,2	1,2	0,0	1,1	0,6	0,8	0,1
Pedesaan	66,1	3,2	0,5	14,9	3,5	10,8	0,9
Kuintil Indeks Kepemilikan							
Terbawah	13,3	2,4	0,7	41,6	4,7	34,3	3,1
Menengah bawah	75,8	4,2	1,2	9,3	6,7	2,7	0
Menengah	92,9	5,1	0,0	0,9	0,8	0,3	0
Menengah atas	97,7	1,4	0	0,2	0,8	0	0
Teratas	99,6	0,4	0	0	0,1	0	0

Gambar 3.3.6 menyajikan proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sanitasi *improved* sesuai dengan kriteria JMP WHO - Unicef tahun 2006. Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* di Provinsi Maluku Utara tahun 2013 adalah sebesar 54,9 persen. Tiga kabupaten/kotadengan proporsi dengan rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* tertinggi Ternate (88,9%), Tidore Kepulauan (74,3%), dan Halmahera Barat (57,2%), sedangkan tiga kabupaten/kotadengan proporsi akses terendah adalah Halmahera Selatan (39,1%), Kepulauan Sula (40,3%), dan Halmahera Timur (42,9%).



Gambar 3.3.6
Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Gambar 3.3.7 menunjukkan proporsi rumah tangga berdasarkan penampungan air limbah dari kamar mandi, tempat cuci, maupun dapur. Pada umumnya limbah rumah tangga di Provinsi Maluku Utaramembuang limbahnya tanpa penampungan atau di tanah (41,6%) dan langsung ke got atau sungai (32,3%). Hanya 8,1 persen yang menggunakan penampungan tertutup di pekarangan dengan dilengkapi SPAL, 12,2 persen menggunakan penampungan terbuka di lapangan, dan 5,7 persen penampungannya di luar pekarangan.



Gambar 3.3.7
Proporsi penampungan air limbah, Provinsi Maluku Utara 2013

Dalam hal cara pengelolaan sampah, hanya 17,3 persen rumah tangga di Indonesia yang pengelolaan sampahnya diangkut oleh petugas. Sebagian besar rumah tangga mengelola sampah dengan cara dibuang ke kali/parit/laut (33,1%), dibakar (25,8%), dan dibuang sembarangan (21,4%). Tiga kabupaten/kota dengan proporsi rumah tangga mengelola sampah dengan cara diangkut petugas tertinggi adalah Ternate (58,6%), Tidore Kepulauan (15,9%), dan Kepulauan Sula (10,8%). Tiga kabupaten/kotadengan proporsi rumah tangga yang mengelola sampah dengan cara dibakar tertinggi adalah Halmahera Timur (29,7%), Pulau Morotai (28,8%), dan Tidore Kepulauan (26,0%)(Tabel 3.3.37, Riskesdas 2013 dalam Angka).

Menurut karakteristik, proporsi rumah tangga yang mengelola sampah dengan cara diangkut petugas lebih tinggi di perkotaan (52,9%) dibandingkan di perdesaan (4,1%), sedangkan proporsi rumah tangga yang mengelola sampah dengan cara dibakar di perdesaan(28,5%) lebih tinggi dibanding perkotaan (18,7%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, proporsi rumah tangga yang mengelola sampah dengan cara diangkut petugas semakin tinggi. Sebaliknya, proporsi rumah tangga yang mengelola sampah dengan cara dibuang ke kali, parit atau lautlebih tinggipada kuintil indeks kepemilikanyang lebih rendah (Tabel 3.3.7).

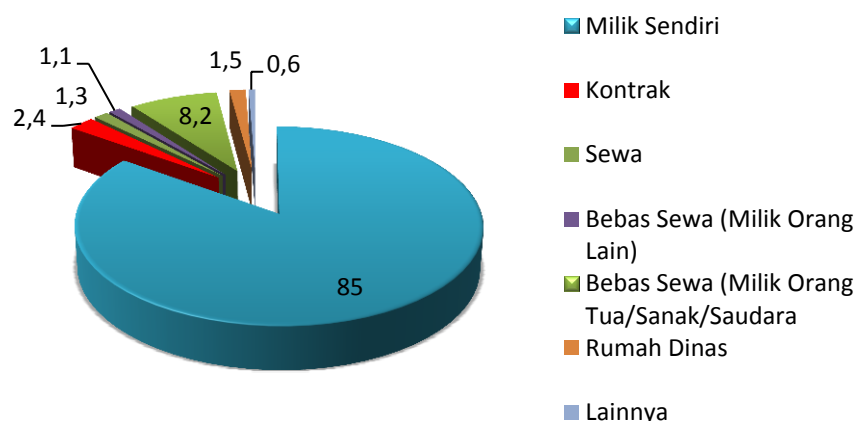
Tabel 3.3.7
Proporsi cara pengelolaan sampah
menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Cara Penanganan Sampah Rumah Tangga					
	Diangkut petugas	Ditimbun dalam tanah	Dibuat kompos	Dibakar	Dibuang ke kali/parit/laut	Dibuang sembarangan
Tempat Tinggal						
Perkotaan	52,9	2,6		18,7	19,5	6,3
Perdesaan	4,1	2,2	0,1	28,5	38,1	27,1
Kuintil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	1,2	2,0		14,3	50,8	31,7
Menengah Bawah	2,7	2,1	0,2	31,9	36,3	26,9
Menengah	10,8	1,7		32,7	28,8	26,0
Menengah Atas	21,0	3,3	0,2	30,7	29,5	15,4
Teratas	53,2	2,3		21,1	17,4	6,0

3.3.3. Perumahan

Data perumahan yang dikumpulkan dalam Riskesdas 2013 adalah data status penguasaan bangunan, kepadatan hunian, jenis bahan bangunan (plafon/langit-langit, dinding, lantai), lokasi rumah, kondisi ruang rumah (terpisah, kebersihan, ketersediaan dan kebiasaan membuka jendela, ventilasi, dan pencahayaan alami), penggunaan bahan bakar untuk memasak, perilaku rumah tangga dalam mengurus bak mandi, dan penggunaan/penyimpanan bahan berbahaya dan beracun seperti pestisida/insektisida dan pupuk kimia dalam rumah. Tabel secara lengkap disajikan dalam Buku Riskesdas 2013 dalam Angka.

Proporsi rumah tangga berdasarkan status penguasaan bangunan dapat dilihat pada Gambar 3.3.8. Dari gambar tersebut terlihat bahwa pada umumnya rumah tangga di Provinsi Maluku Utara menempati rumah milik sendiri (85,0%). Masih terdapat rumah tangga yang menempati rumah dengan cara kontrak dan sewa, menempati rumah milik orang lain, milik orang tua/sanak/saudara maupun rumah dinas.



Gambar 3.3.8
Proporsi status penguasaan bangunan tempat tinggal menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

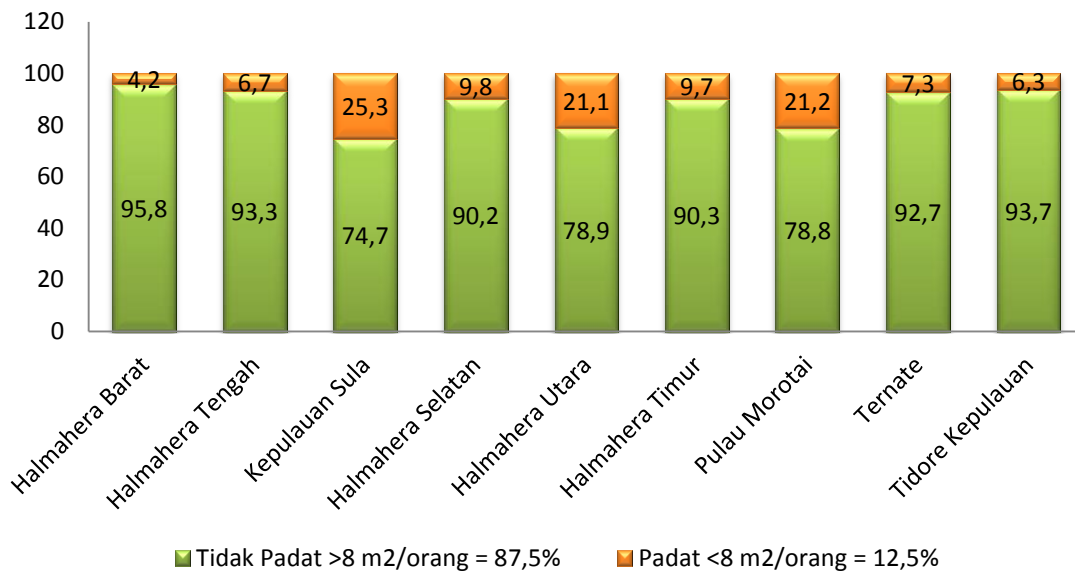
Menurut karakteristik, proporsi rumah tangga dengan status penguasaan bangunan milik sendiri di perkotaan lebih rendah (75,2%) dari pada di perdesaan (88,7%). Sebaliknya proporsi rumah tangga dengan status penguasaan bangunan kontrak maupun sewa, di perkotaan lebih tinggi (kontrak: 6,9%, sewa 3,7%) dari pada di perdesaan (kontrak: 0,7%, sewa 0,3%) (Tabel 3.3.10).

Tabel 3.3.8
Proporsi status penguasaan bangunan tempat tinggal menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

Karakteristik	Status Penguasaan Bangunan Tempat Tinggal Yang Ditempati						
	Milik sendiri	Kontrak	Sewa	Bebas sewa (milik orang lain)	Bebas sewa (milik orang tua /sanak /saudara)	Rumah dinas	Lainnya
Tempat Tinggal							
Perkotaan	75,2	6,9	3,7	1,8	11,1	0,9	0,4
Perdesaan	88,7	0,7	0,3	0,8	7,1	1,7	0,7
Kuntil Indeks Kepemilikan							
Terbawah	91,0	0,8	0,1	0,5	7,4	0,1	0,1
Menengah bawah	88,0	0,7	0,5	1,3	7,9	0,3	1,2
Menengah	85,0	2,0	1,7	2,1	7,3	1,3	0,6
Menengah atas	81,1	3,3	2,3	1,0	8,3	3,3	0,7
Teratas	79,2	5,3	1,9	0,7	9,9	2,5	0,5

Kepadatan hunian merupakan salah satu persyaratan rumah sehat. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan no 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan, disebutkan bahwa kepadatan hunian lebih dari atau sama dengan 8 m² perorang dikategorikan sebagai tidak padat.

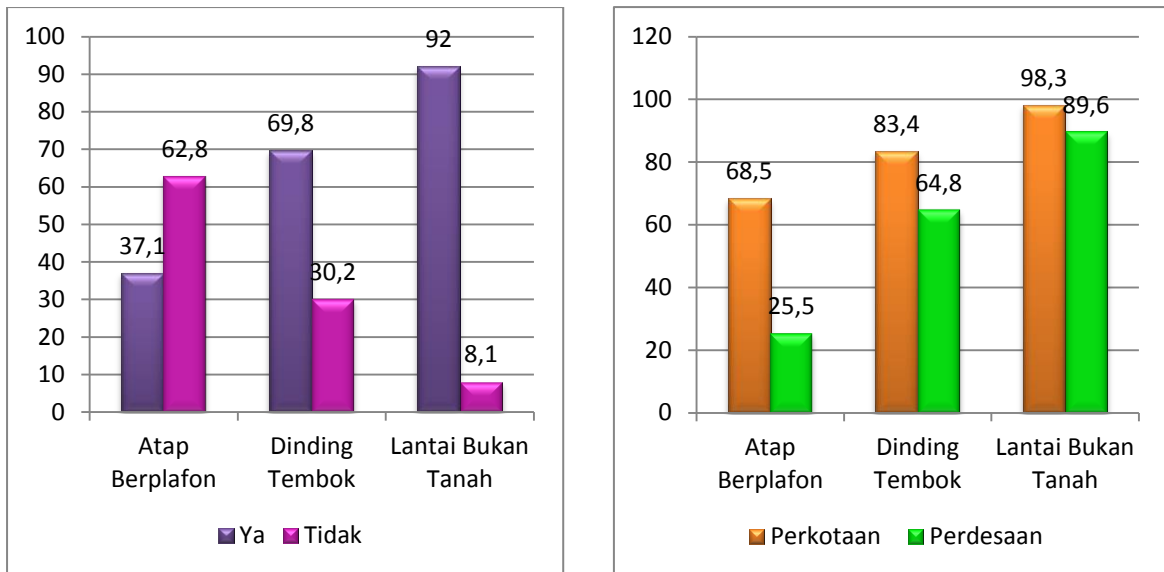
Proporsi rumah tangga di Provinsi Maluku Utara yang termasuk ke dalam kriteria tidak padat adalah sebesar 87,5 persen. Tiga kabupaten/kota dengan proporsi tertinggi untuk rumah tangga dengan kategori padat (<8 m²/orang) adalah Kepulauan Sula (25,3%), Pulau Morotai (21,2%), dan Halmahera Utara (21,1%) (Gambar 3.3.9).



Gambar 3.3.9
Proporsi kepadatan hunian menurut kabupaten, Provinsi Maluku Utara 2013

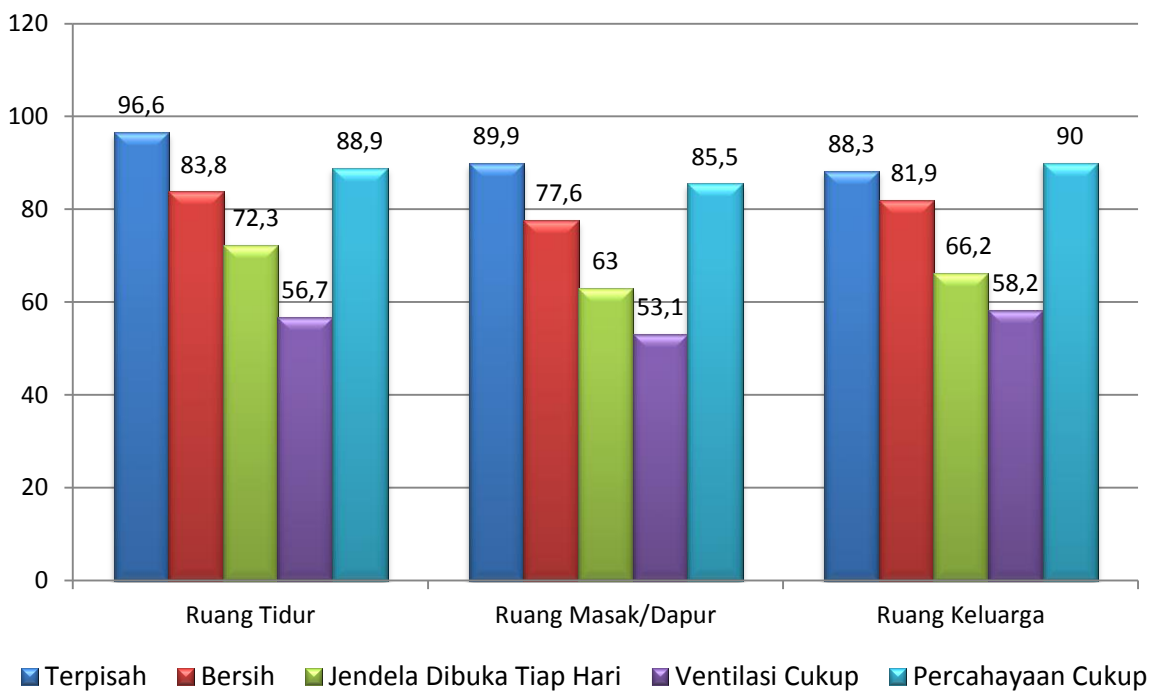
Gambar 3.3.10 memperlihatkan kondisi fisik bangunan rumah (jenis bahan) yang meliputi plafon/langit-langit, dinding dan lantai terluas. Proporsi rumah tangga dengan atap rumah terluas berplafon adalah sebesar 37,1 persen, dinding terbuat dari tembok sebesar 69,8 persen, dan lantai bukan tanah sebesar 92 persen.

Dari gambar tersebut juga terlihat bahwa proporsi rumah dengan atap terluas berplafondi perkotaan lebih tinggi (68,5%) dibandingkan di perdesaan (25,5%). Demikian juga untuk dinding dan lantai, jenis bahan dinding terluas terbuat dari tembok dan jenis lantai bukan tanah untuk wilayah perkotaan lebih tinggi (dinding tembok: 83,4%; lantai bukan tanah: 98,3%) dibandingkan perdesaan (dinding tembok: 64,8%; lantai bukan tanah: 89,6%).



Gambar 3.3.10
Proporsi jenis plafon/langit-langit, jenis dinding dan jenis lantai terluas, Provinsi Maluku Utara 2013

Pada gambar 3.3.11 di bawah ini disajikan kondisi ruangan dalam rumah seperti ketersediaan ruang tidur, ruang dapur dan ruang keluarga dilihat dari keadaan, kebersihan, tersedianya jendela, ventilasi dan pencahayaannya. Sebagian besar ruangan-ruangan tersebut terpisah dari ruang lainnya. Dalam hal kebersihan, sekitar tiga perempat rumah tangga kondisi ruang tidur, ruang keluarga maupun dapurnya bersih dan berpencahayaan cukup. Tetapi lebih dari 50 persen rumah tangga yang ventilasinya cukup dan dilengkapi dengan jendela yang dibuka setiap hari.



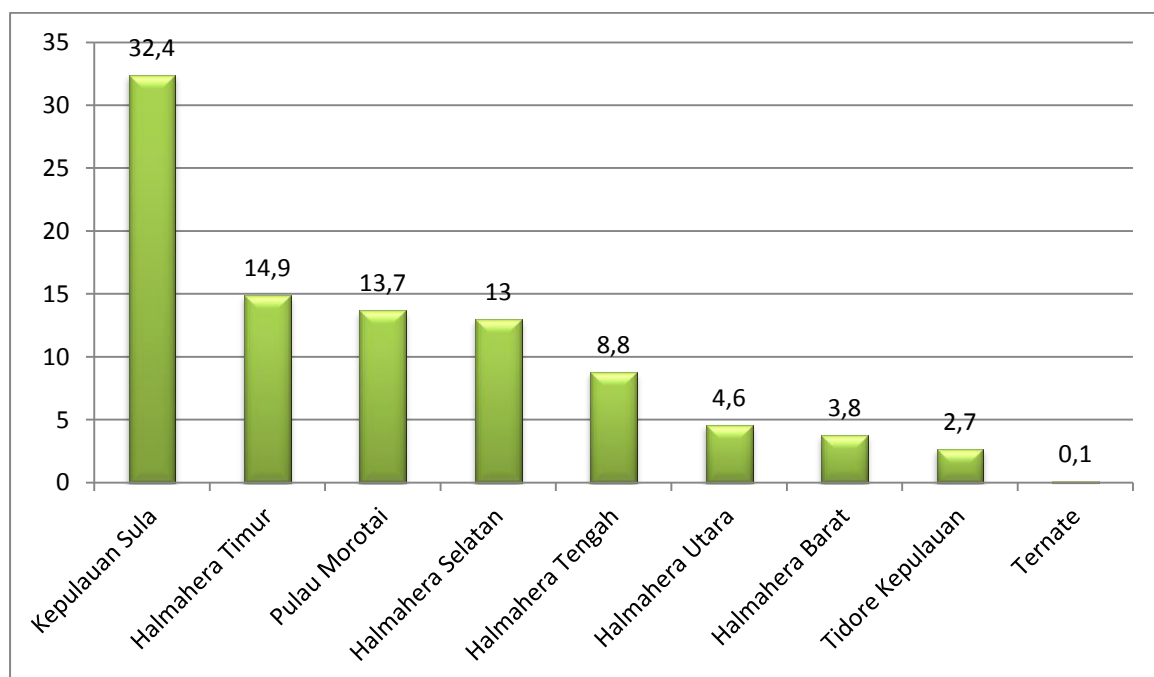
Gambar 3.3.11
Proporsi ketersediaan ruang tidur, ruang keluarga dan ruang dapur dengan kebersihan, keberadaan jendela, ventilasi, dan pencahayaan alami, Provinsi Maluku Utara 2013

Gambar 3.3.12 memperlihatkan jenis sumber penerangan di Provinsi Maluku Utara, sebagian besar rumah tangga di Provinsi Maluku Utara menggunakan listrik(90%) sebagai sumber penerangan dalam rumah, sisanya (10%) menggunakan petromaks/aladin, pelita/sentir/obor(non listrik).



Gambar 3.3.12
Proporsi jenis sumber penerangan,
Provinsi Maluku Utara 2013

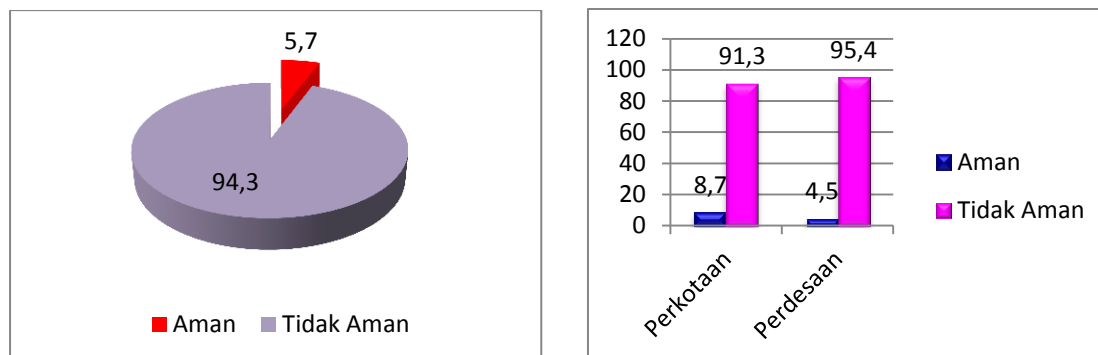
Gambar 3.3.13 memperlihatkan proporsi rumah tangga sesuai jenis penerangan non listrik menurut kabupaten. Tiga kabupaten/kotadengan proporsi rumah tangga yang tidak menggunakan listrik adalah Kepulauan Sula (32,4), Halmahera Timur (14,9%), dan Pulau Morotai (13,7%).



Gambar 3.3.13
Proporsi jenis sumber penerangan non listrik
menurut kabupaten, Provinsi Maluku Utara 2013

Jenis penggunaan bahan bakar di rumah tangga dapat dilihat pada Gambar 3.3.14. Proporsi jenis bahan bakar/energi utama dalam rumah tangga per kabupaten/kotadikelompokan menjadi dua, yaitu yang aman, artinya tidak berpotensi menimbulkan pencemaran (listrik dan gas/elpiji) dan tidak aman yaitu yang berpotensi menimbulkan pencemaran (minyak tanah, arang dan kayu bakar). Proporsi rumah tangga yang menggunakan bahan bakar aman di Provinsi Maluku Utara adalah sebesar 5,7 persen.

Menurut karakteristik, penggunaan bahan bakar yang aman di perkotaan (8,7%) lebih tinggi dibandingkan di perdesaan(4,5%). Sebaliknya, proporsi rumah tangga yang menggunakan bahan bakar tidak aman lebih tinggi di perdesaan (95,4%)disbanding di perkotaan (91,3%).Gambar 3.3.15.

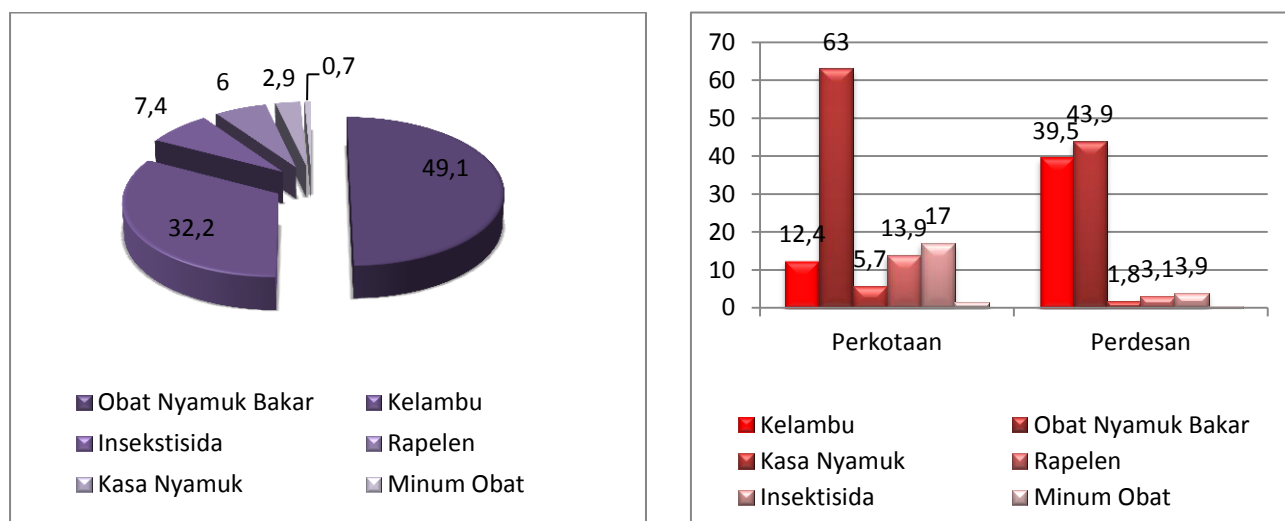


Bahan bakar aman: listrik, Gas/ elpiji
 Tidak aman:minyak tanah, arang, kayu bakar

Gambar 3.3.14

Proporsi jenis bahan bakar/energi menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara 2013

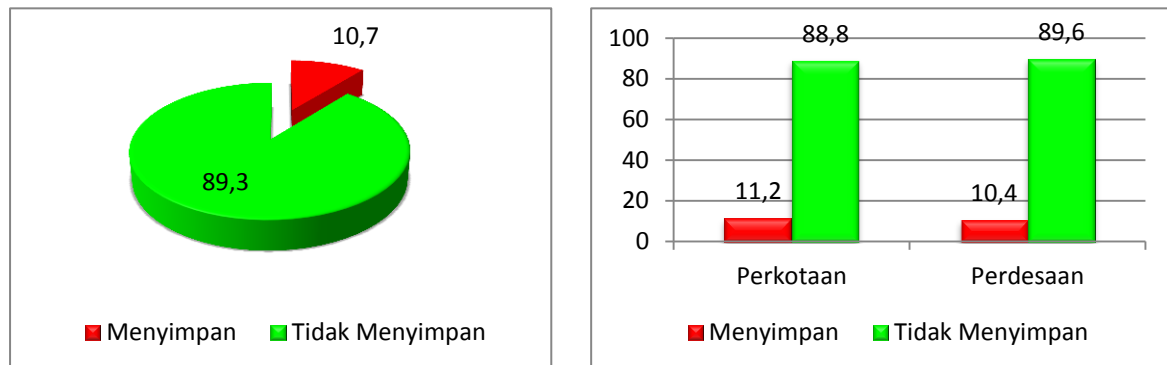
Gambar 3.3.15 memperlihatkan proporsi rumahtangga dalam upaya mencegah gigitan nyamuk di Provinsi Maluku Utara, baik secara mekanis (kelambu, kasa nyamuk) maupun kimiawi (insektisida, obat anti nyamuk bakar, repelen). Proporsi tertinggi rumah tangga dalam upaya pencegahan gigitan nyamuk adalah dengan menggunakan obat anti nyamuk bakar/elektrik (49,1%), diikuti oleh penggunaan kelambu (32,2%), disemprot pbat nyamuk/insektisida (7,4%), dan rapelen/pencegah gigitan nyamuk (6,0%). Menurut karakteristik, proporsi penggunaan obat anti nyamuk bakardi perkotaan (63,0%) lebih tinggi dibanding di perdesaan (43,9%).Sebaliknya penggunaan kelambu, proporsi di perdesaan (39,5%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (12,4%).



Gambar 3.3.15

Proporsi perilaku mencegah gigitan nyamuk, Provinsi Maluku Utara 2013

Gambar 3.3.16 menunjukkan penyimpanan/penggunaan pestisida/insektisida/pupuk kimiadi dalam rumahdi Provinsi Maluku Utara.Proporsi rumah tangga yang menggunakan ataumenyimpan pestisida/insektisida/pupuk kimiasebesar 10,7 persen. Penyimpanan atau penggunaan pestisida/insektisida/pupuk kimia di perkotaan (11,2%) sedikit lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (10,4%).



Gambar 3.3.16

Proporsi rumah tangga yang menggunakan atau menyimpan pestisida/insektisida/pupuk kimia, Indonesia 2013

3.4. Penyakit Menular

Informasi mengenai penyakit menular pada Riskesdas 2013 diperoleh dari seluruh kelompok umur. Informasi yang diperoleh berupa insiden, *period prevalence* dan prevalensi penyakit yang digali melalui teknik wawancara menggunakan kuesioner baku (RKD13.IND), dengan pertanyaan terstruktur secara klinis dan informasi laboratorium bila diperlukan. Responden ditanya 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: gejala). Jadi insiden, *period prevalence* dan prevalensi penyakit merupakan data yang didapat dari D maupun G (DG) yang ditanyakan dalam kurun waktu tertentu. Insiden diatur dalam kurun waktu dua minggu atau kurang, *period prevalence* dalam kurun waktu sebulan atau kurang, dan prevalensi dalam kurun waktu satu tahun atau kurang.

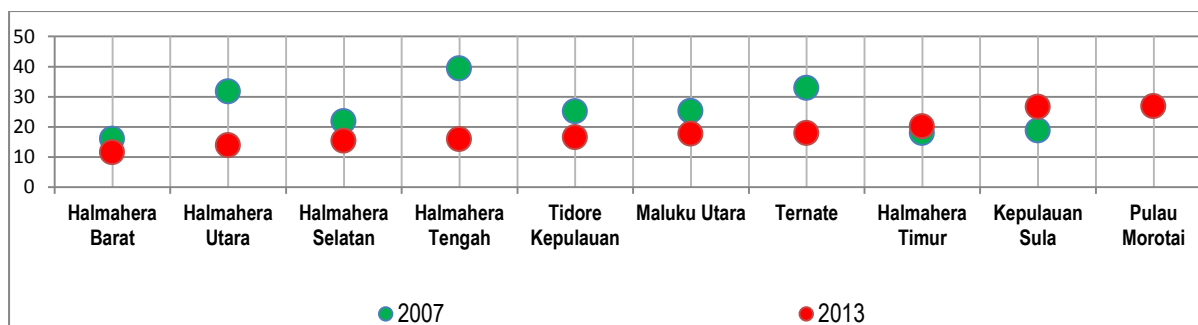
Data penyakit menular yang dikumpulkan terbatas pada beberapa penyakit, yaitu penyakit yang ditularkan melalui udara (infeksi saluran pernapasan atas/ISPA, pneumonia, dan tuberkulosis), penyakit yang ditularkan oleh vektor (malaria), penyakit yang ditularkan melalui makanan, air, dan lewat penularan lainnya (diare dan hepatitis).

3.4.1. Penyakit yang ditularkan melalui Udara

Tabel 3.4.1 menunjukkan insiden, *period prevalence*, prevalensi penyakit yang ditularkan melalui udara meliputi ISPA, Pneumonia, dan Tuberkulosis menurut provinsi dan tabel 3.4.2. hal yang sama menurut karakteristik. Semua penyakit ini juga didata pada Riskesdas 2007. Agar hasil Riskesdas 2013 bisa dibandingkan dengan Riskesdas 2007, beberapa penyakit disesuaikan waktunya. Informasi kurun waktu tertentu seperti pneumonia ditambahkan untuk menyesuaikan kebutuhan program.

3.4.1.1 ISPA

Infeksi saluran pernapasan akut disebabkan oleh virus atau bakteri. Penyakit ini diawali dengan panas disertai salah satu atau lebih gejala: tenggorokan sakit atau nyeri telan, pilek, batuk kering atau berdahak. *Period prevalence* ISPA dihitung dalam kurun waktu 1 bulan terakhir. Tiga Kab/Kota dengan ISPA tertinggi adalah Pulau Morotai (26,8 %), Kepulauan Sula (26.6 %) dan Halmahera Timur (20,1 %). Pada Riskesdas 2007, Halmahera Tengah merupakan Kabupaten tertinggi dengan ISPA (gambar 3.4.1).



Gambar 3.4.1
Period prevalence ISPA, menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013

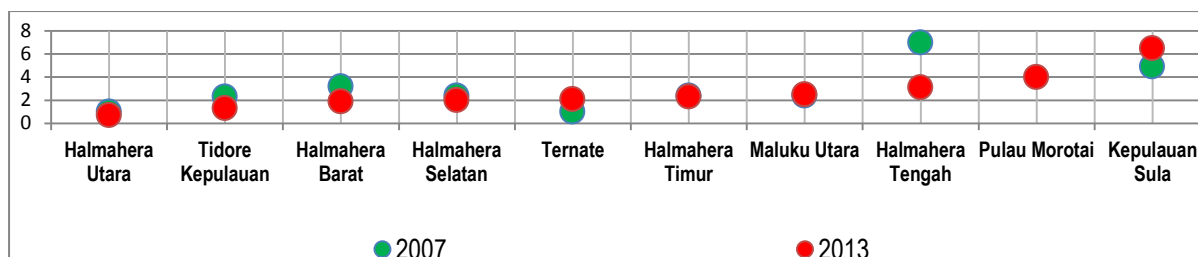
Karakteristik penduduk dengan ISPA yang tertinggi terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun (31,4%). Menurut jenis kelamin, tidak jauh berbeda antara laki-laki dan perempuan. Penyakit ini lebih banyak dialami pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah dan menengah atas (lihat tabel 3.4.2)

Tabel 3.4.1
Period prevalence ISPA, pneumonia, pneumonia balita, dan prevalensi pneumonia menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Period Prevalence ISPA		Period Prevalence Pneumonia		Prevalensi pneumonia	
	D	DG	D	DG	D	DG
Halmahera Barat	5,0	11,5	0,1	1,6	0,4	1,9
Halmahera Tengah	6,4	15,9	0,2	2,1	0,6	3,1
Kepulauan Sula	6,9	26,6	0,2	5,0	0,8	6,5
Halmahera Selatan	8,7	15,4	0,1	1,0	0,7	2,0
Halmahera Utara	7,9	13,9	0,0	0,3	0,4	0,7
Halmahera Timur	6,3	20,1	0,3	1,3	1,1	2,3
Pulau Morotai	12,2	26,8	0,4	5,0	1,1	4,0
Ternate	3,8	17,9	0,3	2,3	0,6	2,1
Tidore Kepulauan	7,7	16,5	0,2	1,2	0,4	1,9
Maluku Utara	6,9	17,7	0,2	2,0	0,6	2,5

3.4.1.2 Pneumonia

Pneumonia adalah radang paru yang disebabkan oleh bakteri dengan gejala panas tinggi disertai batuk berdahak, napas cepat (frekuensi nafas >50 kali/menit), sesak, dan gejala lainnya (sakit kepala, gelisah dan nafsu makan berkurang). Pneumonia ditanyakan pada semua penduduk untuk kurun waktu 1 bulan atau kurang dan dalam kurun waktu 12 bulan atau kurang. Tiga Kabupaten/Kota yang mempunyai insiden dan prevalensi pneumonia tertinggi untuk semua umur adalah Halmahera Tengah (7 %), Kepulauan Sula (4,9 %), dan Halmahera Barat (3,2%) (tabel 3.4.1). *Period Prevalence* pneumonia di Maluku Utara tahun 2013 relatif sama dibandingkan dengan tahun 2007.



Gambar 3.4.2
Period prevalence pneumonia menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013

Berdasarkan kelompok umur penduduk, gambaran pneumonia yang tinggi terjadi pada kelompok umur 65-74 tahun (4,5). Tiga provinsi yang mempunyai insiden pneumonia balita tertinggi adalah Kepulauan Sula (5 %), Pulau Morotai (5 %) dan Ternate (2,3 %) (tabel 3.4.1). Insidens tertinggi pneumonia balita terdapat pada kelompok umur (gambar 3.4.3). Pneumonia balita lebih banyak dialami pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (2,3 %).

Tabel 3.4.2
Period prevalence ISPA, pneumonia, pneumonia balita, dan prevalensi pneumonia menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	<i>Period Prevalence</i> ISPA		<i>Period Prevalence</i> Pneumonia		Prevalensi pneumonia	
	D	DG	D	DG	D	DG
Kelompok Umur						
< 1	8,1	25,1	0,1	0,8	0	0,9
1 - 4	14,8	31,4	0,1	2,0	0,2	1,4
5 - 14	7,0	17,9	0,1	1,4	0,4	1,8
15 - 24	4,3	14,8	0,0	1,6	0,6	2,1
25 - 34	5,7	13,5	0,3	2,0	0,8	3,0
35 - 44	5,5	15,2	0,2	2,1	0,7	2,9
45 - 54	6,9	18,1	0,5	2,6	1,2	4,1
55 - 64	6,5	15,9	0,4	3,7	0,6	3,3
65 - 74	9,3	21,0	0,6	4,5	1,7	3,9
75 +	5,0	14,4	0,1	3,1	2,3	6,5
Jenis Kelamin						
Laki-laki	7,1	17,5	0,2	1,8	0,6	2,7
Perempuan	6,7	17,8	0,2	2,1	0,7	2,3
Pendidikan						
Tidak sekolah	6,9	18,3	0,1	1,7	0,9	3,6
Tidak Tamat SD	7,3	18,1	0,0	1,5	0,6	2,2
Tamat SD	6,2	15,8	0,3	2,4	0,8	3,3
Tamat SLTP	5,0	13,0	0,1	1,9	0,7	2,7
Tamat SLTA	5,2	15,8	0,3	2,1	0,8	2,5
Tamat D1-D3/PT	4,0	13,5	0,5	1,8	0,3	2,2
Pekerjaan						
Tidak berkerja	5,3	10,5	1,7	1,8	1,8	2,5
Pegawai	5,3	9,7	1,5	2,0	1,2	1,9
Wiraswasta	5,2	10,7	2,6	3,0	2,7	3,3
Petani/Nelayan/Buruh	6,0	9,9	2,2	2,5	2,7	3,6
Lainnya	8,1	8,4	1,3	1,4	2,2	2,5
Tempat Tinggal						
Perkotaan	5,9	12,7	0,4	2,2	0,7	2,4
Pedesaan	7,3	11,1	0,1	1,9	0,6	2,6
Kuintil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	6,7	19,0	0,0	2,3	0,5	3,2
Menengah bawah	7,7	17,4	0,1	1,3	0,5	2,0
Menengah	7,4	16,7	0,2	1,7	0,9	2,6
Menengah atas	7,0	18,2	0,2	2,2	0,6	2,4
Teratas	5,8	16,8	0,4	2,2	0,8	2,3

3.4.1.3 Tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) yang dalam hal ini adalah TB Paru merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Gejala utamanya adalah batuk selama 2 minggu atau lebih, batuk disertai dengan gejala tambahan yaitu dahak, dahak bercampur darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, *malaise*, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam lebih dari 1 bulan.

Penyakit TB ditanyakan pada responden untuk kurun waktu ≤ 2 tahun berdasarkan diagnosis yang ditegakkan oleh tenaga kesehatan baik melalui pemeriksaan dahak, foto thoraks atau ke duanya, Berbeda dengan penyakit-penyakit menular yang lain, gejala TB tidak ikut dimasukkan dalam total jumlah penduduk dengan TB.

Tabel 3.4.3
Prevalensi TB berdasarkan diagnosis dan gejala TB kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

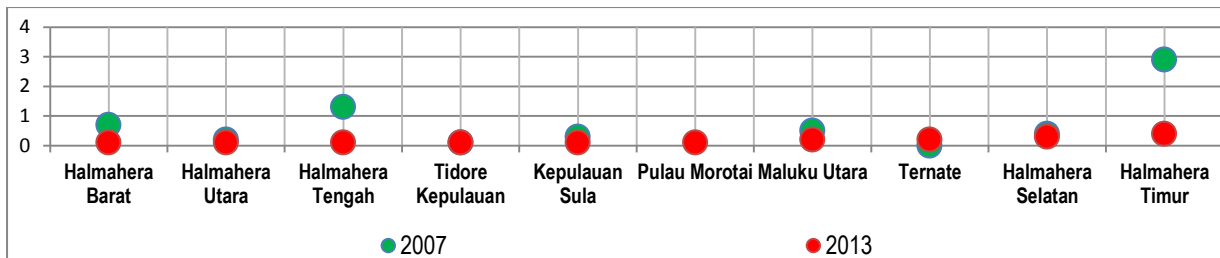
Kabupaten / Kota	Diagnosis TB dan yang diobati program			Gejala TB	
	Ya, ≤ 1 thn	Ya, > 1 thn	OAT Program	Batuk ≥ 2 mgg	Batuk darah
Halmahera Barat	0,1	2,5	12,2	4,4	2,3
Halmahera Tengah	0,1	1,9	36,1	3,6	5,3
Kepulauan Sula	0,1	0,8	29,4	10,0	3,4
Halmahera Selatan	0,3	0,8	44,1	3,9	7,8
Halmahera Utara	0,1	1,2	27,5	2,3	8,4
Halmahera Timur	0,4	1,5	9,6	5,0	3,9
Pulau Morotai	0,1	1,0	66,8	7,4	5,3
Ternate	0,2	1,2	38,5	4,1	2,9
Tidore Kepulauan	0,1	0,7	31,0	3,6	3,5
Maluku Utara	0,2	1,2	29,8	4,7	4,3

Prevalensi penduduk Maluku Utara yang didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan tahun 2013 adalah 0.2 persen, menurun dibandingkan dengan prevalensi TB pada tahun 2007 (gambar 3.4.3) . Tiga kabupaten/kota dengan TB tertinggi adalah Halmahera Timur (0.4%), Halmahera selatan (0,3 %), dan Ternate (0,2 %).

Tabel 3.4.4
Prevalensi TB berdasarkan diagnosis dan gejala TB menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Diagnosis TB dan yang diobati program			Gejala TB	
	Ya, ≤ 1 thn	Ya, > 1 thn	OAT Program	Batuk ≥ 2 mgg	Batuk darah
Kelompok Umur					
< 1				3,8	
1 - 4	0,0	0,7	19,9	4,0	1,7
5 - 14	0,1	0,8	7,6	4,2	2,8
15 - 24	0,	1,8	29,5	4,4	8,1
25 - 34	0,1	1,3	23,7	4,8	3,6
35 - 44	0,2	1,4	40,4	3,9	3,5
45 - 54	0,6	1,4	53,9	6,1	5,5
55 - 64	0,4	1,5	41,2	6,6	7,4
65 - 74	1,4	1,1	28,8	8,0	2,9
75 +		1,3	5,6	10,9	7,5
Jenis Kelamin					
Laki-laki	0,2	1,2	29,7	4,7	4,5
Perempuan	0,1	1,2	29,9	4,7	4,1
Pendidikan					
Tidak sekolah		1,5	3,4	3,6	6,1
Tidak Tamat SD	0,1	1,0	18,8	5,3	3,8
Tamat SD	0,3	1,2	25,7	5,3	6,5
Tamat SLTP	0,3	1,4	34,9	4,7	5,1
Tamat SLTA	0,3	1,5	44,5	4,4	3,6
Tamat D1-D3/PT		1,2	58,9	3,6	2,3
Pekerjaan					
Tidak berkerja	0,1	1,4	27,3	4,9	4,6
Pegawai	0,7	0,8	41,2	4,5	3,7
Wiraswasta	0,1	0,8	29,5	4,6	5,2
Petani/Nelayan/Buruh	0,3	1,6	41,4	5,3	6,0
Lainnya	0,0	1,0	22,1	4,2	3,1
Tempat Tinggal					
Perkotaan	0,2	1,1	34,5	4,2	3,9
Pedesaan	0,2	1,2	28,3	4,9	4,5
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	0,2	1,3	30,1	6,0	4,7
Menengah bawah	0,3	1,1	26,0	4,1	5,1
Menengah	0,1	1,5	26,8	4,3	4,3
Menengah atas	0,2	1,0	24,4	4,6	5,3
Teratas	0,1	1,2	40,5	4,3	2,4

Proporsi penduduk Maluku Utara dengan gejala TB adalah 4,7 persen dan 4,3 persen diantaranya mengalami batuk berdarah (tabel 3.4.3). Berdasarkan karakteristik penduduk Indonesia, yang paling banyak didiagnosis TB adalah penduduk 65-74 tahun, laki-laki, pendidikan SD ke bawah dan tempat tinggal di daerah perkotaan ataupun pedesaan sama. Menurut kuintil indeks kepemilikan, proporsi TB terendah terdapat pada kuintil indeks kepemilikan teratas (0.1%) (tabel 3.4.4).



Gambar 3.4.3
Prevalensi TB menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013

Dari seluruh penduduk yang didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan, hanya 29,8 % diobati dengan obat program. Tiga kabupaten/kota terbanyak yang mengobati TB dengan obat program adalah Pulau Morotai (66,8 %), Halmahera Selatan (44,1 %), dan Ternate (38,5 %) (lihat Riskesdas 2013 dalam angka).

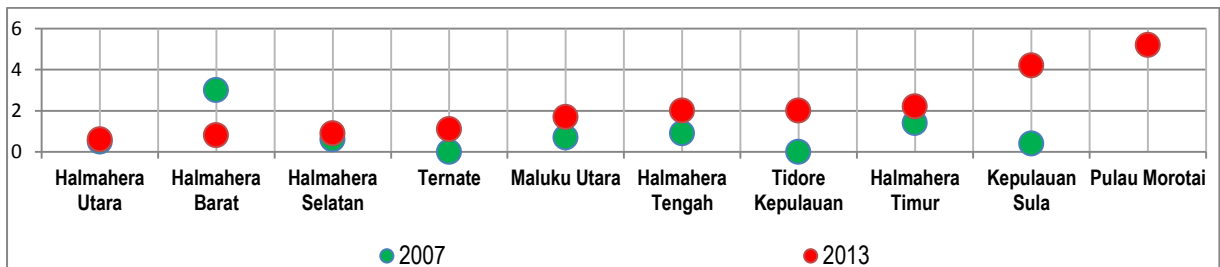
3.4.2. Penyakit yang ditularkan melalui Makanan, Air dan lainnya

Penyakit yang ditularkan melalui makanan, air dan lainnya pada Riskesdas 2013 adalah diare dan hepatitis. Penyakit ini juga diteliti pada Riskesdas 2007. Pada Riskesdas 2013, pertanyaan diare ditambahkan dalam kurun waktu ≤ 2 minggu, sesuai dengan kebutuhan program.

3.4.2.1 Hepatitis

Hepatitis adalah penyakit infeksi hati yang disebabkan oleh virus Hepatitis A, B, C, D atau E. Hepatitis dapat menimbulkan gejala demam, lesu, hilang nafsu makan, mual, nyeri pada perut kanan atas, disertai urin warna coklat yang kemudian diikuti dengan ikterus (warna kuning pada kulit dan/skleria mata karena tingginya bilirubin dalam darah). Hepatitis dapat pula terjadi tanpa menunjukkan gejala (asimtomatis).

Prevalensi hepatitis Indonesia tahun 2013 adalah 1,7 persen, sama dengan prevalensi tahun 2007 (gambar 3.4.4). Tiga kabupaten/kota dengan prevalensi hepatitis tertinggi adalah Pulau morotai (5,2%), Kepulauan Sula (4,2%), Halmahera Timur (2,2%) (tabel 3.4.5).



Gambar 3.4.4
Prevalensi hepatitis menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013

Berdasarkan kuintil indeks kepemilikan, kelompok terbawah menempati prevalensi hepatitis tertinggi dibandingkan dengan kelompok lainnya. Prevalensi semakin meningkat pada penduduk berusia diatas 55-64 tahun (tabel 3.4.6). Jenis hepatitis yang banyak menginfeksi penduduk Indonesia adalah hepatitis B (19,3 %) dan hepatitis A (10,9 %) (tabel 3.4.7).

Tabel 3.4.5
Prevalensi hepatitis, insiden diare dan diare balita, serta *period prevalence* diare menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Prevalensi Hepatitis		Insiden Diare		<i>Period prevalence</i> Diare	
	D	DG	D	DG	D	DG
Halmahera Barat	0,	0,8	0,3	0,4	0,7%	1,2
Halmahera Tengah	0,1	2,0	1,5	2,1	2,7%	4,3
Kepulauan Sula	0,2	4,2	1,4	4,0	2,2%	5,9
Halmahera Selatan	0,2	0,9	0,6	1,0	2,4%	3,1
Halmahera Utara	0,0	0,6	0,5	0,8	1,1%	1,5
Halmahera Timur	0,9	2,2	1,2	1,7	1,7%	2,6
Pulau Morotai	0,8	5,2	2,6	4,3	1,9%	4,0
Ternate	0,2	1,1	0,7	1,7	1,0%	1,9
Tidore Kepulauan	0,2	2,0	1,0	2,1	2,1%	3,5
Maluku Utara	0,2	1,7	0,9	1,8	1,7%	2,9

Tabel 3.4.6
Prevalensi hepatitis, insiden diare dan diare balita, serta *period prevalence* diare menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Prevalensi Hepatitis		Insiden Diare		<i>Period prevalence</i> Diare	
	D	DG	D	DG	D	DG
Kelompok Umur						
< 1			1,3	2,3		4,0
1 - 4	0,2	1,0	2,3	5,0	1,4	4,9
5 - 14	0,1	1,5	0,3	1,2	1,5	3,3
15 - 24	0,2	1,9	0,9	1,5	1,5	2,2
25 - 34	0,2	2,0	1,0	1,7	1,1	2,5
35 - 44	0,5	2,1	0,7	1,3	1,4	2,5
45 - 54	0,2	1,7	1,1	1,7	0,9	2,2
55 - 64	1,2	2,5	0,7	1,0	1,1	2,4
65 - 74		1,9	0,5	1,3	1,1	2,3
75 +		2,0	0,3	0,3	0,6	2,2
Jenis Kelamin						
Laki-laki	0,3	2,0	0,9	1,9	1,8	3,2
Perempuan	0,2	1,5	0,9	1,7	1,5	2,5
Pendidikan						
Tidak sekolah	0,4	2,1	0,5	0,9	2,2	3,2
Tidak Tamat SD	0,2	1,9	0,7	1,1	1,5	3,0
Tamat SD	0,2	1,7	0,6	1,1	1,3	2,6
Tamat SLTP	0,2	1,9	0,6	1,9	0,7	2,0
Tamat SLTA	0,3	1,7	0,5	1,5	1,7	2,9
Tamat D1-D3/PT	0,3	2,0	1,7	2,4	1,0	1,3
Pekerjaan						
Tidak berkerja	0,2	1,7	0,5	1,2	1,4	2,5
Pegawai	0,4	1,9	0,9	1,4	0,9	2,4
Wiraswasta	0,2	1,5	1,5	2,5	1,2	3,4
Petani/Nelayan/Buruh	0,4	2,1	1,1	1,6	1,3	2,5
Lainnya	0,0	2,3	1,1	1,7	0,9	2,1
Tempat Tinggal						
Perkotaan	0,2	1,6	0,8	1,7	1,4	2,4
Pedesaan	0,2	1,8	1,0	1,8	1,8	3,1
Kuntil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	0,4	2,3	0,9	2,0	2,0	3,5
Menengah bawah	0,3	1,5	1,2	1,8	1,5	3,0
Menengah	0,2	1,7	0,7	1,8	1,7	2,8
Menengah atas	0,1	1,4	1,0	1,6	1,6	2,7
Teratas	0,2	1,6	0,8	1,6	1,4	2,4

Tabel 3.4.7
Proporsi Penderita hepatitis A, B, C, dan hepatitis lain menurut kabupaten/kota,
Maluku Utara 2013

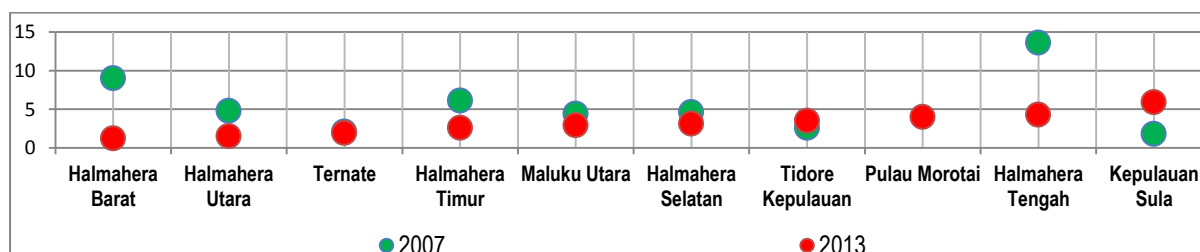
Kabupaten / Kota	Jenis Hepatitis yang Diderita			
	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	Hepatitis Lainnya
Halmahera Barat	100,0	0	0	0
Halmahera Tengah	78,1	0	0	0
Kepulauan Sula	0	14,3	0	0
Halmahera Selatan	0	31,5	0	0
Halmahera Utara	0	0	0	0
Halmahera Timur	9,7	2,3	0	0
Pulau Morotai	17,7	19,5	0	0
Ternate	0	10,9	0	0
Tidore Kepulauan	0	100,0	0	0
Maluku Utara	10,9	19,3	0	0

3.4.2.2 Diare

Diare adalah gangguan buang air besar/BAB ditandai dengan BAB lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja cair, dapat disertai dengan darah dan atau lendir.

Riskesmas 2013 mengumpulkan informasi insiden diare agar bisa dimanfaatkan program, dan period prevalens diare agar bisa dibandingkan dengan Riskesdas 2007.

Period prevalen diare pada Riskesdas 2013 (2,9%) lebih kecil dari Riskesdas 2007 (4,4%). Penurunan *period prevalen* yang tinggi ini dimungkinkan karena waktu pengambilan sampel yang tidak sama antara 2007 dan 2013. Pada Riskesdas 2007 sampel diambil dalam rentang waktu yang lebih singkat. Insiden diare untuk seluruh kelompok umur di Maluku Utara adalah 1.8 persen.



Gambar 3.4.5
Period Prevalence Diare menurut Kabupaten/Kota, Maluku Utara 2007 dan 2013

Tiga Kabupaten/Kota dengan insiden dan period prevalen diare tertinggi adalah Pulau morotai (4,3% dan 4,0%), Kepulauan Sula (4,0% dan 5,9%), dan Halmahera Tengah (2,1% dan 4,3%) (tabel 3.4.5).

Berdasarkan karakteristik penduduk, kelompok umur balita adalah kelompok yang paling tinggi menderita diare. Berdasarkan kuintil indeks kepemilikan, semakin rendah kuintil indeks kepemilikan, maka semakin tinggi proporsi diare pada penduduk. Sedangkan jenis kelamin dan tempat tinggal menunjukkan proporsi yang tidak jauh berbeda (tabel 3.4.6).

Insiden diare balita di Maluku Utara adalah 2,9 persen. Tiga Kabupaten/Kota dengan insiden dan period prevalen diare tertinggi adalah Pulau morotai (4,3%), Kepulauan Sula (4,0%), dan Halmahera Tengah (2,1%) (tabel 3.4.5). Karakteristik diare balita tertinggi terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun (5,0%), laki-laki ((1,9%), tinggal di daerah pedesaan (1,8%), dan kelompok kuintil indeks kepemilikan terbawah (2%) (tabel 3.4.6).

Oralit dan zinc sangat dibutuhkan pada pengelolaan diare balita. Oralit dibutuhkan sebagai rehidrasi yang penting saat anak banyak kehilangan cairan akibat diare dan kecukupan zinc di dalam tubuh balita akan membantu proses penyembuhan diare. Pengobatan dengan pemberian oralit dan zinc terbukti efektif dalam menurunkan tingginya angka kematian akibat diare sampai 40 persen. Pemakaian oralit dalam mengelola diare pada penduduk Maluku Utara adalah 16,2 persen. Tiga Kabupaten/Kota tertinggi penggunaan oralit adalah Halmahera Timur (68,7%), Halmahera Selatan (67,2%), dan Halmahera Tengah (46,6%). Pengobatan diare dengan menggunakan zinc pada penduduk Maluku Utara adalah 37,8 persen. Tiga Kabupaten/Kota tertinggi pemakaian zinc pada pengobatan diare adalah Halmahera Barat (34,9%), Ternate (34,4%), dan Tidore Kepulauan (29,9%).

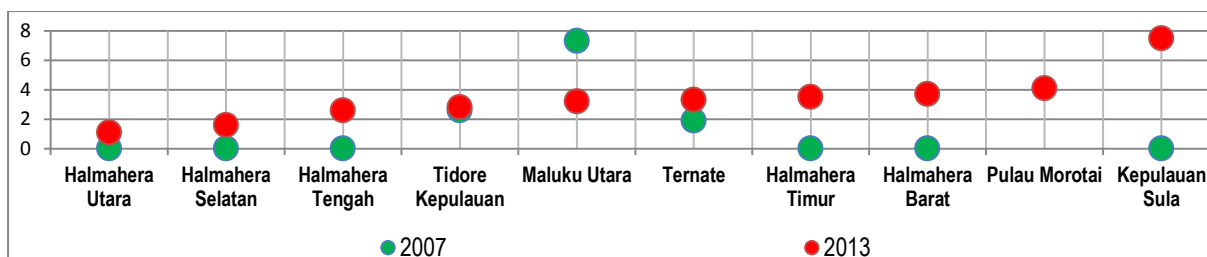
Tabel 3.4.8
Penggunaan oralit dan zinc pada diare balita menurut Kabupaten/Kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Oralit	Zn
Halmahera Barat	34,9	34,9
Halmahera Tengah	46,6	23,2
Kepulauan Sula	20,7	2,7
Halmahera Selatan	67,2	21,1
Halmahera Utara	28,9	
Halmahera Timur	68,7	14,4
Pulau Morotai	29,8	
Ternate	6,6	34,4
Tidore Kepulauan	23,5	29,9
Maluku Utara	37,8	16,2

3.4.3. Penyakit yang ditularkan oleh Vektor (Malaria)

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” ditanyakan apakah pernah menderita panas disertai menggigil atau panas naik turun secara berkala, dapat disertai sakit kepala, berkeringat, mual, muntah dalam waktu satu bulan terakhir atau satu tahun terakhir. Ditanyakan pula apakah pernah minum obat malaria dengan atau tanpa gejala panas. Untuk responden yang menyatakan “pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan” ditanyakan apakah mendapat pengobatan dengan obat program kombinasi artemisinin dalam 24 jam pertama menderita panas atau lebih dari 24 jam pertama menderita panas dan apakah habis diminum dalam waktu 3 hari.

Insiden Malaria pada penduduk Indonesia tahun 2013 adalah 3,2 persen menurun dibanding tahun 2007 (7,32%). Prevalensi malaria tahun 2013 adalah 8,1 persen. Tiga Kabupaten/Kota dengan insiden dan prevalensi tertinggi adalah Kepulauan Sula (6,7% dan 15,5%), Pulau Morotai (4,1% dan 13,4%), dan Halmahera Barat (3,7% dan 5,4%) (tabel 3.4.9). Dari 9 Kabupaten/Kota di Maluku utara, 1 Kota dan 4 Kabupaten mempunyai prevalensi malaria di atas angka Maluku Utara.



Gambar 3.4.6
Insiden malaria menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013

Tabel 3.4.9
Insiden dan prevalensi malaria menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Insiden Malaria		Prevalensi Malaria	
	D	DG	D	DG
Halmahera Barat	1,9	3,7	3,0	5,4
Halmahera Tengah	1,2	2,6	3,1	7,8
Kepulauan Sula	1,5	7,5	4,3	15,5
Halmahera Selatan	0,8	1,6	3,5	7,2
Halmahera Utara	0,5	1,1	1,3	3,8
Halmahera Timur	1,9	3,5	3,9	8,1
Pulau Morotai	0,4	4,1	5,2	13,4
Ternate	1,3	3,3	5,2	9,0
Tidore Kepulauan	1,2	2,8	3,3	5,9
Maluku Utara	1,1	3,2	3,6	8,1

Tabel 3.4.10 menunjukkan Prevalensi malaria pada anak <15 tahun relatif sama dibanding pada orang dewasa. Proporsi pengobatan dengan obat malaria program cenderung lebih baik pada anak dibandingkan orang dewasa (tabel 3.4.12). Keadaan ini menunjukkan kewaspadaan dan kepedulian penanganan penyakit malaria pada anak sudah cukup baik. Pengobatan efektif sesuai program terjadi pada hampir seluruh Kabupaten/Kota di Maluku Utara, rerata lebih 50 persen penderita malaria mendapat obat program dalam 24 jam pertama menderita sakit. Pengobatan dengan obat malaria program relatif lebih baik di daerah perkotaan, pada kelompok pendidikan tinggi, dan kelompok dengan kuintil indeks kepemilikan tinggi.

Tabel 3.4.10
Insiden dan prevalensi malaria menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Insiden Malaria		Prevalensi Malaria	
	D	DG	D	DG
Kelompok Umur				
< 1	1,0	2,3	1,3	4,1
1 - 4	1,6	3,6	3,8	7,6
5 - 14	1,2	3,3	4,5	9,0
15 - 24	0,5	2,5	3,8	8,3
25 - 34	1,2	3,1	3,0	7,9
35 - 44	1,2	3,4	2,8	8,3
45 - 54	1,6	3,7	4,8	9,0
55 - 64	0,8	3,1	1,6	5,6
65 - 74	1,9	3,3	3,9	7,4
75 +	1,6	4,1	1,9	8,2
Jenis Kelamin				
Laki-laki	1,2	3,2	4,0	8,7
Perempuan	1,0	3,2	3,1	7,5
Pendidikan				
Tidak sekolah	1,6	4,0	2,9	7,5
Tidak Tamat SD	1,3	3,7	3,8	8,1
Tamat SD	1,1	3,0	3,6	8,5
Tamat SLTP	0,7	2,4	4,0	8,7
Tamat SLTA	1,1	3,4	3,6	8,2
Tamat D1-D3/PT	0,6	1,9	2,6	6,2
Pekerjaan				
Tidak berkerja	0,8	2,9	3,9	7,9
Pegawai	1,3	2,5	3,8	8,4
Wiraswasta	1,3	3,4	3,7	7,5
Petani/Nelayan/Buruh	1,2	3,4	2,7	8,2
Lainnya	1,6	3,1	3,6	11,0
Tempat Tinggal				
Perkotaan	1,4	3,2	4,9	8,4
Pedesaan	1,1	3,2	3,1	8,0
Kuntil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	1,1	3,5	3,1	8,9
Menengah bawah	0,9	2,7	3,4	8,3
Menengah	1,2	3,6	2,7	7,1
Menengah atas	1,3	3,1	3,8	7,6
Teratas	1,2	3,0	5,0	8,6

Tabel 3.4.11

Proporsi penderita malaria yang diobati dengan pengobatan sesuai program dan penderita malaria yang mengobati sendiri menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Kewaspadaan dan kepedulian penanganan penyakit malaria				Minum obat anti malaria dengan/ tanpa gejala khas malaria
	Mendapatkan obat ACT program	Mendapatkan obat dalam 24 jam pertama	Minum obat selama 3 hari	Pengobatan efektif dgn ACT*	
Halmahera Barat	64,7	65,6	55,6	45,5	2,2
Halmahera Tengah	39,7	58,7	88,1	53,0	1,3
Kepulauan Sula	24,3	51,3	79,9	45,0	7,0
Halmahera Selatan	65,1	31,3	85,1	31,3	0,6
Halmahera Utara	38,6	75,9	86,7	75,9	0,7
Halmahera Timur	41,4	37,9	54,4	24,6	1,9
Pulau Morotai	44,3	28,1	82,9	21,3	2,9
Ternate	69,3	55,6	88,1	50,4	3,4
Tidore Kepulauan	46,3	55,5	87,0	47,3	0,7
Maluku Utara	52,8	49,0	81,2	42,8	2,3

*Pengobatan efektif (pengobatan malaria sesuai program) adalah pemberian ACT pada 24 jam pertama pasien panas dan obat diminum habis dalam 3 hari

Tabel 3.4.12

Proporsi penderita malaria yang diobati dengan pengobatan sesuai program dan penderita malaria yang mengobati sendiri menurut karakteristik, Maluku utara 2013

Karakteristik	Kewaspadaan dan kepedulian penanganan penyakit malaria				Minum obat anti malaria dengan/ tanpa gejala khas malaria
	Mendapatkan obat ACT program	Mendapatkan obat dalam 24 jam pertama	Minum obat selama 3 hari	Pengobatan efektif dgn ACT*	
Kelompok Umur					
< 1	49,8	100,0	100,0	100,0	1,0
1 - 4	57,9	69,9	79,9	61,3	1,6
5 - 14	58,7	49,0	84,3	46,6	2,3
15 - 24	56,5	45,1	77,4	34,1	2,2
25 - 34	43,0	43,0	76,1	33,9	2,3
35 - 44	57,0	50,0	98,9	48,8	3,6
45 - 54	43,1	38,0	78,0	35,3	1,9
55 - 64	43,4	43,9	33,6	7,9	1,6
65 - 74	30,5	48,1	65,6	29,0	1,7
75 +	40,2				1,1
Jenis Kelamin					
Laki-laki	48,5	45,1	82,6	38,7	2,6
Perempuan	58,6	53,4	79,6	47,4	2,0
Pendidikan					
Tidak sekolah	52,4	49,7	96,8	49,7	1,6
Tidak Tamat SD	51,7	51,2	85,2	45,9	2,4
Tamat SD	52,1	39,0	78,9	34,3	2,5
Tamat SLTP	39,5	54,6	76,7	40,2	1,9
Tamat SLTA	64,9	40,6	86,1	36,5	3,1
Tamat D1-D3/PT	49,8	76,8	90,5	67,2	1,9
Pekerjaan					
Tidak berkerja	56,4	39,6	81,5	34,7	2,2
Pegawai	45,8	65,2	92,4	59,3	2,2
Wiraswasta	54,2	65,9	86,5	53,1	3,5
Petani/Nelayan/Buruh	43,3	36,8	74,8	27,7	2,4
Lainnya	49,1	35,7	86,1	35,7	3,7
Tempat Tinggal					
Perkotaan	57,1	55,4	86,3	48,6	2,7
Pedesaan	50,3	44,8	77,7	39,0	2,1
Kuntil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	40,8	44,5	79,1	38,1	2,6
Menengah bawah	60,1	36,8	69,4	29,8	1,9
Menengah	50,7	59,3	79,7	49,4	2,2
Menengah atas	56,1	41,7	93,2	40,7	2,0
Teratas	54,7	61,2	82,4	53,5	2,7

3.5 Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular (PTM) adalah penyakit kronis, tidak ditularkan dari orang ke orang. PTM mempunyai durasi yang panjang dan perkembangan yang umumnya lambat. Empat jenis PTM utama menurut WHO adalah penyakit kardiovaskular (penyakit jantung koroner, gagal jantung, stroke), kanker, diabetes (DM) dan penyakit pernafasan kronis (asma dan penyakit paru obstruksi kronis). (WHO media centre, 2013).

Tujuan Riskesdas 2013 dalam bidang PTM adalah untuk memperoleh gambaran penduduk dengan penyakit tidak menular. Data penyakit tidak menular didapat melalui pertanyaan/wawancara responden tentang penyakit tidak menular yang terdiri dari: (1) asma (2) penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) (3) kanker (4) DM (5) hipertiroid (6) hipertensi (7) jantung koroner (8) gagal jantung (9) stroke (10) gagal ginjal kronis (11) batu ginjal (12) penyakit sendi/rematik. Jenis pertanyaan meliputi: besaran PTM yang didiagnosis tenaga kesehatan, besaran PTM berdasarkan keluhan/gejala tertentu yang dialami oleh responden dan onset PTM yang didiagnosis tenaga kesehatan atau yang dialami responden.

Prevalensi penyakit adalah gabungan kasus penyakit yang pernah didiagnosis tenaga medis/kesehatan dan kasus yang mempunyai riwayat gejala PTM. Data penyakit asma/mengi/bengek dan kanker diambil dari responden semua umur, untuk penyakit paru obstruksi kronis umur ≥ 30 tahun, untuk penyakit kencing manis/diabetes melitus, hipertiroid, hipertensi/tekanan darah tinggi, penyakit jantung koroner, penyakit gagal jantung, penyakit ginjal, penyakit sendi/rematik/encok dan stroke ditanya pada umur > 15 tahun. Riwayat penyakit ditanyakan mengenai umur mulai serangan atau tahun pertama didiagnosis, sedangkan pertanyaan gejala ditanyakan mengenai pernah atau dalam kurun waktu 1 bulan mengalami gejala. Hipertensi dinilai melalui 2 cara yaitu wawancara dan pengukuran. Untuk hipertensi wawancara, ditanyakan mengenai riwayat didiagnosis oleh nakes, dan kondisi sedang minum obat anti-hipertensi saat diwawancara. Untuk hipertensi berdasarkan hasil pengukuran, dilakukan pengukuran tekanan darah/tensi menggunakan alat pengukur/tensimeter digital. Setiap responden diukur tensinya minimal 2 kali. Jika hasil pengukuran ke-dua berbeda ≥ 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ke-tiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dengan pengukuran terakhir dihitung reratanya sebagai hasil ukur tensi. Terdapat beberapa perbedaan pertanyaan dalam kuesioner Riskesdas (RKD) 2013 dibandingkan RKD 2007. Untuk kasus asma pada RKD 2007 ditanyakan apakah pernah didiagnosis asma oleh tenaga kesehatan, kemudian untuk yang menjawab tidak, dilanjutkan dengan pertanyaan apakah ada mengalami gejala asma seperti sesak dengan disertai mengi, dada rasa tertekan di pagi hari atau waktu lainnya? Pada RKD 2013 pertanyaan asma berdasarkan pertanyaan yang lebih komplis, seperti sesak yang timbul bila terpapar udara dingin/rokok/ debu/ infeksi/kelelahan/alergi obat/makanan, ada gejala mengi/sesak lebih berat malam hari atau menjelang pagi/ gejala hilang dengan atau tanpa pengobatan. PPOK hanya ada pada RKD 2013. Pertanyaan PPOK berdasarkan gejala meliputi sesak, batuk berdahak, dan merokok dengan Indek Brinkman ≥ 200 , sesak bertambah ketika beraktifitas dan bertambah dengan meningkatnya usia.

Pertanyaan kanker pada RKD 2007, apakah pernah didiagnosis tumor/kanker oleh tenaga kesehatan? Hasilnya dinilai agak bias karena pembengkakan seperti lipoma sering disebut tumor oleh masyarakat. RKD 2013 menanyakan apakah pernah didiagnosis kanker oleh dokter. Pertanyaan tentang hipertiroid dalam RKD 2007 tidak ada, pada RKD 2013 ditanyakan apakah pernah didiagnosis hipertiroid oleh dokter? Prevalensi yang didapat berdasar pertanyaan tentu akan lebih rendah dari kenyataan sebenarnya karena biasanya penduduk berobat ke tenaga medis setelah ada gejala dimana penyakit sebenarnya sudah berlanjut. Tekanan darah pada waktu RKD 2007 diukur dengan tensimeter digital IA2 dan sesuai pedoman, pengukuran dilakukan pada lengan kanan. RKD 2013 menggunakan tensimeter IA1 karena IA2 diskontinu dan sesuai pedoman, diukur pada lengan kiri. Orang Indonesia umumnya menggunakan lengan kanan yang lebih banyak gerak dari pada lengan kiri dan telah diketahui hasil pengukuran lengan kanan akan lebih tinggi 1 – 4 mmHg dari pada lengan kiri.

Pada RKD 2007 pertanyaan penyakit jantung digabung (kongenital/jantung koroner/gagal jantung/ jantung reumatik, dll) yaitu apakah pernah didiagnosis penyakit jantung oleh tenaga kesehatan? Pada RKD 2013 pertanyaan berupa apakah pernah didiagnosis menderita penyakit

jantung koroner oleh dokter? Bagi yang belum terdiagnosis dilanjutkan dengan pertanyaan gejala sesuai kriteria "Rose Questionnaire". Untuk penyakit gagal jantung pertanyaan yang diajukan adalah apakah pernah didiagnosis penyakit gagal jantung oleh dokter? Bagi yang belum terdiagnosis dilanjutkan dengan pertanyaan gejala terkait gagal jantung. Pada RKD 2013 juga terdapat pertanyaan apakah pernah didiagnosis penyakit gagal ginjal kronis dan batu ginjal oleh dokter? Pertanyaan untuk stroke dan rematik sama dengan tahun 2007 yaitu apakah pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan dan dilanjutkan dengan pertanyaan gejala terkait penyakit. Informasi hasil analisis penyakit tidak menular (PTM) meliputi (1) asma (2) PPOK (3) kanker (4) DM (5) hipertiroid (6) hipertensi (7) jantung koroner (8) gagal jantung (9) stroke (10) gagal ginjal kronis (11) batu ginjal (12) penyakit sendi/rematik disajikan dalam bentuk tabel. Untuk beberapa penyakit, ditambahkan bentuk grafik kecenderungan 2007 dan 2013. Tabel menunjukkan prevalensi nasional dan provinsi, serta karakteristik sosiodemografi. Istilah D dalam tabel berarti telah didiagnosis tenaga kesehatan atau dokter, D/G adalah hasil diagnosis ditambah gejala (yang belum terdiagnosis). Untuk kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes diberi inisial D, dan gabungan kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes dengan kasus hipertensi berdasarkan riwayat sedang minum obat hipertensi sendiri diberi istilah DO (diagnosis/minum obat sendiri), hasil berdasarkan pengukuran diberi inisial U. Kecenderungan prevalensi penyakit dalam RKD 2007 dan 2013 (DM, hipertensi, stroke, dan sendi/rematik) disajikan dalam bentuk grafik.

3.5.1 Penyakit Asma

Asma merupakan gangguan inflamasi kronik di jalan napas. Dasar penyakit ini adalah hiperaktivitas bronkus dan obstruksi jalan napas. Gejala asma adalah gangguan pernapasan (sesak), batuk produktif terutama pada malam hari atau menjelang pagi, dan dada terasa tertekan. Gejala tersebut memburuk pada malam hari, adanya alergen (seperti debu, asap rokok), sedang menderita sakit seperti demam. Gejala hilang dengan atau tanpa pengobatan. Didefinisikan sebagai asma jika pernah mengalami gejala sesak napas yang terjadi pada salah satu atau lebih kondisi: terpapar udara dingin dan/atau debu dan/atau asap rokok dan/atau stres dan/atau flu atau infeksi dan/atau kelelahan dan/atau alergi obat dan/atau alergi makanan dengan disertai salah satu atau lebih gejala : mengi dan/atau sesak napas berkurang atau menghilang dengan pengobatan dan/atau sesak napas berkurang atau menghilang tanpa pengobatan dan/atau sesak napas lebih berat dirasakan pada malam hari atau menjelang pagi dan jika pertama kali merasakan sesak napas saat berumur < 40 tahun.

3.5.2 Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)

PPOK adalah penyakit kronik saluran napas yang ditandai dengan hambatan aliran udara khususnya udara ekspirasi dan bersifat progresif lambat (semakin lama semakin memburuk), disebabkan oleh pajanan faktor risiko seperti merokok, polusi udara di dalam maupun di luar ruangan. Onset (awal terjadinya penyakit) biasanya pada usia pertengahan dan tidak hilang dengan pengobatan. Didefinisikan sebagai PPOK jika pernah mengalami sesak napas yang bertambah ketika beraktifitas dan/atau bertambah dengan meningkatnya usia disertai batuk berdahak atau pernah mengalami sesak napas disertai batuk berdahak dan nilai Indeks Brinkman ≥ 200 . Indeks Brinkman adalah jumlah batang rokok yang diisap, dihitung sebagai lama merokok (dalam tahun) dikalikan dengan jumlah rokok yang diisap per hari.

3.5.3 Penyakit Kanker

Kanker atau tumor ganas adalah pertumbuhan sel/jaringan yang tidak terkendali, terus bertumbuh/bertambah, immortal (tidak dapat mati). Sel kanker dapat menyusup ke jaringan sekitar dan dapat membentuk anak sebar. Diagnosis kanker maupun jenis kanker ditegakkan berdasarkan hasil wawancara terhadap pertanyaan pernah didiagnosis menderita kanker oleh dokter.

Tabel 3.5.1
Prevalensi penyakit asma, PPOK, dan kanker menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Asma*	PPOK**	Kanker (‰)***
Halmahera Barat	2,0	4,5	0,2
Halmahera Tengah	4,2	3,9	0,0
Kepulauan Sula	10,3	10,7	0,3
Halmahera Selatan	3,9	4,0	0,6
Halmahera Utara	1,6	3,1	0,2
Halmahera Timur	6,0	5,4	3,5
Pulau Morotai	7,8	12,6	0,6
Ternate	6,9	3,8	3,8
Tidore Kepulauan	3,3	4,0	0,5
Maluku Utara	5,0	5,2	1,2

* Wawancara semua umur berdasarkan gejala

** Wawancara umur \geq 30 tahun berdasarkan gejala

*** Wawancara semua umur menurut diagnosis dokter

Tabel 3.5.1 mencakup informasi prevalensi asma, PPOK, dan kanker di Maluku Utara masing-masing 5 persen, 5,2 persen, dan 1,2 per mil. Prevalensi asma tertinggi terdapat di Kepulauan Sula (10,3%), diikuti Pulau Morotai (7,8%), dan Ternate (6,9%). Prevalensi PPOK tertinggi terdapat di Pulau Morotai (12,6%), diikuti Kepulauan Sula (10,7%), dan Halmahera Timur (5,4%). Prevalensi PPOK lebih rendah dari kejadian sebenarnya, karena manifestasi klinis baru terlihat ketika fungsi paru sudah menurun. Prevalensi kanker tertinggi terdapat di Ternate (3,8‰), diikuti Halmahera Timur (3,5 ‰), dan Halmahera selatan srtta Pulau Morotai masing-masing 0,6 per mil.

Tabel 3.5.2
Prevalensi penyakit asma, PPOK dan kanker menurut
karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Asma*	PPOK**	Kanker (%)**
Kelompok Umur			
< 1	0,7		0,0
1- 4	3,3		0,0
5-14	3,6		0,0
15-24	7,8		0,0
25-34	6,1	2,4	5,2
35-44	6,1	3,3	0,9
45-54	3,8	5,2	1,0
55-64	3,6	8,6	1,9
65-74	2,6	16,3	0,0
75+	6,1	16,0	0,0
Jenis Kelamin			
Laki-laki	5,0	6,1	0,0
Perempuan	5,0	4,3	2,5
Pendidikan			
Tidak sekolah	3,4	8,5	0,4
Tidak Tamat SD	3,7	8,0	1,1
Tamat SD	4,7	5,8	0,3
Tamat SLTP	6,8	3,4	0,7
Tamat SLTA	6,9	4,0	4,1
Tamat D1-D3/PT	6,5	3,3	1,5
Pekerjaan			
Tidak berkerja	6,0	5,2	1,6
Pegawai	5,7	2,9	7,8
Wiraswasta	3,9	2,3	0,4
Petani/Nelayan/Buruh	5,4	6,6	0,5
Lainnya	5,1	4,5	0,0
Tempat Tinggal			
Perkotaan	6,1	4,0	3,1
Pedesaan	4,6	5,6	0,5
Kuntil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	5,8	6,3	0,3
Menengah bawah	4,6	5,9	0,9
Menengah	4,7	4,7	0,6
Menengah atas	4,0	3,8	2,6
Teratas	5,8	2,5	1,7

Dari tabel 3.5.2 terlihat prevalensi asma, PPOK, dan kanker meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Prevalensi asma pada kelompok umur ≥ 45 tahun mulai menurun. Prevalensi kanker agak tinggi pada bayi (0,0%) dan meningkat pada umur ≥ 24 tahun (5,2%). Prevalensi kanker pada perempuan cenderung lebih tinggi dari pada laki-laki, PPOK lebih tinggi pada laki-laki dibanding perempuan. Prevalensi asma terlihat lebih besar perkotaan dibandingkan pedesaan, PPOK lebih tinggi di pedesaan dari perkotaan, hal ini perlu dianalisis

lebih lanjut mengenai faktor risiko PPOK terbanyak. Prevalensi kanker di kota cenderung lebih tinggi dari pada di desa. Prevalensi PPOK cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah dan status ekonomi terbawah. Asma cenderung lebih tinggi pada kelompok dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah. Pada penyakit kanker, prevalensi cenderung lebih tinggi pada pendidikan tinggi dan pada kelompok dengan kuintil indeks kepemilikan menengah.

3.5.4 Diabetes melitus

Diabetes melitus adalah penyakit metabolisme yang merupakan suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang karena adanya peningkatan kadar glukosa darah di atas nilai normal. Penyakit ini disebabkan gangguan metabolisme glukosa akibat kekurangan insulin baik secara absolut maupun relatif. Ada 2 tipe diabetes melitus yaitu diabetes tipe I / diabetes *juvenile* yaitu diabetes yang umumnya didapat sejak masa kanak-kanak dan diabetes tipe II yaitu diabetes yang didapat setelah dewasa.

Gejala diabetes antara lain: rasa haus yang berlebihan (polidipsi), sering kencing (poliuri) terutama malam hari, sering merasa lapar (poliphagi), berat badan yang turun dengan cepat, keluhan lemah, kesemutan pada tangan dan kaki, gatal-gatal, penglihatan jadi kabur, impotensi, luka sulit sembuh, keputihan, penyakit kulit akibat jamur di bawah lipatan kulit, dan pada ibu-ibu sering melahirkan bayi besar dengan berat badan > 4 kg. Didefinisikan sebagai DM jika pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh dokter atau belum pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh dokter tetapi dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: sering lapar dan sering haus dan sering buang air kecil & jumlah banyak dan berat badan turun.

3.5.5. Penyakit Hipertiroid

Penyakit hipertiroid adalah suatu keadaan ketika fungsi kelenjar gondok (tiroid) menjadi berlebihan. Kelebihan fungsi kelenjar tersebut meningkatkan produksi hormon tiroid yang mempengaruhi metabolisme tubuh. Gejala penyakit hipertiroid antara lain: jantung berdebar-debar, berkeringat banyak, penurunan berat badan, cemas, tidak tahan terhadap udara dingin, dan lain-lain. Didefinisikan sebagai hipertiroid jika pernah didiagnosis hipertiroid oleh dokter.

3.5.6 Hipertensi/Tekanan Darah Tinggi

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung dan ginjal. Didefinisikan sebagai hipertensi jika pernah didiagnosis menderita hipertensi/penyakit tekanan darah tinggi oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau belum pernah didiagnosis menderita hipertensi tetapi saat diwawancara sedang minum obat medis untuk tekanan darah tinggi (minum obat sendiri). 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 umur ≥ 18 tahun, maka prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah dihitung hanya pada penduduk umur ≥ 18 tahun. Mengingat pengukuran tekanan darah dilakukan pada penduduk umur ≥ 15 tahun maka temuan kasus hipertensi pada umur 15-17 tahun sesuai kriteria JNC VII 2003 akan dilaporkan secara garis besar sebagai tambahan informasi.

Tabel 3.5.3
Prevalensi diabetes, hipertiroid pada umur ≥ 15 tahun dan hipertensi pada umur ≥ 18 tahun menurut Kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Diabetes		Hipertiroid	Hipertensi		
	D	D/G		Wawancara		Pengukuran
			D	D/O	U	
Halmahera Barat	0,5	1,0	0,4	4,2	4,3	16,0
Halmahera Tengah	1,1	2,7	0,2	8,1	8,2	21,7
Kepulauan Sula	1,0	4,7	0,3	9,4	9,4	21,2
Halmahera Selatan	1,1	1,5	0,1	7,0	7,1	25,0
Halmahera Utara	0,2	0,3	0,1	3,5	3,5	20,1
Halmahera Timur	0,8	1,4	0,3	7,3	7,9	15,4
Pulau Morotai	1,7	3,0	0,2	12,0	12,2	22,7
Ternate	2,9	4,1	0,3	8,0	8,1	23,2
Tidore Kepulauan	0,3	0,9	0,0	5,7	6,2	19,8
Maluku Utara	1,2	2,2	0,2	6,9	7,0	21,2

Dari tabel 3.5.3 terlihat prevalensi diabetes dan hipertiroid di Maluku Utara berdasar wawancara yang terdiagnosis dokter sebesar 1,2 persen dan 0,2 persen. DM terdiagnosis dokter dan gejala sebesar 2,2 persen. Prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter tertinggi terdapat di Ternate (2,9%), Pulau Morotai (1,7%), dan Halmahera Tengah serta Halmahera Selatan masing-masing 1,1 persen. Prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter dan gejala, tertinggi terdapat di Kepulauan Sula (4,7%), Ternate (4,1%), dan Pulau Morotai (3%). Prevalensi hipertiroid tertinggi di Pulau Morotai (12,2%), Kepulauan Sula (9,4%), dan Halmahera Tengah (8,2%). Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 21,2 persen, tertinggi di Halmahera Selatan (25%), diikuti Ternate (23,2%), dan Pulau Morotai (22,7%). Prevalensi hipertensi rata-rata di Indonesia yang didapat melalui kuesioner terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 6,9 persen, yang didiagnosis tenaga kesehatan dan minum obat sebesar 7 persen. Jadi, ada 0,1 persen yang minum obat sendiri.

Dari tabel 3.5.4 terlihat prevalensi diabetes melitus berdasar diagnosis dokter dan gejala meningkat sesuai dengan bertambahnya umur, namun mulai umur ≥ 65 tahun cenderung menurun, mungkin pada kelompok ini banyak yang telah meninggal. Prevalensi hipertiroid meningkat seiring bertambahnya umur dan menetap mulai umur ≥ 45 tahun. Prevalensi hipertensi berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan dan pengukuran terlihat meningkat dengan bertambahnya umur. Prevalensi DM, hipertiroid, dan hipertensi pada perempuan cenderung lebih tinggi dari pada laki-laki. Prevalensi DM, hipertiroid, dan hipertensi di perkotaan cenderung lebih tinggi dari pada perdesaan. Prevalensi DM cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi dan dengan status ekonomi dengan kuintil indeks kepemilikan tinggi. Prevalensi hipertensi cenderung lebih tinggi pada kelompok pendidikan lebih rendah dan kelompok tidak bekerja, mungkin akibat ketidaktahuan tentang pola makan yang baik.

Tabel 3.5.4
Prevalensi diabetes, hipertiroid, hipertensi menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Diabetes		Hipertiroid	Hipertensi		
	D	D/G		Wawancara		Pengukuran
			D	D/O	U	
Kelompok Umur						
15-24	0,2	1,3	0,0	1,0	1,1	8,8
25-34	0,1	1,4	0,1	3,0	3,2	12,4
35-44	1,3	2,3	0,3	6,9	7,2	21,1
45-54	2,8	3,5	0,5	11,7	12,1	37,3
55-64	4,3	4,9	0,4	16,3	16,3	35,6
65-74	3,6	5,0	0,7	21,2	21,4	48,0
75+	0,8	2,6		28,8	28,8	65,3
Jenis Kelamin						
Laki-laki	0,9	1,9	0,1	4,7	4,9	19,3
Perempuan	1,5	2,6	0,3	9,0	9,2	23,1
Pendidikan						
Tidak sekolah	0,4	1,2	0,6	12,1	12,2	32,5
Tidak Tamat SD	1,8	2,4	0,2	11,5	11,7	32,0
Tamat SD	1,4	2,7	0,3	8,5	8,7	25,3
Tamat SLTP	0,8	1,5	0,1	5,8	5,9	16,0
Tamat SLTA	1,2	2,2	0,0	4,3	4,6	16,4
Tamat D1-D3/PT	1,3	2,8	0,6	4,6	4,7	17,9
Pekerjaan						
Tidak berkerja	1,2	2,4	0,2	8,3	8,4	22,0
Pegawai	2,1	3,1	0,6	5,8	6,2	20,5
Wiraswasta	2,1	2,8	0,0	7,5	7,7	23,4
Petani/Nelayan/Buruh	0,8	1,8	0,1	5,7	5,9	20,8
Lainnya	0,5	1,1	0,3	6,0	6,0	15,6
Tempat Tinggal						
Perkotaan	2,1	3,1	0,3	7,8	8,0	22,4
Pedesaan	0,8	1,9	0,2	6,5	6,6	20,6
Kuntil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	0,3	1,5	0,1	6,0	6,0	20,1
Menengah bawah	0,6	1,9	0,3	6,1	6,2	19,6
Menengah	0,9	2,0	0,1	7,6	7,6	22,0
Menengah atas	1,4	2,0	0,2	6,6	7,0	21,2
Teratas	2,5	3,6	0,2	8,0	8,3	22,7

*Umur \geq 15 tahun

**Umur \geq 18 tahun

3.5.7 Penyakit jantung

Penyakit jantung pada orang dewasa yang sering ditemui adalah penyakit jantung koroner dan gagal jantung. Responden biasanya mengetahui penyakit jantung yang diderita sebagai penyakit jantung saja. Cara membedakannya dengan menanyakan gejala yang dialami responden.

3.5.7.1 Penyakit jantung koroner

Penyakit jantung koroner adalah gangguan fungsi jantung akibat otot jantung kekurangan darah karena adanya penyempitan pembuluh darah koroner. Secara klinis, ditandai dengan nyeri dada atau terasa tidak nyaman di dada atau dada terasa tertekan berat ketika sedang mendaki/kerja berat ataupun berjalan terburu-buru pada saat berjalan di jalan datar atau berjalan jauh. Didefinisikan sebagai PJK jika pernah didiagnosis menderita PJK (*angina pectoris* dan/atau *infark miokard*) oleh dokter atau belum pernah didiagnosis menderita PJK tetapi pernah mengalami gejala/riwayat: nyeri di dalam dada/rasa tertekan berat/tidak nyaman di dada dan nyeri/tidak nyaman di dada dirasakan di dada bagian tengah/dada kiri depan/menjalar ke lengan kiri dan nyeri/tidak nyaman di dada dirasakan ketika mendaki/naik tangga/berjalan tergesa-gesa dan nyeri/tidak nyaman di dada hilang ketika menghentikan aktivitas/istirahat.

3.5.7.2 Penyakit gagal jantung

Gagal Jantung / *Payah Jantung (fungsi jantung lemah)* adalah ketidakmampuan jantung memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh yang ditandai dengan sesak nafas pada saat beraktifitas dan/atau saat tidur terlentang tanpa bantal, dan/atau tungkai bawah membengkak. Didefinisikan sebagai penyakit gagal jantung jika pernah didiagnosis menderita penyakit gagal jantung (*decompensatio cordis*) oleh dokter atau belum pernah didiagnosis menderita penyakit gagal jantung tetapi mengalami gejala/riwayat: sesak napas pada saat aktifitas dan sesak napas saat tidur terlentang tanpa bantal dan kapasitas aktivitas fisik menurun/mudah lelah dan tungkai bawah bengkak.

3.5.8 Stroke

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal dan/ atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan syaraf tersebut menimbulkan gejala antara lain: kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), mungkin perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain. Didefinisikan sebagai stroke jika pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau belum pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh nakes tetapi pernah mengalami secara mendadak keluhan kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh yang disertai kesemutan atau baal satu sisi tubuh atau mulut menjadi mencong tanpa kelumpuhan otot mata atau bicara pelo atau sulit bicara/komunikasi dan atau tidak mengerti pembicaraan.

Tabel 3.5.5
Prevalensi penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan stroke pada umur ≥ 15 tahun menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Jantung Koroner		Gagal jantung		Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/G	D	D/G
Halmahera Barat	0,3	1,2	0	0,0	0,4	0,9
Halmahera Tengah	0	2,0	0	0	1,0	1,2
Kepulauan Sula	0,3	3,9	0,1	0,3	0,3	1,9
Halmahera Selatan	0,0	0,8	0	0,1	0,3	0,5
Halmahera Utara	0,1	0,1	0	0	0,1	0,4
Halmahera Timur	0,0	2,3	0,0	0,6	1,1	1,9
Pulau Morotai	0,2	4,0	0,2	0,8	0,8	2,2
Ternate	0,4	2,0	0	0,3	0,6	1,3
Tidore Kepulauan	0,5	1,2	0	0,1	0,4	0,8
Maluku Utara	0,2	1,7	0,0	0,2	0,5	1,1

Tabel 3.5.5 menunjukkan prevalensi jantung koroner berdasar wawancara terdiagnosis dokter di Maluku Utara sebesar 0,2 persen, dan berdasar terdiagnosis dokter dan gejala sebesar 1,7 persen. Prevalensi jantung koroner berdasarkan terdiagnosis dokter tertinggi Tidore Kepulauan (0,5%) diikuti Ternate (0,4%), dan Halmahera Barat serta Kepulauan Sula masing-masing 0,3 persen. Sementara prevalensi jantung koroner menurut diagnosis dan gejala tertinggi di Pulau Morotai (4%), Kepulauan Sula (3,9%), dan Halmahera Timur (2,3%).

Prevalensi gagal jantung berdasar wawancara terdiagnosis dokter di Maluku Utara sebesar 0,0 persen, dan yang terdiagnosis dokter dan gejala sebesar 0,2 persen. Prevalensi gagal jantung berdasarkan terdiagnosis dokter ada di Pulau Morotai (0,2%) dan Kepulauan Sula (0,1%). Prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnosis dan gejala tertinggi di Pulau Morotai (0,8%), diikuti Halmahera Timur (0,67%), sementara Kepulauan Sula dan Ternate sebesar 0,3 persen. Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 0,5 permil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala sebesar 1,1 permil. Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Halmahera Timur (1,1‰), diikuti Halmahera Tengah (1‰), Pulau Morotai (0,8‰). Prevalensi Stroke berdasarkan terdiagnosis dokter dan gejala tertinggi terdapat di Pulau Morotai (2,2‰), diikuti Halmahera Timur dan Kepulauan Sula masing-masing 1,9 permil, sementara ternate (1,3‰).

Tabel 3.5.6
Prevalensi penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan stroke pada umur ≥ 15 tahun menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Jantung Koroner		Gagal jantung		Stroke (%)	
	D	D/G	D	D/G	D	D/G
Kelompok Umur						
15-24	0,0	1,1	0,0	0,2	0	0,3
25-34	0,1	1,1	0	0,2	0,0	0,3
35-44	0,3	2,2	0,0	0,2	0,1	1,1
45-54	0,4	2,1	0	0,1	0,6	1,3
55-64	0,7	2,6	0,1	0,1	2,0	2,5
65-74	0,4	3,0	0,3	0,8	4,8	6,8
75+	1,2	5,7	0	0,7	3,8	8,8
Jenis Kelamin						
Laki-laki	0,1	1,7	0,0	0,1	0,6	1,3
Perempuan	0,3	1,7	0,0	0,3	0,4	0,9
Pendidikan						
Tidak sekolah	0,3	3,2	0,4	0,8	1,3	4,8
Tidak Tamat SD	0,2	2,6	0	0,2	1,1	1,9
Tamat SD	0,4	1,9	0,0	0,1	0,7	1,5
Tamat SLTP	0,1	1,2	0	0,1	0,2	0,4
Tamat SLTA	0,1	1,5	0,0	0,3	0,2	0,7
Tamat D1-D3/PT	0,3	1,0	0,0	0,0	0,3	0,5
Pekerjaan						
Tidak berkerja	0,3	1,8	0,0	0,3	0,6	1,3
Pegawai	0,1	0,5	0,0	0,0	0,1	0,3
Wiraswasta	0,3	1,1	0	0,3	0,5	1,1
Petani/Nelayan/Buruh	0,1	2,0	0,0	0,1	0,4	1,1
Lainnya	0,6	2,0	0	0,0	0,3	0,5
Tempat Tinggal						
Perkotaan	0,4	1,9	0,1	0,2	0,6	1,1
Pedesaan	0,2	1,6	0,0	0,2	0,4	1,1
Kuntil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	0,1	2,0	0,0	0,1	0,2	0,9
Menengah bawah	0,2	1,6	0	0,3	0,5	1,2
Menengah	0,4	1,7	0,0	0,2	0,6	1,4
Menengah atas	0,1	1,4	0	0,2	0,4	1,0
Teratas	0,4	1,7	0,1	0,2	0,6	1,0

Tabel 3.5.6 menunjukkan prevalensi penyakit jantung koroner (PJK) berdasarkan wawancara yang didiagnosis dokter serta yang didiagnosis dokter & gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur $+75$ tahun yaitu 1,7 persen dan 5,7 persen. Prevalensi PJK yang didiagnosis dokter lebih tinggi pada perempuan (0,3%) namun berdasarkan diagnosis dokter dan gejala sama antara laki-laki dan perempuan (1,7%). Prevalensi PJK lebih tinggi pada masyarakat tidak bersekolah. Berdasarkan PJK terdiagnosis dokter maupun berdasarkan terdiagnosis dokter dan gejala prevalensi lebih tinggi diperkotaan dan pada status ekonomi terbawah.

Prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur 65 – 74 tahun (0,8%), untuk yang terdiagnosis dokter menurun sedikit pada umur \geq 75 tahun (0,7%). Untuk yang didiagnosis dokter dan gejala prevalensi lebih tinggi pada perempuan (0,3%) dibanding laki-laki (0,1%), Prevalensi yang didiagnosis dokter serta yang didiagnosis dokter dan gejala lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah. dan hidup di perkotaan dan sebaliknya sama banyak baik di desa atau kota pada diagnosis nakes dan diagnosis nakes maupun gejala (0,2%). Prevalensi yang didiagnosis dokter lebih tinggi di perkotaan dan dengan kuintil indeks kepemilikan tinggi. Untuk yang terdiagnosis dokter dan gejala sama banyak antara perkotaan dan perdesaan dan dengan kuintil indeks kepemilikan teratas.

Prevalensi penyakit stroke pada kelompok yang didiagnosis nakes serta yang didiagnosis nakes dan gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur \geq 75 tahun (8,8%). Prevalensi yang terdiagnosis nakes dan gejala prevalens laki-laki lebih banyak laki-laki.

Prevalensi stroke cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah baik yang didiagnosis nakes (0,6‰) maupun diagnosis nakes dan gejala (1,3‰) Prevalensi stroke di kota lebih tinggi dari di desa, dengan diagnosis nakes (0,6‰), didiagnosis nakes dan gejala sama antara di kota dan di desa (1,1‰). Prevalensi lebih tinggi pada masyarakat yang tidak bekerja baik yang didiagnosis nakes (0,6‰) maupun yang didiagnosis nakes dan gejala (1,3‰). Prevalensi stroke yang didiagnosis dan gejala lebih tinggi pada kuintil indeks kepemilikan menengah 1,4 permil .

3.5.9 Penyakit ginjal

Penyakit ginjal adalah kelainan yang mengenai organ ginjal yang timbul akibat berbagai faktor, misalnya infeksi, tumor, kelainan bawaan, penyakit metabolik atau degeneratif, dan lain-lain. Kelainan tersebut dapat mempengaruhi struktur dan fungsi ginjal dengan tingkat keparahan yang berbeda-beda. Pasien mungkin merasa nyeri, mengalami gangguan berkemih, dan lain-lain. Terkadang pasien penyakit ginjal tidak merasakan gejala sama sekali. Pada keadaan terburuk, pasien dapat terancam nyawanya jika tidak menjalani hemodialisis (cuci darah) berkala atau transplantasi ginjal untuk menggantikan organ ginjalnya yang telah rusak parah. Di Indonesia, penyakit ginjal yang cukup sering dijumpai antara lain adalah penyakit gagal ginjal dan batu ginjal. Didefinisikan sebagai gagal ginjal kronis jika pernah didiagnosis menderita penyakit gagal ginjal kronis (minimal sakit selama 3 bulan berturut-turut) oleh dokter. Didefinisikan sebagai penyakit batu ginjal jika pernah didiagnosis mengalami penyakit batu ginjal oleh dokter.

3.5.10 Penyakit sendi/ rematik/ encok

Penyakit sendi/rematik/encok adalah suatu penyakit inflamasi sistemik kronik pada sendi-sendi tubuh. Gejala klinik penyakit sendi/ rematik berupa gangguan nyeri pada persendian yang disertai kekakuan, merah, dan pembengkakan yang bukan disebabkan karena benturan/kecelakaan dan berlangsung kronis. Gangguan terutama muncul pada waktu pagi hari. Didefinisikan sebagai penyakit sendi/rematik/encok jika pernah didiagnosis menderita penyakit sendi/rematik/encok oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau ketika bangun tidur pagi hari pernah menderita salah satu gejala: sakit/nyeri atau merah atau kaku atau bengkak di persendian yang timbul bukan karena kecelakaan.

Tabel 3.5.7
Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis, batu ginjal, dan sendi pada umur ≥ 15 tahun
menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Gagal Ginjal Kronis	Batu Ginjal	Penyakit Sendi	
	D	D	D	D/G
Halmahera Barat	0,4	0,7	5,4	11,7
Halmahera Tengah	0,0	0,7	6,1	20,7
Kepulauan Sula	0,4	0,5	5,8	25,8
Halmahera Selatan	0,2	0,6	4,2	13,2
Halmahera Utara	0	0,1	4,6	7,7
Halmahera Timur	0,1	0,2	10,5	31,3
Pulau Morotai	0,6	0,9	7,7	28,9
Ternate	0,3	0,4	7,4	20,3
Tidore Kepulauan	0,1	0,2	4,4	12,3
Maluku Utara	0,2	0,4	5,9	17,4

Tabel 3.5.7 menunjukkan prevalensi gagal ginjal kronis berdasar didiagnosis dokter di Maluku Utara sebesar 0,2 persen. Prevalensi tertinggi di Pulau Murotai sebesar 0,6 persen, diikuti Halmahera Barat dan Kepulauan Sula masing-masing 0,4 persen, dan Ternate (0,3%). Prevalensi penderita batu ginjal berdasar wawancara terdiagnosis dokter di Maluku Utara sebesar 0,4 persen. Prevalensi tertinggi di Pulau Morotai (0,9%), diikuti Halmahera Barat dan Halmahera Tengah masing-masing sebesar 0,7 persen, Halmahera Selatan (0,6%).

Prevalensi penyakit sendi berdasar diagnosis nakes di Maluku Utara 5,9 persen dan berdasar diagnosis dan gejala 17,4 persen. Prevalensi berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Halmahera Timur (10,5%), diikuti Pulau Morotai (7,7%), Ternate (7,4%). Prevalensi penyakit sendi berdasarkan diagnosis nakes dan gejala tertinggi di Halmahera Timur (31,3%), diikuti Pulau Morotai (28,9%), dan Kepulauan Sula (28,9%).

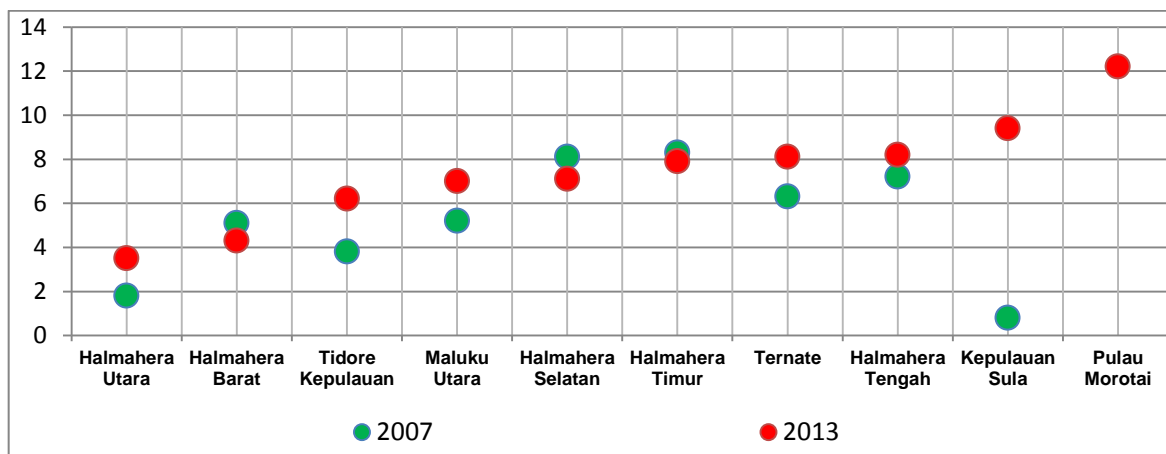
Tabel 3.5.8
Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis, batu ginjal, dan sendi pada umur ≥ 15 tahun
menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Gagal Ginjal Kronis	Batu Ginjal	Penyakit Sendi	
	D	D	D	D/G
Kelompok Umur				
15-24	0,1	0,1	0,8	5,6
25-34	0,2	0,3	2,3	11,7
35-44	0,5	0,7	6,2	19,5
45-54	0,1	0,9	11,3	30,3
55-64	0,5	0,7	17,5	36,6
65-74		0,3	19,2	36,3
75+	0,0	0,0	29,4	55,1
Jenis Kelamin				
Laki-laki	0,2	0,5	4,9	13,9
Perempuan	0,2	0,4	7,1	21,0
Pendidikan				
Tidak sekolah	0	0	11,1	30,4
Tidak Tamat SD	0,1	0,7	12,4	30,3
Tamat SD	0,2	0,5	7,2	20,4
Tamat SLTP	0,4	0,6	3,9	13,5
Tamat SLTA	0,1	0,3	3,9	12,9
Tamat D1-D3/PT	0,3	0,4	4,5	13,0
Pekerjaan				
Tidak berkerja	0,2	0,2	5,3	14,9
Pegawai	0,2	0,7	6,1%	16,3
Wiraswasta	0,3	0,5	6,7%	17,4
Petani/Nelayan/Buruh	0,2	0,5	6,6%	20,8
Lainnya	0,6	1,0	5,3%	17,2
Tempat Tinggal				
Perkotaan	0,3	0,5	7,2	17,6
Pedesaan	0,2	0,4	5,4	17,3
Kuntil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	0,1	0,3	4,7	19,7
Menengah bawah	0,1	0,2	5,8	15,8
Menengah	0,4	0,6	5,7	16,5
Menengah atas	0,2	0,6	5,9	16,3
Teratas	0,3	0,5	7,5	18,4

Tabel 3.5.8 menunjukkan prevalensi penyakit gagal ginjal kronis berdasarkan wawancara yang didiagnosis dokter meningkat seiring dengan bertambahnya umur, meningkat tajam pada kelompok umur 35-44 tahun dan umur 55-64 (0,5%), dan diikuti umur 25-34 (0,2%). Prevalensi pada laki-laki sama dengan perempuan (0,2%), prevalensi lebih tinggi pada masyarakat perkotaan (0,3%), terna SLTP (0,4%), pekerjaan wiraswasta (0,3%), dan kuintil indeks kepemilikan menengah 0,4 persen.

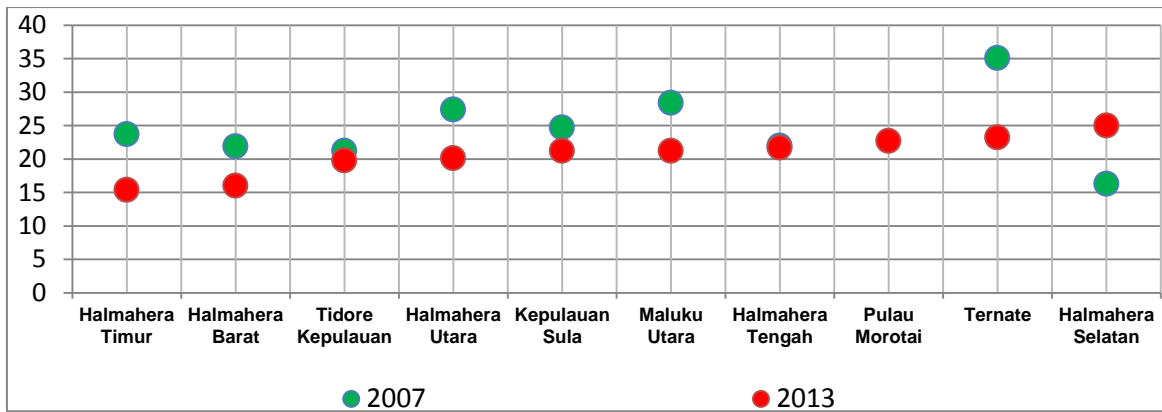
Prevalensi penyakit batu ginjal berdasarkan wawancara meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 45-54 tahun (0,9%), Prevalensi lebih tinggi pada laki-laki (0,5%) dibanding perempuan (0,4%). Prevalensi tertinggi pada masyarakat tidak tamat SD (0,7%) serta masyarakat Pegawai (0,7%) dan status ekonomi hampir sama mulai kuintil indeks kepemilikan menengah bawah sampai menengah atas (0,6%). Prevalensi tinggi di perkotaan (0,5%) dibandingkan perdesaan (0,4%).

Prevalensi penyakit sendi berdasarkan wawancara yang didiagnosis nakes meningkat seiring dengan bertambahnya umur, demikian juga yang didiagnosis nakes dan gejala. Prevalensi tertinggi pada umur ≥ 75 tahun (29,4% dan 55,1%). Prevalensi yang didiagnosis nakes lebih tinggi pada perempuan (7,1%) dibanding laki-laki (4,9%) demikian juga yang didiagnosis nakes dan gejala pada perempuan (21%) lebih tinggi dari laki-laki (13,9%). Prevalensi lebih tinggi pada masyarakat tidak tamat SD baik yang didiagnosis nakes (12,4%) namun berdasarkan diagnosis nakes dan gejala prevalensi tinggi pada masyarakat tidak sekolah (30,4%). Prevalensi tertinggi pada pekerjaan petani/nelayan/buruh baik yang didiagnosis nakes dan gejala (20,8%). Prevalensi yang didiagnosis nakes di perdesaan (5,4%) lebih rendah dari perkotaan (7,2%), demikian juga yang diagnosis nakes dan gejala di pedesaan (17,3%), di perkotaan (17,6%). Kelompok yang didiagnosis nakes, prevalensi tertinggi pada status ekonomi dengan kuintil indeks kepemilikan teratas (7,5%) dan menengah bawah (5,9%). Kelompok yang terdiagnosis nakes dan gejala, prevalensi tertinggi pada status ekonomi dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,7%) dan kuintil teratas (18,4%).



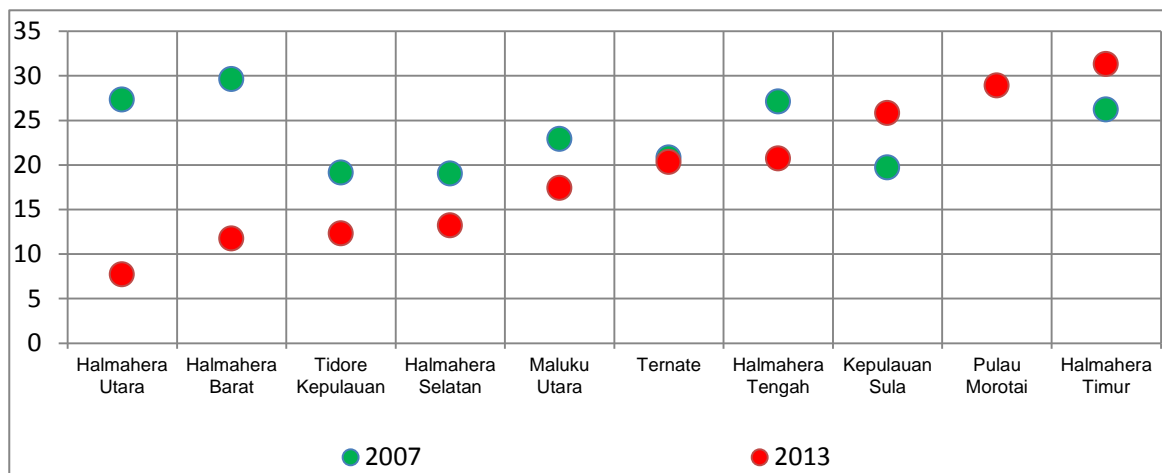
Gambar 3.5.1

Kecenderungan prevalensi hipertensi berdasarkan wawancara pada umur ≥ 18 tahun menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013



Gambar 3.5.2

Kecenderungan prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran pada umur ≥ 18 tahun menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013



Gambar 3.5.3

Kecenderungan prevalensi sendi/rematik/encok berdasarkan wawancara pada umur ≥ 15 tahun menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2007 dan 2013

Daftar Pustaka

1. Laporan Riskesdas 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes R.I.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney inter., Suppl.* 2013; 3: 1—150.
3. National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institute of Health, US. 2004. The seventh report of the Joint Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. NIH Publication No. 04-5230, August 2004. (cited 2007 Nov 2). Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>.
4. Report of WHO. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. Geneva: WHO; 2006. P.9—43.

3.6 Cedera

Cedera merupakan kerusakan fisik pada tubuh manusia yang diakibatkan oleh kekuatan yang tidak dapat ditoleransi dan tidak dapat diduga sebelumnya (WHO, 2004). Kasus cedera diperoleh berdasarkan wawancara. Cedera yang ditanyakan adalah peristiwa yang dialami responden selama 12 bulan terakhir untuk semua umur. Yang dimaksud dengan cedera dalam Riskesdas adalah kejadian atau peristiwa yang mengalami cedera yang menyebabkan aktivitas sehari-hari terganggu. Untuk kasus cedera yang kejadiannya lebih dari 1 kali dalam 12 bulan, kasus cedera yang ditanyakan adalah cedera yang paling parah menurut pengakuan responden.

3.6.1 Prevalensi Cedera dan penyebabnya

Penyebab terjadinya cedera meliputi penyebab yang disengaja (*intentional injury*), penyebab yang tidak disengaja (*unintentional injury*) dan penyebab yang tidak bisa ditentukan (*undetermined intent*) (WHO, 2004). Penyebab cedera yang disengaja meliputi bunuh diri, Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) seperti dipukul orang tua/suami/istri/anak), penyerangan, tindakan kekerasan/pelecehan dan lain-lain. Penyebab cedera yang tidak disengaja antara lain : terbakar/tersiram air panas/bahan kimia, jatuh dari ketinggian, digigit/diserang binatang, kecelakaan transportasi darat/laut/udara, kecelakaan akibat kerja, terluka karena benda tajam/tumpul/mesin, kejatuhan benda, keracunan, bencana alam, radiasi, terbakar dan lainnya. Penyebab cedera yang tidak dapat ditentukan (*undetermined intent*) yaitu penyebab cedera yang sulit untuk dimasukkan kedalam kelompok penyebab yang disengaja atau tidak disengaja. Penyebab cedera yang dituliskan dalam laporan ini adalah penyebab yang tidak disengaja. Prevalensi dan proporsi cedera menurut provinsi disajikan pada tabel 3.6.1.1.

Tabel 3.6.1
Prevalensi dan proporsi penyebab cedera langsung menurut kabupaten/kota,
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten	cedera	Penyebab cedera:							
		Transportasi sepeda motor	Transportasi darat lain	Jatuh	Benda tajam/mesin	Terbakar/kimia	Tergigit hewani	Kejatuhan lemparan	lainnya
Halmahera Barat	5,3	15,9	15,1	50,5	7,9	2,2	2,9	5,5	0
Halmahera Tengah	15,2	28,6	2,3	51,1	9,1	3,6	0	2,9	2,4
Kepulauan Sula	7,5	22,4	7,4	61,5	5,7	1,4	0	1,7	0
Halmahera Selatan	3,3	37,5	0	43,1	14,1	1,8	0	3,5	0
Halmahera Utara	4,0	37,7	5,3	43,3	5,8	0	0,4	7,5	0
Halmahera Timur	10,9	48,3	3,8	31,5	10,1	0	0	6,3	0
Pulau Morotai	10,5	28,4	4,9	50,6	9,2	0	1,3	4,0	1,7
Ternate	7,8	56,0	1,7	29,7	7,3	0	0,6	3,8	0,9
Tidore Kepulauan	4,8	53,5	4,9	11,5	17,6	0	3,6	8,3	0,6
Maluku Utara	6,5	38,6	4,5	41,3	8,9	0,9	0,7	4,5	0,6

Prevalensi cedera secara Propinsi Maluku Utara sebesar 6,5 persen masih di bawah prevalensi nasional (8,2 persen). Prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Halmahera Tengah (15,2 persen) dan terendah di Kabupaten Halmahera Selatan (3,3 persen). Kabupaten yang mempunyai prevalensi cedera lebih tinggi dari angka nasional sebanyak 3 kabupaten.

Penyebab cedera terbanyak yaitu jatuh (41,3 persen) dan kecelakaan sepeda motor (38,6 persen). Adapun penyebab cedera yang mempunyai angka proporsi lebih dari 0 meliputi terkena benda tajam/mesin (8,9 persen), transportasi darat lain (4,5 persen) dan kejatuhan (4,5 persen).

Sedangkan untuk penyebab yang belum disebutkan proporsinya kecil (dibawah 0). Penyebab cedera transportasi sepeda motor tertinggi ditemukan pada Kabupaten Ternate (38,6 persen) dan terendah di Kabupaten Halmahera Barat (15,9 persen). Adapun untuk transportasi darat lain proporsi tertinggi terdapat di Kabupaten Halmahera Barat (15,1 persen) dan terendah ditemukan di Kabupaten Halmahera Selatan (0 persen). Proporsi jatuh tertinggi di Kabupaten Kepulauan Sula (61,5 persen) dan terendah di Kabupaten Tidore Kepulauan (11,5 persen). Proporsi tertinggi terkena benda tajam/mesin terdapat di Tidore Kepulauan (17,6 persen) dan terendah di Kabupaten Kepulauan Sula (5,7 persen). Penyebab cedera karena terbakar ditemukan proporsi tertinggi di Kabupaten Halmahera Tengah (3,6 persen) dan terendah (tanpa kasus) di Kabupaten Halmahera Tengah, Halmahera Timur, Pulau Morotai, Ternate dan Tidore Kepulauan. Untuk penyebab cedera karena gigitan hewan tertinggi terdapat di Kabupaten Tidore Kepulauan (3,6 persen) terendah terdapat di 4 kabupaten dengan jumlah kasus 0 persen (tanpa kasus) yaitu Halmahera Tengah, Kepulauan Sula, Halmahera Selatan dan Halmahera Timur. Proporsi kejatuhan lemparan tertinggi ditemukan di Kabupaten Tidore Kepulauan (8,3 persen) dan terendah di Kabupaten Kepulauan Sula (1,7 persen). Tergigit hewani, proporsi tertinggi terdapat di Kabupaten Tidore Kepulauan (3,6 persen), ada 4 kabupaten dengan tanpa kasus (0 persen) yaitu di Kabupaten Halmahera Tengah, Kepulauan Sula, Halmahera Selatan, dan Halmahera Timur.

Adapun untuk gambaran prevalensi cedera dan penyebabnya menurut karakteristik responden disajikan pada tabel 3.6.2

Tabel 3.6.2
Prevalensi dan proporsi cedera dan penyebab cedera langsung
Menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Cedera	Penyebab cedera:							
		Transportasi sepeda motor	Transportasi darat lain	Jatuh	Benda tajam/mesin	Terbakar/kimia	Tergigit hewani	Kejatuhan lemparan	Lainnya
Kelompok Umur									
<1 tahun	1,4	0	0	94,3	0	0	0	5,7	0
1-4 tahun	4,7	2,1	0	92,1	0,4	2,5	0	2,8	0
5-14 tahun	6,6	11,3	9,8	66,8	6,1	0,7	1,0	4,3	0
15-24 tahun	10,1	63,1	3,9	21,0	8,5	0	0	3,0	0,5
25-34 tahun	6,9	54,5	3,8	22,9	10,6	2,4	0	3,4	2,3
35-44 tahun	5,7	44,6	1,8	30,4	13,1	0,6	0,1	9,5	0
45-54 tahun	5,4	40,7	1,0	38,2	12,1	0	3,2	4,7	0,1
55-64 tahun	3,1	25,0	0,5	31,4	26,3	0	4,9	11,7	0
65-74 tahun	4,6	19,5	0	52,5	13,7	0	9,2	5,2	0
75+ tahun	4,0	12,6	6,8	72,5	0	0	0	0	8,1
Jenis Kelamin									
Laki-laki	8,7	43,8	3,7	35,7	9,5	0,7	1,1	4,8	0,8
Perempuan	4,2	27,1	6,3	53,6	7,6	1,3	0,0	3,9	0,2
Pendidikan									
Tidak sekolah	3,9	13,3	9,4	58,7	5,5	6,5	0	6,6	0
Tidak tamat SD/MI	6,7	17,4	8,7	58,5	8,5	0	0,8	5,7	0,4
Tamat SD/MI	5,8	33,7	5,0	40,1	14,8	1,1	2,4	2,9	0,0
Tamat SLTP/MTS	8,7	56,1	3,9	21,8	11,3	0,3	0	6,6	0
Tamat SLTA/MA	7,4	59,3	2,2	26,1	5,5	1,2	0,1	4,1	1,5
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	6,2	77,0	2,7	10,8	5,0	0	0	0	4,6
Status Pekerjaan									
Tidak Bekerja	7,2	43,0	5,8	39,3	6,7	0,4	0,3	4,0	0,4
Pegawai	9,0	73,9	1,6	14,8	6,9	0	0	0,2	2,5
Wiraswasta	7,7	46,6	0,9	25,3	15,8	3,5	0,2	4,9	2,8
Petani/nelayan/buruh	5,8	37,4	1,8	32,0	18,9	0,6	1,7	7,2	0,2
Lainnya	6,8	72,8	0	19,6	3,0	0	0	4,7	0
Tempat Tinggal									
Perkotaan	7,0	56,0	2,4	31,1	5,4	0,2	0,7	3,3	0,8
Pedesaan	6,3	31,3	5,4	45,5	10,4	1,2	0,7	5,0	0,5
Kuntil Indeks Kepemilikan									
Terbawah	5,7	23,5	3,1	56,0	10,4	2,1	0,2	4,5	0,3
Menengah bawah	5,5	29,9	5,7	49,0	6,2	1,0	0,4	7,5	0,3
Menengah	7,5	31,0	3,4	48,8	11,0	1,2	1,7	3,0	0
Menengah atas	7,1	47,2	6,0	31,9	9,5	0	0,1	3,3	1,9
Teratas	7,0	56,8	4,4	24,7	7,3	0,3	1,2	4,7	0,5

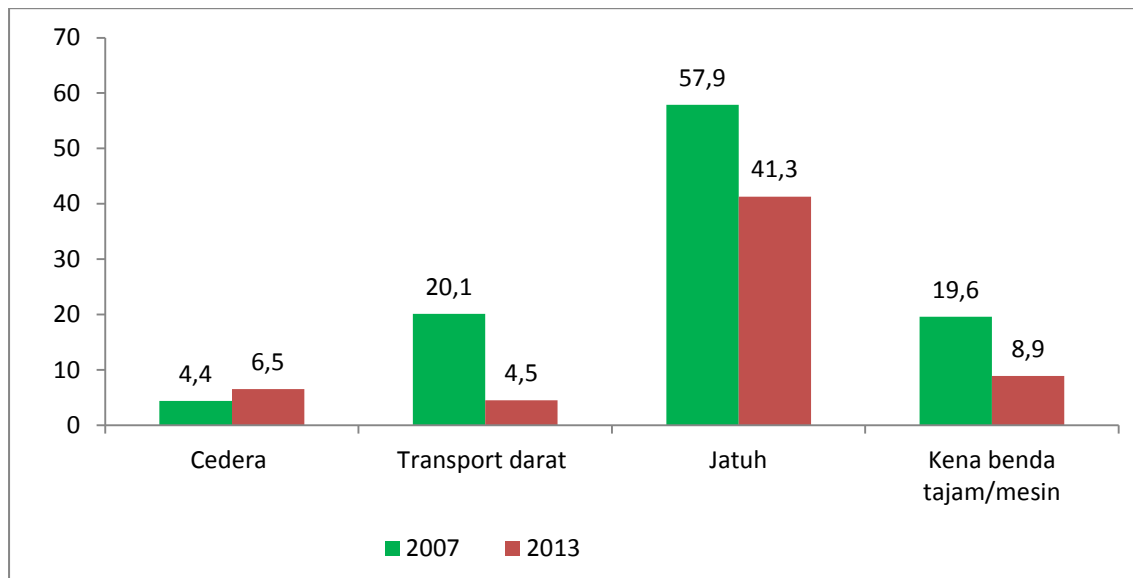
Prevalensi cedera tertinggi berdasarkan karakteristik responden yaitu pada kelompok umur 15-24 tahun (10,1 persen), laki-laki (8,7 persen), pendidikan tamat SMP/MTS (8,7 persen), yang bekerja sebagai pegawai (9,0 persen), bertempat tinggal di perkotaan (7,0 persen) dan pada Indeks kuintil menengah (7,5 persen).

Ditinjau dari penyebab cederanya, proporsi tertinggi adalah cedera karena jatuh (94,3 persen) pada kelompok umur < 1 tahun, perempuan (53,6 persen), tidak sekolah (58,7 persen), tidak bekerja (39,3 persen), tinggal di pedesaan (45,5 persen) dan Kuintil terbawah (56,0 persen).

Selain itu penyebab cedera karena kecelakaan sepeda motor menempati peringkat kedua menunjukkan proporsi tertinggi yaitu 67,4 persen pada kelompok umur 15-24 tahun, laki-laki (63,1 persen), tingkat pendidikan tamat diploma/ perguruan tinggi (77,0 persen), bekerja sebagai pegawai (73,9 persen), tinggal di perkotaan (56,0 persen) dan Kuintil teratas (56,8 persen). Sedangkan penyebab cedera transportasi darat lain proporsi tertinggi didapatkan pada umur 5-14 tahun (9,8 persen), perempuan (6,3 persen), tidak sekolah (9,4 persen), tidak bekerja (5,8 persen) dan bertempat tinggal di perdesaan (5,4 persen) dan kuintil menengah atas 7,8 persen.

Prevalensi cedera dikumpulkan pada Riskesdas tahun 2007 dan tahun 2013 dengan pertanyaan yang sama. Gambaran kecenderungan prevalensi cedera dan penyebabnya

digambarkan pada Gambar 3.6.1.



Gambar 3.6.1
Kecenderungan prevalensi cedera dan penyebabnya menurut kabupaten/kota, Propinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007 dan 2013

Kecenderungan prevalensi cedera menunjukkan sedikit kenaikan dari 4,4 persen (RKD 2007) menjadi 6,5 persen (RKD 2013). Penyebab cedera yang dapat dilaporkan kecenderungannya dari tahun 2007 dengan 2013 hanya untuk transportasi darat (transportasi sepeda motor dan darat lainnya), jatuh dan terkena benda tajam/mesin. Adapun untuk penyebab cedera akibat transportasi darat tampak ada penurunan cukup tinggi yaitu dari 20,1 persen menjadi 4,5 persen. Sedangkan untuk penyebab cedera lainnya menunjukkan penurunan proporsi semuanya terlihat pada jatuh yaitu dari 57,9 persen menjadi 41,3 persen dan terkena benda tajam/mesin dari 19,6 persen menjadi hanya 8,9 persen.

3.6.2 Jenis Cedera

Jenis cedera merupakan jenis atau macam luka akibat trauma yang telah dialami yang dapat menyebabkan terganggunya aktifitas sehari-hari. Seseorang yang cedera bisa mengalami minimal 1 jenis (*multiple injuries*). Gambaran proporsi jenis cedera yang dialami penduduk menurut provinsi disajikan pada Tabel 3.6.3

Tabel 3.6.3
Proporsi jenis cedera menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten	Jenis Cedera							
	Lecet/ memar	Luka iris/ robek	Patah tulang	Terkilir/ teregang	Anggota tubuh terputus	Cedera mata	Gegar otak	Lainnya
Halmahera Barat	76,9	25,1	11,8	14,3	0	0	0	0,6
Halmahera Tengah	56,1	21,0	7,0	25,4	0	0	0	3,0
Kepulauan Sula	58,8	21,1	7,6	31,5	0,7	0	0,2	2,7
Halmahera Selatan	71,0	32,2	6,5	23,3	1,5	1,9	0	1,8
Halmahera Utara	83,6	15,6	3,0	36,7	0	0	0,9	1,0
Halmahera Timur	84,5	29,9	6,2	19,4	0	0	0,5	0
Pulau Morotai	66,4	26,3	2,6	25,5	0	0	0,3	1,5
Ternate	63,6	29,0	7,2	24,9	0,9	0	0	3,7
Tidore Kepulauan	66,0	34,1	20,5	16,8	3,0	0	0	1,5
Maluku Utara	68,9	26,0	7,5	24,9	0,6	0,2	0,2	2,0

Proporsi jenis cedera di Propinsi Maluku Utara didominasi oleh luka lecet/memar sebesar 68,9 persen, terbanyak terdapat di Halmahera Timur 84,5 persen dan yang terendah di Halmahera Tengah yaitu 56,1 persen. Jenis cedera terbanyak ke dua adalah luka iris/robek, rata-rata di Propinsi Maluku Utara 26,0 persen. Ditemukan luka iris terbanyak terbanyak di Tidore Kepulauan sebesar 34,1 persen. Terkilir/teregang menduduki urutan ketiga jenis cedera terbanyak, jenis luka ini tertinggi ditemukan di Kepulauan Sula sebesar 31,5 persen jauh di atas Indonesia yaitu 23,2 persen dan terendah di Halmahera Barat 14,3 persen. Jenis cedera lainnya proporsinya kecil, patah tulang 7,5 persen, anggota tubuh terputus, cedera mata dan gegar otak masing-masing proporsinya 0,6 persen, 0,2 persen dan 0,2 persen.

Adapun untuk gambaran proporsi jenis cedera menurut karakteristik responden disajikan pada Tabel 3.6.4

Tabel 3.6.4
Proporsi jenis cedera menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara,
Riskesdas 2013

Karakteristik	Jenis Cedera							
	Lecet/ memar	Luka iris/ robek	Patah tulang	Terkilir/ teregang	Anggota tubuh terputus	Cedera mata	Gegar otak	Lainnya
Kelompok Umur								
<1 tahun	94,3	0	0	5,7	0	0	0	0
1-4 tahun	80,7	11,3	7,1	22,1	0	0	0	0,6
5-14 tahun	63,6	27,1	9,4	21,0	0	0	0,3	2,5
15-24 tahun	75,7	26,5	6,6	27,8	0,4	0	0	1,0
25-34 tahun	66,7	22,4	4,1	30,9	1,7	0	0,1	2,3
35-44 tahun	68,7	33,0	7,9	21,1	0	1,6	0,5	4,1
45-54 tahun	67,9	30,4	11,7	24,2	0	0	0	1,7
55-64 tahun	42,2	51,3	6,2	21,5	8,3	0	0	1,7
65-74 tahun	48,0	16,4	19,6	26,5	0	0	0	0
75+ tahun	75,9	2,4	0	11,5	0	0	6,8	8,1
Jenis Kelamin								
Laki-laki	67,1	29,2	9,2	24,0	0,9	0,3	0,3	1,5
Perempuan	72,7	19,0	3,7	27,1	0	0	0,1	3,3
Pendidikan								
Tidak sekolah	77,5	22,1	9,8	19,7	0	0	2,2	6,6
Tidak tamat SD/MI	61,1	30,4	9,7	22,0	0	0,9	0,4	2,7
Tamat SD/MI	61,0	28,6	10,0	29,1	0,5	0	0,3	1,2
Tamat SLTP/MTS	75,5	26,5	2,4	22,6	2,5	0	0	1,1
Tamat SLTA/MA	67,9	25,8	7,5	30,4	0	0	0	3,8
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	80,5	17,6	9,4	19,6	0	0	0	0
Status Pekerjaan								
Tidak Bekerja	69,6	24,0	8,2	25,3	0,2	0	0,3	1,8
Pegawai	71,0	23,8	6,1	18,3	0	0	0	8,1
Wiraswasta	65,8	36,6	13,2	15,1	2,8	0	0	0,7
Petani/nelayan/buruh	59,9	33,2	6,4	30,2	1,7	0	0,5	0,3
Lainnya	77,9	24,8	4,1	36,5	0	4,9	0	1,8
Tempat Tinggal								
Perkotaan	69,1	25,8	6,5	24,0	0,7	0,6	0,4	3,4
Pedesaan	68,7	26,1	7,8	25,3	0,6	0	0,1	1,5
Kuntil Indeks Kepemilikan								
Terbawah	59,9	26,5	9,2	26,8	1,2	0	0	2,2
Menengah bawah	74,4	15,9	6,0	30,8	0	0	0,5	2,3
Menengah	68,9	29,2	8,0	23,6	0	0	0,4	1,1
Menengah atas	72,9	30,1	6,9	18,1	0,9	0		0,9
Teratas	68,4	26,4	7,1	26,7	0,9	0,8	0,1	3,7

*Responden biasanya mempunyai lebih dari 1 jenis cedera (*multiple injuries*)

Tabel 3.6.4 memberikan gambaran proporsi jenis cedera menurut karakteristik responden. Proporsi jenis luka yang menunjukkan 3 urutan proporsi tertinggi adalah luka lecet/memar, luka iris/robek dan terkilir/teregang.

Berdasarkan kelompok umur, proporsi luka iris/robek, patah tulang, anggota tubuh terputus, cedera mata, gegar otak dan lainnya menunjukkan pola atau kecenderungan yang sama yaitu pada usia <1 proporsinya rendah, meningkat di usia muda sampai usia lanjut, terkecuali luka iris/robek dan terkilir/teregang menunjukkan penurunan kembali pada usia lanjut. Adapun kecenderungan naik turunnya proporsi persentase jenis cedera tidak sama dalam perkembangan umurnya. Kelompok umur yang mempunyai proporsi tertinggi untuk jenis cedera lecet/memar pada umur < 1 tahun (94,3 persen), luka iris/robek pada umur 55-64 tahun (51,3 persen), patah tulang pada umur 65-74 tahun (19,6 persen), terkilir pada umur 25-34 tahun (30,9 persen), anggota tubuh terputus pada usia 55-64 tahun 8,3 persen, cedera mata pada umur 35 - 44 tahun sekitar 1,6 persen, gegar otak pada umur 75 tahun lebih (6,8 persen) dan jenis cedera lainnya pada umur 75 tahun keatas (8,1 persen).

Berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar proporsi jenis cedera menunjukkan angka proporsi yang lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan, kecuali pada jenis cedera lecet/memar, terkilir/teregang dan lainnya.

Adapun jika berdasarkan pada pendidikan, sebagian besar proporsi jenis cedera lecet/memar, luka iris/robek, patah tulang, terkilir/teregang dan lainnya menunjukkan pola yang fluktuasi seiring dengan kenaikan tingkat pendidikan. Jenis cedera lecet/memar mempunyai proporsi tertinggi untuk tingkat pendidikan Tamat Diploma/Perguruan Tinggi (80,5 persen), luka iris/robek dan patah tulang pada kelompok pendidikan tidak tamat SD/MI (30,4 persen), patah tulang pada kelompok tamat SD/MI (10,0 persen), dan terkilir/teregang pada kelompok pendidikan tamat SLTA/MA (30,4 persen). Sedangkan untuk jenis cedera anggota tubuh terputus, cedera mata, gegar otak, dan lainnya relatif kecil persentase kejadiannya. Sedangkan menurut status pekerjaan, proporsi jenis cedera tidak menunjukkan pola tertentu.

Berdasarkan pada tempat tinggal, proporsi jenis cedera sebagian besar menunjukkan tidak ada perbedaan antar perkotaan dan perdesaan, kecuali pada proporsi lecet/memar lebih tinggi di perkotaan dan luka robek lebih tinggi proporsinya di perdesaan.

Menurut kuintil indeks kepemilikan tampak bahwa pola yang jelas hanya ditunjukkan pada jenis cedera yang proporsinya menunjukkan 3 angka besar dibandingkan dengan jenis cedera lainnya yaitu luka lecet, luka robek dan terkilir. Luka lecet menunjukkan pola positif dengan semakin tinggi status ekonomi semakin besar proporsi luka lecetnya, sedangkan untuk luka iris/robek, sedangkan terkilir/teregang tampak tertinggi pada kuintil menengah (30,8 persen).

3.6.3 Tempat Terjadinya Cedera

Tempat terjadinya cedera adalah lokasi atau area dimana peristiwa atau kejadian yang mengakibatkan cedera terjadi atau disebut juga dengan istilah TKP (Tempat Kejadian Perkara). Tempat kejadian cedera hanya menginformasikan data tentang lokasi/tempat tanpa disertai keterangan aktivitas yang sedang dilakukan responden pada saat kejadian cedera di lokasi tersebut. Keterangan tempat rumah dan sekolah termasuk lingkungan sekitarnya (*indoor* dan *outdoor*). Ruang lingkup pertanian termasuk perkebunan dan sejenisnya. Gambaran tentang tempat terjadinya cedera menurut provinsi disajikan pada Tabel 3.6.3.1

Tabel 3.6.5
Proporsi tempat terjadinya cedera menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Tempat terjadinya cedera:							
	Rumah	Sekolah	Olah raga	jalan raya	Area bisnis/ umum	Industri/ konstruksi	Pertanian	Lainnya
Halmahera Barat	47,1	3,4	4,9	24,8	1,8		18,0	
Halmahera Tengah	35,2	4,7	1,7	32,3	4,1	0,1	20,2	1,7
Kepulauan Sula	40,2	3,0	1,5	28,8	2,8		22,4	1,3
Halmahera Selatan	26,8	7,8	2,0	33,5	1,2	1,6	27,1	
Halmahera Utara	27,9	2,8	2,1	45,1	4,8		16,2	1,1
Halmahera Timur	26,7	4,6	2,1	45,5	6,0	0,5	14,5	
Pulau Morotai	40,6	2,1	3,0	41,2	2,0	1,2	9,9	
Ternate	22,0	3,8	4,6	62,3	1,0	1,5	4,9	0,0
Tidore Kepulauan	12,0		3,8	59,3	5,3	6,4	9,8	3,5
Maluku Utara	30,3	3,7	2,9	43,3	3,0	1,1	15,0	0,7

Di Propinsi Maluku Utara, cedera yang terjadi paling banyak terjadi di jalan raya yaitu 43,3 persen selanjutnya di rumah (30,3 persen), area pertanian (15,0 persen) dan sekolah (3,7 persen). Kabupaten yang memiliki angka proporsi tempat cedera di rumah dan sekitarnya tertinggi adalah Kabupaten Halmahera Barat (47,1 persen) dan terendah di Kabupaten Tidore Kepulauan (12,0 persen). Adapun untuk proporsi tempat cedera di sekolah tertinggi di Kabupaten Halmahera Selatan (7,8 persen) dan terendah di Kabupaten Pulau Morotai (2,7 2,1 persen). Tempat kejadian cedera di jalan raya mempunyai proporsi paling tinggi dibandingkan dengan tempat yang lain. Provinsi yang mempunyai proporsi tempat kejadian cedera di jalan raya yang melebihi angka nasional (42,8 persen) sebanyak 4 kabupaten. Adapun proporsi kejadian cedera di jalan raya terbanyak di Kota Ternate (62,3 persen) dan terendah di Kepulauan Sula (28,8 persen). Adapun untuk tempat kejadian cedera di area bisnis/umum dan industry/konstruksi proporsinya tampak lebih kecil dibandingkan tempat lain. Sedangkan proporsi di area pertanian menunjukkan angka proporsi beberapa kabupaten melebihi angka nasional (15,0 persen) yaitu 27,1 persen di Kabupaten Halmahera Selatan dan terendah di Kota Ternate (4,9 persen).

Adapun untuk gambaran proporsi tempat terjadinya cedera menurut karakteristik responden disajikan pada Tabel 3.6.6

Tabel 3.6.6
Proporsi tempat terjadinya cedera menurut karakteristik responden, Provinsi Maluku Utara,
Riskesdas 2013

Karakteristik	Tempat terjadinya cedera:							
	Rumah	Sekolah	Olah raga	jalan raya	Area bisnis /umum	Industri /konstruksi	Pertanian	Lainnya
Kelompok Umur	100,0							
<1 tahun	87,1	3,0	1,7	5,8	2,4			
1-4 tahun	50,6	5,2	1,2	23,6	3,2		15,5	0,7
5-14 tahun	12,7	2,2	5,6	67,7	1,3	0,8	9,3	0,4
15-24 tahun	11,7	3,3	4,4	57,3	3,7	0,8	17,3	1,6
25-34 tahun	24,0	4,3	1,8	43,0	4,6	2,5	18,7	1,0
35-44 tahun	22,8	2,6	0,0	37,5	5,0	3,3	28,7	
45-54 tahun	24,7	0,9		28,0		8,3	38,0	
55-64 tahun	25,4	23,9		17,4	6,5		26,8	
65-74 tahun	70,9			19,4			9,7	
75+ tahun								
Jenis Kelamin								
Laki-laki	25,0	3,5	3,6	47,4	2,6	1,6	15,7	0,6
Perempuan	41,8	4,3	1,4	34,2	3,8		13,7	0,9
Pendidikan								
Tidak sekolah	54,7	1,6		26,9	1,9		14,9	
Tidak tamat SD/MI	43,9	2,9	1,5	25,4	2,0	0,2	23,6	0,5
Tamat SD/MI	18,4	7,6	2,4	39,8	3,0	2,5	24,8	1,5
Tamat SLTP/MTS	14,4	3,8	3,0	59,4	4,8	2,4	11,1	1,1
Tamat SLTA/MA	16,6	1,1	6,6	61,1	3,4	0,0	11,2	
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	18,6	6,7		73,7	1,0			
Status Pekerjaan								
Tidak Bekerja	22,6	4,9	3,6	51,0	2,7	0,1	14,6	0,4
Pegawai	18,1	3,8	2,9	67,6	4,4	0,1	3,1	
Wiraswasta	30,6	1,4	3,2	50,3	7,8	2,7	1,2	2,8
Petani/nelayan/buruh	15,1	3,0	2,6	36,3	1,9	4,3	36,3	0,6
Lainnya	8,9	10,4	4,3	71,8			3,9	0,8
Tempat Tinggal								
Perkotaan	25,0	2,9	3,8	59,8	2,1	1,0	5,2	0,1
Pedesaan	32,5	4,1	2,5	36,4	3,3	1,1	19,2	0,9

Tabel 3.6.6 menggambarkan proporsi tempat kejadian cedera berdasarkan karakteristik responden. Menurut kelompok umur tampak bahwa rumah menunjukkan proporsi tinggi terjadi pada kelompok umur Balita dan lansia (Lanjut usia). Adapun tempat kejadian cedera di sekolah kebanyakan terjadi pada kelompok umur anak (1 - 4 tahun). Di tempat area olahraga dan jalan raya, keduanya merupakan tempat terbesar terjadinya cedera pada kelompok umur 5-14 tahun (masing-masing 5,6 persen dan 67,7 persen). Tempat area bisnis/umum, industri/konstruksi dan area pertanian menunjukkan pola yang sama yaitu kebanyakan terjadi pada kelompok umur produktif, kecuali di area pertanian proporsi tertinggi pada umur 45-54 tahun (38,0 persen).

Menurut jenis kelamin, proporsi tempat kejadian cedera olah raga, jalan raya, dan pertanian lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Sedangkan tempat kejadian cedera –di rumah, sekolah, dan area bisnis/umum lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki.

Adapun berdasarkan pendidikan yang menunjukkan pola negatif yaitu semakin tinggi pendidikan proporsi cedera semakin rendah terjadi di rumah dan pertanian. Sedangkan proporsi menunjukkan pola positif dengan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi proporsi cedera ditunjukkan pada tempat kejadian cedera di area olahraga, jalan raya dan sekolah.

Menurut status pekerjaan tampak proporsi tertinggi untuk tempat terjadinya kecelakaan di rumah pada pekerja wiraswasta (30,6 persen); kecelakaan di sekolah, olah raga, dan jalan raya pada pekerja lainnya yaitu 10,4 %, 4,3 % dan 71,8%. Sedangkan di industri/konstruksi dan pertanian memperlihatkan proporsi tertinggi pada status petani/nelayan/buruh (yaitu 4,3 persen dan 36,3 persen).

Berdasarkan tempat tinggal, mayoritas proporsi tempat kejadian cedera yang menunjukkan lebih tinggi pada perdesaan dibanding perkotaan kecuali pada area olah raga dan jalan raya.

.Menurut kuintil indeks kepemilikan tampak bahwa mayoritas kecenderungan proporsi semakin rendah seiring dengan status ekonomi, kecuali pada tempat kejadian di jalan raya menunjukkan sebaliknya yaitu dengan semakin tinggi tingkat ekonominya kejadian cedera di kedua tempat tersebut juga semakin tinggi.

3.7.Kesehatan Gigi dan Mulut

Survei kesehatan gigi pertama kali dilaksanakan oleh Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan melalui Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1986, selanjutnya secara periodik dilaksanakan melalui survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995, SKRT 2001, SKRT 2004, Riset Kesehatan Dasar(Riskesdas) 2007, dan sekarang Riskesdas 2013.

Riskesdas 2007 mengumpulkan data kesehatan gigi secara komprehensif yang meliputi indikator status kesehatan gigi, indikator jangkauan pelayanan dan perilaku kesehatan gigi. Namun terdapat beberapa kesalahan dalam angka status kesehatan gigi dan mulut, oleh karena itu dilakukan perbaikan laporan Riskesdas 2007 dalam Pemetaan Status Kesehatan Gigi dan Mulut tahun 2012, yang telah disusun oleh Kristanti dkk (2012). Hasil Riskesdas 2013 dapat diperbandingkan dengan Riskesdas 2007 sebagai evaluasi keberhasilan intervensi dari berbagai program yang berkaitan dengan perbaikan derajat kesehatan penduduk Indonesia.

Dalam Riskesdas 2013 ini dikumpulkan berbagai indikator kesehatan gigi-mulut masyarakat, baik melalui wawancara maupun pemeriksaan gigi dan mulut dengan jumlah sampel keseluruhan adalah Wawancara dilakukan terhadap responden semua umur yang meliputi data subjek yang bermasalah gigi dan mulut, tindakan yang diterima oleh responden dari tenaga medis, jenis tindakan yang diterima dari tenaga medis gigi dan mulut, perilaku pemeliharaan kesehatan gigi melalui kapan responden menyikat gigi, perilaku benar menyikat gigi yang ditanyakan pada responden usia 10 tahun keatas. Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan gigi dan mulut serta melihat kondisi gigi dan kesehatan mulut dan diidentifikasi terdapatnya gigi berjejal, gigi goyang, ada/tidaknya karang gigi dan ataukelainan gusi, sariawan, serta diskolorisasi stain rokok (hasil dilaporkan dalam Riskesdas 2013 dalam Angka).

3.7.1 *Effective Medical Demand* Menurut Kabupaten/Kota

Penduduk yang bermasalah gigi dan mulut seharusnya menerima pengobatan atau perawatan yang tepat dari tenaga medis. Agar diketahui keterjangkauan/kemampuan untuk mendapatkan pelayanan dari tenaga medis gigi, maka perlu dihitung *Effective Medical Demand*(EMD).

Tabel 3.7.1 menggambarkan prevalensi penduduk dengan masalah gigi dan mulut yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi dalam 12 bulan terakhir menurut provinsi, dan penduduk yang merasa terganggu karena sakit gigi.

Dalam buku Pemetaan Status Kesehatan Gigi dan Mulut yang disusun oleh Kristanti dkk, 2012, *Effective Medical Demand* yang dihitung berdasarkan informasi tentang penduduk yang mempunyai masalah gigi dan mulut serta penduduk yang menerima perawatan atau pengobatan dari perawat gigi, dokter gigi atau dokter gigi spesialis (tenaga medis) dengan menggunakan rumus berikut:

Effective Medical Demand=persentase penduduk yang bermasalah dengan gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir x persentase penduduk yang menerima perawatan atau pengobatan gigi dari tenaga medis.

Risikesdas 2013 ini menunjukkan sebesar 26,9 persen penduduk Maluku Utara menyatakan mempunyai masalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir (*potential demand*). Diantara yang bermasalah gigi dan mulut, terdapat 19,3 persen yang menerima perawatan dan pengobatan dari tenaga medis (perawat gigi, dokter gigi atau dokter gigi spesialis).

Secara keseluruhan keterjangkauan/kemampuan untuk mendapatkan pelayanan dari tenaga medis gigi/EMD sebesar 5,2 persen. Kab/Kota dengan EMD tertinggi adalah Ternate (8,1%), Halmahera Tengah (7,6%), dan angka EMD terendah di Halmahera Utara (2,2%).

Tabel 3.7.1
Prevalensi penduduk yang bermasalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir sesuai *effective medical demand* menurut kabupaten/kota, Maluku utara 2013

Kabupaten / Kota	Penduduk menyatakan bermasalah gigit	Penduduk bermasalah gigi & mulut yang menerima perawatan/pengobatan dari tenaga medis gigi	EMD (%) (Effective Medical Demand)
Halmahera Barat	17,1	24,4	4,2
Halmahera Tengah	31,9	23,7	7,6
Kepulauan Sula	37,5	7,0	2,6
Halmahera Selatan	25,1	24,1	6,0
Halmahera Utara	14,7	15,1	2,2
Halmahera Timur	34,8	18,5	6,4
Pulau Morotai	36,0	15,4	5,6
Ternate	31,0	26,1	8,1
Tidore Kepulauan	26,1	19,4	5,1
Maluku Utara	26,9	19,3	5,2

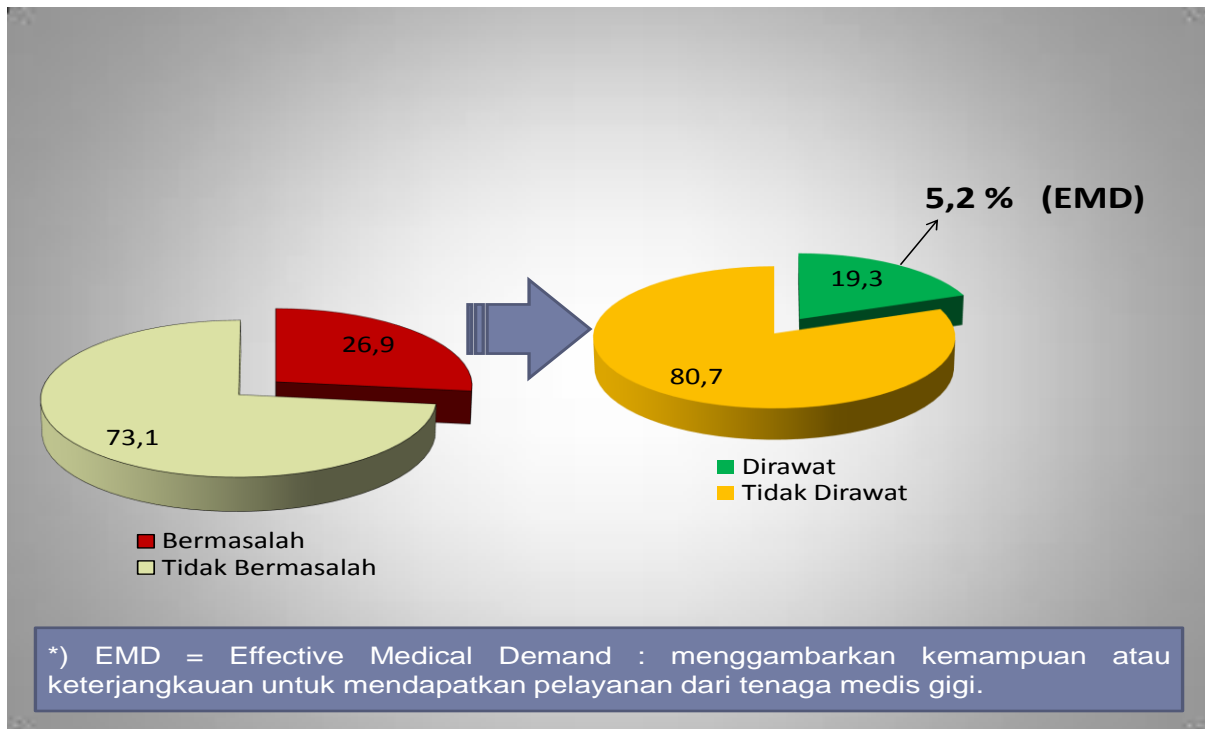
3.7.2 *Effective Medical Demand* menurut Karakteristik Responden

Tabel 3.7.2 menunjukkan persentase penduduk yang menyatakan dirinya bermasalah gigi dan mulut/*potential demand* meningkat pada kelompok umur yang lebih tinggi. Justru pada usia produktif 35-44 tahun dan 45-54 tahun, penduduk yang menyatakan bermasalah gigi dan mulut mencapai persentase tertinggi, yaitu masing-masing 31,7 persen dan 35,8 persen. Demikian pula persentase EMD meningkat pada kelompok umur yang lebih tinggi, dan persentase EMD tertinggi dijumpai pada kelompok umur 35-44 tahun yaitu sebesar 8,3 persen dan pada kelompok umur 45-54 tahun sebesar 7,4 persen. Pada perempuan, EMD (5,9%) lebih tinggi dibanding pada laki-laki (4,4%). Terdapat kecenderungan pada tingkat pendidikan tinggi, didapatkan EMD yang lebih tinggi. dan Kelompok pegawai memiliki EMD terbesar (13,8%).

Tabel 3.7.2
Prevalensi penduduk bermasalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir menurut karakteristik,
Maluku Utara 2013

Karakteristik	Bermasalah Gigi dan mulut (%)	Menerima perawatan dari tenaga medis gigi (%)	<i>Effective medical demand (%)</i>
Kelompok Umur			
<1 tahun	0,2		0
1-4	8,0	10,4	0,8
5-9	30,1	19,8	6,0
10-14	26,8	15,7	4,2
15-24	27,1	13,0	3,5
25-34	30,2	22,6	7,0
35-44	31,7	26,3	8,3
45-54	35,6	20,9	7,4
55-64	31,0	19,8	6,1
>=65	21,3	8,0	1,7
Kelompok Umur (WHO)			
12	25,6	8,4	2,1
15	26,7	11,2	3,0
18	21,4	7,2	1,5
35-44	31,7	26,3	8,3
45-54	35,6	20,9	7,4
55-64	31,0	19,8	6,1
>=65	21,3	8,0	1,7
Jenis Kelamin			
laki laki	25,8	17,2	4,4
Perempuan	28,1	21,3	6,0
Pendidikan			
Tidak sekolah	30,5	15,2	4,6
Tidak tamat SD	28,4	15,4	4,4
Tamat SD	29,3	16,3	4,8
Tamat SLTP	28,0	16,9	4,7
Tamat SLTA	31,6	24,6	7,8
Tamat PT	33,6	39,3	13,2
Pekerjaan			
Tidak kerja	27,4	18,5	5,0
Pegawai	35,1	39,5	13,9
Wiraswasta	31,6	23,9	7,5
Petani/nelayan/buruh	30,6	12,2	3,7
Lainnya	34,5	27,4	9,4
Tempat Tinggal			
Perkotaan	29,3	27,5	8,0
Pedesaan	26,1	15,8	4,1
Kuntil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	27,5	11,5	3,2
Menengah Bawah	22,8	15,6	3,6
Menengah	26,7	16,2	4,3
Menengah Atas	28,7	22,3	6,4
Teratas	28,9	29,8	8,6

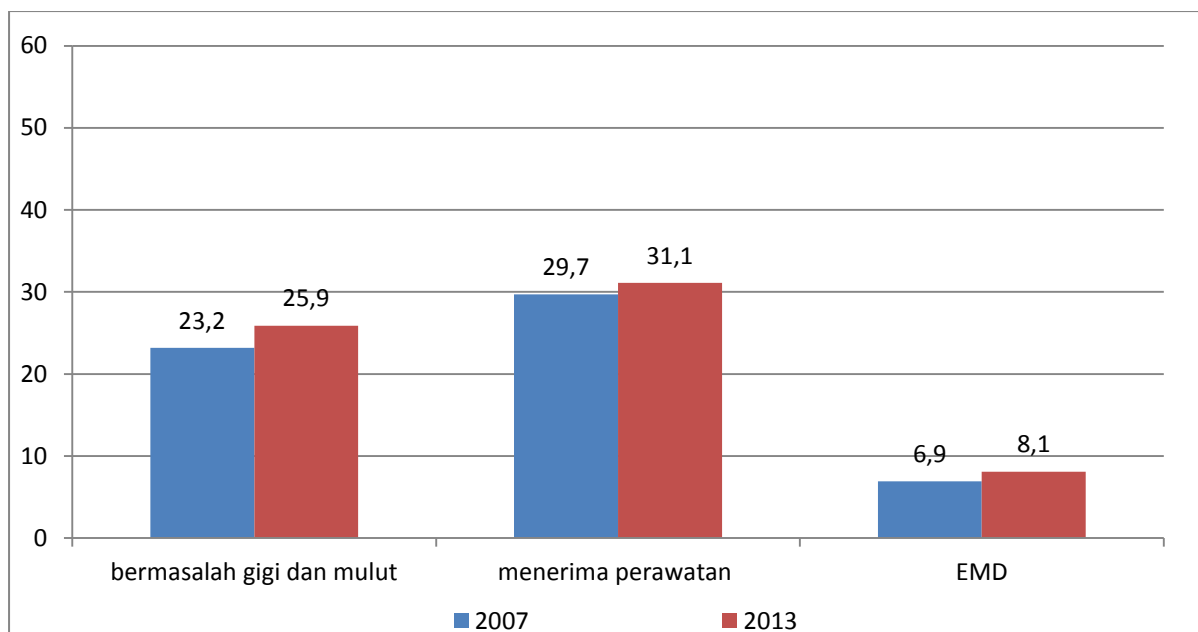
Di perkotaan ditemukan EMD sebesar (8,0%), lebih tinggi dibanding di perdesaan (4,1%) dan EMD cenderung meningkat pada kuintil indeks kepemilikan yang lebih tinggi, EMD pada kuintil terbawah (3,2%) dan mencapai 8,6 persen pada kuintil teratas.



Gambar 3.7.1

Proporsi penduduk semua umur yang bermasalah gigi dan mulut serta mendapat perawatan, dan EMD*), Maluku Utara 2013

Dalam gambar terlihat bahwa 73,1 persen penduduk tidak bermasalah terhadap gigi dan mulut, namun 26,9 persen penduduk mengalami masalah terhadap kesehatan gigi dan mulut. Dari 26,9 persen yang bermasalah tersebut 80,7 persen tidak dilakukan perawatan dan 19,3 persen dilakukan perawatan. Dari 19,3 persen penduduk yang menjalani perawatan gigi, EMD-nya 5,2 persen.



Gambar 3.7.2

Kecenderungan penduduk bermasalah gigi dan mulut, menerima perawatan dari tenaga medis dan EMD, Maluku Utara, Riskesdas 2007 dan 2013

Gambar 3.7.2 menunjukkan prevalensi penduduk bermasalah gigi dan mulut menurut Riskesdas 2013 sedikit lebih tinggi dari data Riskesdas 2007, begitu pula proporsi penduduk yang menerima perawatan. Keterjangkauan/kemampuan untuk mendapatkan pelayanan dari tenaga medis gigi tampaknya cenderung meningkat.

Tabel 3.7.3

Persentase penduduk berobat gigi sesuai jenis nakes menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Dokter gigi Spesialis	Dokter Gigi	Perawat Gigi	Paramedik lainnya	Tukang gigi	Lainnya
Halmahera Barat	4,8	41,3	6,8	26,4	25,1	1,0
Halmahera Tengah		22,5	16,4	39,7		29,6
Kepulauan Sula	4,9	31,1	15,6	33,8	21,3	
Halmahera Selatan	0,6	22,8	19,7	40,1	15,6	3,1
Halmahera Utara	7,8	42,7	5,6	45,3	1,6	1,2
Halmahera Timur	1,5	53,5	6,1	37,9	0,4	3,4
Pulau Morotai	2,1	21,8	14,7	59,5		1,8
Ternate	11,0	74,1	2,9	12,5	5,7	0,0
Tidore Kepulauan	5,2	31,7	13,0	23,6	25,2	7,2
Maluku Utara	5,2	44,3	10,4	30,5	10,5	3,6

Pada tabel 3.7.3 terlihat bahwa penduduk yang berobat gigi ke dokter spesialis terbanyak berada di Ternate sebesar 11 persen dan Halmahera Utara sebanyak 7,8 persen. Pada umumnya responden datang ke dokter gigi yang banyak berada di kota besar, seperti di Ternate sebanyak 74,1 persen, diikuti oleh Halmahera Timur sebesar 53,5 persen. Perawatan dokter gigi terendah berada di Pulau Morotai sebesar 21,8 persen. Perawat gigi yang terbanyak berada pada Halmahera Selatan sebesar 19,7 persen dan terendah di Ternate sebanyak 2,9 persen. Persentase penduduk merawat gigi sesuai tenaga kesehatan yang dikunjungi dan menurut karakteristik dapat dilihat dalam laporan Riskesdas 2013 dalam Angka.

3.7.3 Perilaku Menyikat Gigi Penduduk Umur ≥10 Tahun menurut Kabupaten

Setiap orang perlu menjaga kesehatan gigi dan mulut dengan cara menyikat gigi dengan benar untuk mencegah terjadinya karies gigi. Pertanyaan tentang perilaku menyikat gigi dalam Riskesdas 2013 bertujuan untuk mengetahui apakah responden mempunyai kebiasaan menyikat gigi setiap hari dan kapan saja waktu menyikat gigi. Definisi berperilaku benar dalam menyikat gigi dalam Riskesdas 2013, adalah kebiasaan menyikat gigi setiap hari, sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam. Perilaku menyikat gigi dengan benar berkaitan dengan karakteristik penduduk jenis kelamin, kuintil indeks kepemilikan, dan tempat tinggal. Tabel 3.7.4 menunjukkan sebagian besar (88%) penduduk Maluku Utara umur 10 tahun keatas mempunyai kebiasaan menyikat gigi setiap hari. Kab/Kota dengan persentase tertinggi adalah Kepulauan Sula (95,2%) dan Ternate (94,4%), sedangkan yang terendah adalah Pulau Morotai (66,8%).

Sebagian besar penduduk Maluku Utara (89,7%) menyikat gigi pada saat mandi pagi, dengan urutan tertinggi adalah Halmahera Timur sebesar 98,8%. Sebagian besar penduduk juga menyikat gigi pada saat mandi sore, yaitu sebesar 72% dengan urutan tertinggi di Halmahera Timur sebesar 84,4%, dan yang terendah di Halmahera Utara sebesar 59,4%. Sebagian besar penduduk menyikat gigi setiap hari saat mandi pagi atau mandi sore. Kebiasaan yang keliru hampir merata tinggi di seluruh kelompok umur. Kebiasaan benar menyikat gigi penduduk Maluku Utara hanya 2,8 persen, rata-rata penduduk Maluku Utara menyikat gigi tidak benar berkisar 97,2 persen. Kab/kota tertinggi untuk perilaku menyikat gigi dengan benar adalah Halmahera Timur yaitu 5,3 persen, kemudian diikuti Pulau Murotai 4,4 persen, sedangkan yang terendah adalah di Halmahera Tengah 0,6 persen. Perilaku penduduk menyikat gigi menurut karakteristik dapat dilihat dalam laporan Riskesdas 2013 dalam Angka.

Tabel 3.7.4
Persentase penduduk umur ≥ 10 tahun menyikat gigi setiap hari dan berperilaku benar menyikat gigi menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Menyikat gigi tiap hari	Waktu Perilaku Menyikat Gigi								Perilaku benar menyikat gigi	Perilaku salah menyikat gigi
		Saat mandi pagi	Saat mandi sore	Menyikat gigi setiap hari sesudah makan pagi	Menyikat gigi setiap hari sesudah bangun tidur	Menyikat gigi setiap hari sebelum tidur malam	Menyikat gigi setiap hari sesudah makan siang	Mandi Pagi dan sore			
Halmahera Barat	79,0	91,8	80,2	7,5	14,4	11,9	4,0	72,7	3,7	96,3	
Halmahera Tengah	76,2	92,8	69,2	1,8	5,3	17,4	5,6	63,6	0,6	99,4	
Kepulauan Sula	95,2	83,9	78,2	7,0	15,4	16,3	6,3	69,8	2,8	97,2	
Halmahera Selatan	86,4	93,0	80,9	1,9	3,7	11,4	3,4	74,5	1,1	98,9	
Halmahera Utara	93,1	86,0	59,4	7,6	25,5	27,9	5,3	53,8	3,1	96,9	
Halmahera Timur	82,7	98,8	84,4	7,7	7,6	17,6	7,0	83,6	5,3	94,7	
Pulau Morotai	66,8	83,6	63,0	6,9	22,3	26,5	13,9	53,6	4,4	95,6	
Ternate	94,4	87,4	63,4	4,0	12,0	49,9	14,4	57,5	2,5	97,5	
Tidore Kepulauan	89,1	95,8	75,9	9,4	13,9	25,9	11,0	73,8	4,1	95,9	
Maluku Utara	88,0	89,7	72,0	5,7	13,5	25,3	7,8	66,1	2,8	97,2	

Tabel 3.7.5
Persentase penduduk sepuluh tahun ke atas yang menyikat gigi setiap hari dan berperilaku benar menyikat gigi menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Menyikat gigi tiap hari	Waktu Perilaku Menyikat Gigi						Mandi Pagi dan sore	Perilaku benar menyikat gigi	Perilaku salah menyikat gigi
		Saat mandi pagi	Saat mandi sore	Menyikat gigi setiap hari sesudah makan pagi	Menyikat gigi setiap hari sesudah bangun tidur	Menyikat gigi setiap hari sebelum tidur malam	Menyikat gigi setiap hari sesudah makan siang			
Kelompok Umur										
10-14	88,8	94,8	70,4	4,2	11,3	17,7	5,3	67,0	1,7	98,3
15-24	94,5	90,9	71,6	6,6	14,3	29,4	9,4	67,5	3,1	96,9
25-34	92,9	88,2	74,8	5,8	14,4	26,8	8,1	67,8	3,6	96,4
35-44	89,7	89,2	73,9	6,1	13,3	27,0	7,0	67,1	3,1	96,9
45-54	83,4	84,6	69,8	5,9	13,5	27,3	9,5	60,7	2,3	97,7
55-64	73,1	87,5	68,1	4,3	12,8	17,0	6,5	61,9	1,8	98,2
≥65	46,8	89,9	57,9	5,0	12,0	16,4	7,5	53,6	1,9	98,1
Kelompok Umur (WHO)										
12	92,0	95,0	69,8	5,5	17,9	14,5	3,2	65,8	2,0	98,0
15	94,3	93,7	79,7	7,0	15,2	20,4	7,9	76,0	3,4	96,6
18	96,3	94,9	69,6	4,0	12,4	25,0	7,1	68,5	0,6	99,4
35-44	89,7	89,2	73,9	6,1	13,3	27,0	7,0	67,1	3,1	96,9
45-54	83,4	84,6	69,8	5,9	13,5	27,3	9,5	60,7	2,3	97,7
55-64	73,1	87,5	68,1	4,3	12,8	17,0	6,5	61,9	1,8	98,2
>=65	46,8	89,9	57,9	5,0	12,0	16,4	7,5	53,6	1,9	98,1
Jenis Kelamin										
Laki laki	87,1	89,7	70,8	4,6	12,0	23,1	6,7	64,7	2,0	98,0
Perempuan	88,9	89,6	73,2	6,9	15,0	27,6	9,0	67,6	3,7	96,3
Pendidikan										
Tidak sekolah	58,9	87,3	65,6	7,9	13,1	16,3	6,3	55,5	2,7	97,3
Tidak tamat SD	77,3	91,3	70,8	4,9	11,0	14,6	4,8	65,2	1,8	98,2
Tamat SD	85,2	88,2	72,0	3,9	13,3	16,1	5,2	64,9	1,5	98,5
Tamat SLTP	91,7	88,8	74,4	5,5	12,8	24,2	7,4	68,0	2,4	97,6
Tamat SLTA	96,3	90,9	70,7	6,9	14,6	35,5	11,2	66,1	3,9	96,1
Tamat PT	98,4	91,3	73,4	10,7	16,7	53,1	14,2	70,4	8,3	91,7
Pekerjaan										
Tidak kerja	89,4	92,5	73,1	5,7	13,0	24,1	8,0	68,9	2,5	97,5
Pegawai	97,7	92,7	70,2	10,9	14,7	50,0	14,6	68,4	8,2	91,8
Wiraswasta	96,3	90,5	72,6	5,4	12,0	36,7	8,3	66,2	2,5	97,5
Petani/helayan/ buruh	80,1	82,1	69,4	4,3	14,8	15,2	4,8	58,6	1,7	98,3
Lainnya	92,1	93,8	75,9	4,3	10,8	29,2	9,3	72,8	3,2	96,8
Tempat Tinggal										
Perkotaan	93,7	90,0	68,9	6,6	15,9	44,1	12,4	63,9	4,0	96,0
Pedesaan	85,7	89,5	73,3	5,3	12,4	17,2	5,9	67,0	2,3	97,7
Kuntil Indeks Kepemilikan										
Terbawah	79,3	85,8	73,2	3,0	11,5	10,4	4,1	64,7	1,1	98,9
Menengah	84,7	88,4	70,2	4,9	13,5	15,2	4,7	63,3	1,7	98,3
Bawah	88,4	92,0	74,7	7,0	11,5	21,3	7,5	69,8	3,2	96,8
Menengah Atas	91,2	91,8	73,5	5,7	14,8	27,6	8,5	68,8	2,9	97,1
Teratas	96,3	90,0	68,8	7,5	15,3	47,0	13,0	64,1	4,8	95,2

3.7.4 Perilaku menyikat gigi penduduk 10 tahun ke atas menurut karakteristik responden

Tabel diatas menggambarkan bahwa rata-rata penduduk Indonesia berperilaku salah dalam menyikat gigi. Hal ini, dialami oleh penduduk umur 10 tahun ke atas. Untuk perilaku menyikat gigi menurut karakteristik responden, pada variabel umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, besarnya bervariasi. Sedang untuk tempat tinggal, ditemukan variabel perkotaan lebih kecil dari pada pedesaan. Demikian pula pada kuintil indeks kepemilikan dari bawah hingga teratas mengalami peningkatan. variabel umur, ditemukan bervariasi. Dan laki-laki lebih rendah dalam menyikat gigi secara benar (2,0 persen), pada perempuan ditemukan 3,7 persen. Pada variabel pendidikan ditemukan semakin tinggi pendidikan (pendidikan perguruan tinggi) semakin besar menyikat gigi dengan benar. Sedang pada variabel pekerjaan ditemukan pegawai lebih besar menyikat gigi dengan benar.

Pada variabel tempat tinggal ditemukan perkotaan lebih besar menyikat gigi dengan baik. Pada kuintil Indeks kepemilikan ditemukan semakin tinggi tingkat ekonominya, pada kuintil teratas sebesar 4,8 persen semakin baik menyikat gigi dengan benar.

3.7.5 Indeks *DMF-T* dan Komponen *D-T, M-T, F-T*, menurut Provinsi

Indeks *DMF-T* merupakan penjumlahan dari indeks *D-T*, *M-T*, dan *F-T* yang menunjukkan banyaknya kerusakan yang pernah dialami seseorang, baik berupa *Decay/D* (merupakan jumlah gigi permanen yang mengalami karies dan belum diobati atau ditambal), *Missing/M* (jumlah gigi permanen yang dicabut atau masih berupa sisa akar), dan *Filling/F* adalah jumlah gigi permanen yang telah dilakukan penumpatan atau ditambal. Indeks *DMF-T* menggambarkan tingkat keparahan kerusakan gigi permanen.

Tabel 3.7.6.
Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	DT	MT	FT	DFT	DMFT
kelompok umur					
10-14	0,5	0,2	0,0	0,0	0,8
15-24	0,6	0,5	0,0	0,0	1,2
25-34	1,3	2,0	0,1	0,0	3,4
35-44	1,2	2,8	0,0	0,0	3,9
45-54	1,2	4,6	0,0	0,0	5,9
55-64	1,4	9,6	0,0	0,0	11,1
≥65	1,3	17,5	0,0	0,0	18,8
kelompok umur (WHO)					
12	0,4	0,4	0,0	0,0	0,8
15	0,8	0,7	0,0	0,0	1,5
18	0,3	0,5	0,0	0,0	0,8
35-44	1,2	2,8	0,0	0,0	3,9
45-54	1,2	4,6	0,0	0,0	5,9
55-64	1,4	9,6	0,0	0,0	11,1
>=65	1,3	17,5	0,0	0,0	18,8
Jenis Kelamin					
Laki laki	0,8	2,0	0,0	0,0	2,8
Perempuan	0,9	2,1	0,0	0,0	3,1
Pendidikan					
Tidak sekolah	0,3	5,7	0,0	0,0	6,0
Tidak tamat SD/MI	0,8	2,1	0,0	0,0	2,9
Tamat SD/MI	0,9	2,4	0,0	0,0	3,3
Tamat SLTP/MTS	0,7	1,2	0,0	0,0	1,9
Tamat SLTA/MA	1,1	1,9	0,0	0,0	3,1
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	1,4	2,5	0,0	0,1	4,0
Status Pekerjaan					
Tidak Bekerja	0,7	1,4	0,0	0,0	2,1
Pegawai	1,2	2,7	0,0	0,1	3,9
Wiraswasta	1,0	3,0	0,1	0,0	4,0
Petani/nelayan/buruh	1,0	3,5	0,0	0,0	4,6
Lainnya	1,5	2,8	0,0	0,0	4,3
Tempat Tinggal					
perkotaan	1,0	2,3	0,0	0,0	3,3
perdesaan	0,8	2,0	0,0	0,0	2,8
Kuintil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	1,0	1,5	0,0	0,0	2,5
Menengah Bawah	0,6	1,6	0,0	0,0	2,2
Menengah	0,8	2,8	0,0	0,0	3,6
Menengah Atas	0,9	2,1	0,0	0,0	3,1
Teratas	1,4	2,3	0,0	0,0	3,7

3.7.6. Indeks DMF-T dan komponen D-T,M-T,F-T, menurut karakteristik responden

Tabel 3.7.6, menunjukkan indeks DMF-T meningkat seiring dengan bertambahnya umur yaitu sebesar 0,83 pada kelompok umur 12 tahun, kemudian 1,54 pada umur 15 tahun, 0,79 pada umur 18 tahun; 3,94 pada umur 34-44 tahun; 5,86 pada umur 45-54 tahun; 11,05 pada umur 55-64 tahun dan 18,82 pada umur 65 tahun keatas, yang berarti kerusakan rata-rata 19 gigi per orang. Namun untuk indeks kepemilikan, semakin tinggi status ekonomi responden, semakin rendah nilai DMF-T, hal ini terlihat pada kuintil indeks kepemilikan terbawah nilai DMF-T nya 2,48 sedang pada status ekonomi teratas nilai DMF-Tnya lebih rendah yaitu 3,72.

Kepustakaan

- 1.Kemenkes RI. Pemetaan Status Kesehatan Gigi dan Mulut di Indonesia. Jakarta, 2012 hal 1-73.
2. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Gigi dan Mulut. Jakarta 1999.

3.8 Status Disabilitas

Bertujuan mendapatkan pemahaman seutuhnya pengalaman hidup penduduk karena kondisi kesehatan, penyakit atau cedera yang dialami. Apakah seseorang dapat bekerja dan melaksanakan kegiatan / aktivitas rutin yang diperlukan untuk memenuhi perannya di rumah, tempat kerja, sekolah atau area sosial lain. Apa yang tidak mampu dilakukan atau kesulitan melakukan aktivitas rutin. Informasi disabilitas dapat dimanfaatkan untuk menyusun prioritas, mengukur dampak dan mengevaluasi efektivitas dan kinerja sistem kesehatan.

Informasi diperoleh menggunakan adaptasi WHODAS 2, instrumen yang dikembangkan tim WHO sebagai operasionalisasi dari konsep *International classification of functioning* (ICF). Ditanyakan 12 pernyataan pada responden berusia 15 tahun mengenai adanya kesulitan yang dialami terkait kondisi kesehatan dalam kurun waktu satu bulan sebelum survei. Terdapat lima opsi jawaban responden, yaitu 1. tidak ada kesulitan, 2. sedikit kesulitan, 3. cukup mengalami kesulitan, 4. kesulitan berat dan 5. tidak mampu melakukan. Selanjutnya bagi responden dengan jawaban berkode 2,3,4 atau 5 ditanyakan lama hari mengalami kesulitan, terdiri dari jumlah hari sama sekali tidak mampu melakukan aktivitas rutin dan jumlah hari masih dapat melakukan aktivitas rutin walaupun tidak optimal.

Tabel 3.8.1
Proporsi tingkat kesulitan menurut komponen disabilitas

Komponen Disabilitas		Tidak ada	ringan	sedang	Berat	Sangat berat
1	Sulit berdiri dalam waktu lama misalnya 30 menit?	86,8	6,7	3,6	2,5	0,4
2	Sulit mengerjakan kegiatan rumah tangga yang menjadi tanggung jawabnya	87,1	7,9	3,0	1,5	0,5
3	Sulit mempelajari/ mengerjakan hal-hal baru, seperti untuk menemukan tempat/alamat baru, mempelajari permainan, resep baru	88,5	7,6	2,3	1,1	0,5
4	Sulit dapat berperan serta dalam kegiatan masyarakat (misalnya dalam kegiatan keagamaan, sosial)	89,0	7,1	2,5	0,9	0,5
5	Seberapa besar masalah kesehatan yang dialami mempengaruhi keadaan emosi?	88,8	7,3	2,8	0,9	0,2
6	Seberapa sulit memusatkan pikiran dalam melakukan sesuatu selama 10 menit?	89,4	7,3	2,2	0,9	0,2
7	Seberapa sulit dapat berjalan jarak jauh misalnya 1 kilometer?	87,1	6,7	2,6	2,7	0,9
8	Seberapa sulit membersihkan seluruh tubuh?	93,0	5,6	0,8	0,4	0,3
9	Seberapa sulit mengenakan pakaian?	93,8	5,2	0,5	0,3	0,2
10	Seberapa sulit berinteraksi/ bergaul dengan orang yang belum dikenal sebelumnya?	91,9	6,1	1,4	0,4	0,2
11	Seberapa sulit memelihara persahabatan?	92,2	6,1	1,2	0,4	0,2
12	Seberapa sulit mengerjakan pekerjaan sehari-hari?	90,1	6,7	1,8	1,0	0,4

Tabel 3.8.1 menunjukkan kesulitan berjalan jauh dialami oleh 12 dari 100 penduduk Indonesia termasuk 5,3% dengan level sedang hingga berat, diikuti oleh kesulitan berdiri selama 30 menit. Kesulitan membersihkan diri dialami oleh hampir 7% penduduk, termasuk 1,5% dengan level sedang hingga tidak mampu membersihkan diri / mandi tanpa dibantu.

Tabel 3.8.2
Indikator disabilitas menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Prevalensi	Rerata hari tidak mampu		
		Masih mampu	Tidak mampu	Total
Halmahera Barat	8,2	2,05	2,21	4,26
Halmahera Tengah	11,0	3,08	2,12	5,20
Kepulauan Sula	23,2	2,14	2,35	4,49
Halmahera Selatan	5,5	2,57	3,55	6,12
Halmahera Utara	6,2	3,88	1,30	5,17
Halmahera Timur	14,6	2,70	0,41	3,11
Pulau Morotai	17,0	2,23	1,54	3,77
Ternate	12,6	3,62	2,76	6,38
Tidore Kepulauan	11,0	2,21	1,18	3,39
Maluku Utara	11,3	2,71	2,07	4,79

Tabel 3.8.2 menunjukkan beberapa indikator disabilitas. Prevalensi yang diperoleh dari jawaban 3,4,5 pada salah satu dari 12 komponen disabilitas menunjukkan 11,3 % penduduk mengalami kesulitan. Kepulauan Sula merupakan kabupaten dengan prevalensi tertinggi, sedangkan Halmahera Selatan terendah. Rerata hari produktif hilang adalah rerata lama hari tidak dapat berfungsi optimal karena disabilitas. Rata – rata penduduk Maluku Utara tidak dapat berfungsi optimal selama 4,79 hari karena disabilitas. Tertinggi di Halmahera Tengah dan terendah di Halmahera Timur.

3.9. Kesehatan Jiwa

Indikator kesehatan jiwa yang dinilai pada Riskesdas 2013 antara lain gangguan jiwa berat, gangguan mental emosional serta cakupan pengobatannya. Gangguan jiwa berat adalah gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk. Gejala yang menyertai gangguan ini antara lain berupa halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh, misalnya agresivitas atau katatonik. Gangguan jiwa berat dikenal dengan sebutan psikosis dan salah satu contoh psikosis adalah skizofrenia.

Gangguan jiwa berat menimbulkan beban bagi pemerintah, keluarga serta masyarakat oleh karena produktivitas pasien menurun dan akhirnya menimbulkan beban biaya yang besar bagi pasien dan keluarga. Dari sudut pandang pemerintah, gangguan ini menghabiskan biaya pelayanan kesehatan yang besar. Sampai saat ini masih terdapat pemasangan serta perlakuan salah pada pasien gangguan jiwa berat di Indonesia. Hal ini akibat pengobatan dan akses ke pelayanan kesehatan jiwa belum memadai. Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah melalui Kementerian Kesehatan adalah menjadikan Indonesia bebas pasung oleh karena tindakan pemasangan dan perlakuan salah merupakan tindakan yang melanggar hak asasi manusia.

Disamping gangguan jiwa berat, Riskesdas 2013 juga melakukan penilaian gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia seperti pada Riskesdas 2007. Gangguan mental emosional adalah istilah yang sama dengan distres psikologik. Kondisi ini adalah keadaan yang mengindikasikan seseorang sedang mengalami perubahan psikologis. Berbeda dengan gangguan jiwa berat psikosis dan skizofrenia, gangguan mental emosional adalah gangguan yang dapat dialami semua orang pada keadaan tertentu, tetapi dapat pulih seperti semula. Gangguan ini dapat berlanjut menjadi gangguan yang lebih serius apabila tidak berhasil ditanggulangi.

Prevalensi gangguan mental emosional penduduk Indonesia berdasarkan Riskesdas 2007 adalah 11,6% dan bervariasi di antara provinsi dan kabupaten/kota. Pada Riskesdas tahun 2013, prevalensi gangguan mental emosional dinilai kembali dengan menggunakan alat ukur serta metode yang sama. Gangguan mental emosional diharapkan tidak berkembang menjadi lebih serius apabila orang yang mengalaminya dapat mengatasi atau melakukan pengobatan sedini mungkin ke pusat pelayanan kesehatan atau berobat ke tenaga kesehatan yang kompeten.

Cakupan pengobatan ditanyakan berdasarkan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan, termasuk dikunjungi oleh tenaga kesehatan.

3.9.1 Gangguan Jiwa Berat

Gangguan jiwa berat dinilai melalui serangkaian pertanyaan yang ditanyakan oleh pewawancara (enumerator) kepada kepala rumah tangga atau ART yang mewakili kepala rumah tangga. Inti pertanyaan adalah mengenai ada tidaknya anggota rumah tangga (tanpa melihat umur) yang mengalami gangguan jiwa berat (psikosis atau skizofrenia) pada rumah tangga tersebut. Angka prevalensi yang diperoleh merupakan prevalensi gangguan jiwa berat seumur hidup (*life time prevalence*). Rumah tangga yang memiliki ART dengan gangguan jiwa, ditanya mengenai riwayat pemasangan yang mungkin pernah dialami ART selama hidupnya. Pewawancara telah dilatih mengenai cara melakukan wawancara serta pengetahuan singkat mengenai ciri-ciri gangguan jiwa. Pelatihan singkat tersebut memberikan keterampilan kepada pewawancara

tentang cara melakukan klarifikasi atau verifikasi terhadap jawaban yang diberikan oleh kepala rumah tangga atau orang yang mewakilinya.

Keterbatasan pengumpulan data dengan cara wawancara adalah adanya kemungkinan kasus tidak dilaporkan serta diagnosis yang kurang tepat mengenai gangguan jiwa berat. Upaya untuk mengatasi kelemahan ini dilakukan dengan cara menetapkan batasan operasional bahwa yang dinilai pada Riskesdas 2013 adalah gangguan jiwa berat (psikosis atau skizofrenia) yang dapat dikenali oleh masyarakat umum, sehingga gangguan jiwa berat dengan diagnosis tertentu dan memerlukan kemampuan diagnostik oleh dokter spesialis jiwa, kemungkinan tidak terdata.

Tabel 3.9.1
Prevalensi gangguan jiwa berat menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten	psikosis
Halmahera Barat	1,3
Halmahera Tengah	2,5
Kepulauan Sula	2,1
Halmahera Selatan	0,0
Halmahera Utara	0,0
Halmahera Timur	2,3
Pulau Morotai	3,4
Ternate	2,3
Tidore Kepulauan	2,9
Maluku Utara	1,8

Berdasarkan tabel 3.9.1, terlihat bahwa mil prevalensi psikosis tertinggi di Pulau Morotai (3,4 per mil), sedangkan yang terendah di Halmahera Selatan dan Halmahera Utara (0,0 per). Prevalensi gangguan jiwa berat nasional sebesar 1,7 per mil. Prevalensi gangguan jiwa berat berdasarkan tempat tinggal dan kuintil indeks kepemilikan dipaparkan pada laporan Riskesdas 2013 dalam Angka.

Angka prevalensi seumur hidup skizofrenia di dunia bervariasi berkisar 4 per mil sampai dengan 1,4% (Lewis *et al.*,2001). Beberapa kepustakaan menyebutkan secara umum prevalensi skizofrenia sebesar 1 persen penduduk. Selanjutnya dipaparkan proporsi RT yang pernah melakukan pemasangan terhadap ART dengan gangguan jiwa berat.

Tabel 3.9.2

Proporsi rumah tangga yang memiliki ART gangguan jiwa berat yang pernah dipasang menurut tempat tinggal dan kuintil indeks kepemilikan, Indonesia 2013

Karakteristik	RT dengan riwayat pemasangan ART (%)
Tempat tinggal	
Perkotaan	10,7
Pedesaan	18,2
Kuintil indeks kepemilikan	
Terbawah	19,5
Menengah bawah	17,3
Menengah	12,7
Menengah atas	7,3
Teratas	7,4

Proporsi rumah tangga di Indonesia dengan ART gangguan jiwa berat yang pernah dipasang dihitung terhadap 1.655 rumah tangga dengan penderita gangguan jiwa berat. Metode pemasangan tidak terbatas pada pemasangan secara tradisional (menggunakan kayu atau rantai pada kaki), tetapi termasuk tindakan pengekangan lain yang membatasi gerak, pengisolasian, termasuk mengurung, dan penelantaran yang menyertai salah satu metode pemasangan.

3.9.2. Gangguan mental emosional

Di dalam kuesioner Riskesdas 2013, pertanyaan mengenai gangguan mental emosional tercantum dalam kuesioner individu butir F01–F20. Gangguan mental emosional dinilai dengan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan SRQ ditanyakan pewawancara kepada ART umur ≥ 15 tahun yang memenuhi kriteria inklusi. 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 dilakukan Hartono, 1995. Data yang dikumpulkan menggunakan instrumen SRQ memiliki keterbatasan hanya mengungkap status emosional individu sesaat (± 30 hari) dan tidak dirancang untuk mendiagnosis gangguan jiwa secara spesifik.

Responden yang terpaksa diwakili atau didampingi ART lain saat diwawancara dengan alasan karena yang bersangkutan menderita gangguan jiwa berat dengan kemampuan komunikasi sangat buruk, menderita penyakit fisik berat atau disabilitas lainnya yang menyebabkan responden tidak mampu menjawab pertanyaan yang diberikan, tidak dianalisis dalam laporan ini.

Tabel 3.9.3
Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur ≥ 15 tahun berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20**) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Kabupaten/Kota	Gangguan mental emosional (%)
Halmahera Barat	1,9
Halmahera Tengah	3,4
Kepulauan Sula	9,8
Halmahera Selatan	3,0
Halmahera Utara	1,3
Halmahera Timur	4,5
Pulau Morotai	5,5
Ternate	13,1
Tidore Kepulauan	2,5
Maluku Utara	5,8

Prevalensi penduduk yang mengalami gangguan mental emosional secara kabupaten adalah 5,8 persen. Kabupaten dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Ternate (13,1%), sedangkan yang terendah di Halmahera Utara (1,35). Prevalensi gangguan mental emosional berdasarkan karakteristik individu dan cakupan pengobatan seumur hidup serta 2 minggu terakhir terdapat pada laporan Riskesdas 2013 dalam Angka.

3.10 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Pengetahuan, sikap dan perilaku dikumpulkan pada penduduk kelompok umur 10 tahun atau lebih. Topik yang dikumpulkan meliputi perilaku higienis, penggunaan tembakau, aktivitas fisik, perilaku konsumsi buah, sayur, makanan berisiko (makan/minum manis, makanan asin, makanan berlemak, makanan dibakar, makanan olahan dengan pengawet, bumbu penyedap, kopi dan minuman berkafein buatan bukan kopi) dan konsumsi makanan olahan dari tepung terigu.

3.10.1 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 menyiapkan makanan, setiap kali tangan kotor (antara lain memegang uang, binatang, berkebun), setelah buang air besar, setelah menceboki bayi/anak, setelah menggunakan pestisida/insektisida, dan sebelum menyusui bayi. (Promkes, 2011)

Tabel 3.10.1
Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun yang berperilaku benar dalam buang air besar dan cuci tangan menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Berperilaku Benar dalam Cuci Tangan (**)	Berperilaku Benar dalam BAB di Jamban(*)
Halmahera Barat	4,0	94,1
Halmahera Tengah	1,3	72,9
Kepulauan Sula	15,9	61,6
Halmahera Selatan	6,4	59,6
Halmahera Utara	7,3	98,2
Halmahera Timur	5,4	83,8
Pulau Morotai	6,1	65,2
Ternate	46,5	98,4
Tidore Kepulauan	7,1	100,0
Maluku Utara	59,5	83,5

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

***) Perilaku benar dalam cuci tangan bila cuci tangan pakai sabun sebelum menyiapkan makanan, setiap kali tangan kotor (antara lain memegang uang, binatang, berkebum), setelah buang air besar, setelah menceboki bayi/anak, setelah menggunakan pestisida/insektisi, sebelum menyusui bayi, dan sebelum makan.

Dari table 3.10.1, Rerata Maluku Utara proporsi perilaku cuci tangan secara benar menunjukkan 59,5 persen, dan Kab/Kota terendah adalah Halmahera Tengah (1,3 %) sedangkan proporsi tertinggi di Ternate (46,5 %). Rerata Maluku Utara perilaku BAB di jamban adalah 83,5 persen dan Kab/Kota terendah adalah Halmahera Selatan (59,6) dan Kepulauan Sula (61,6).

Tabel 3.10.2
Analisis kecenderungan proporsi penduduk Umur ≥ 10 tahun berperilaku BAB dan cuci tangan yang benar menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2007- 2013

Kabupaten / Kota	Berperilaku Benar dalam Cuci Tangan (**)		Berperilaku Benar dalam BAB di Jamban (*)	
	2007	2013	2007	2013
Halmahera Barat	28,4	4,0	71,8	94,1
Halmahera Tengah	17,8	1,3	62,4	72,9
Kepulauan Sula	47,9	15,9	61,8	61,6
Halmahera Selatan	25,5	6,4	63,1	59,6
Halmahera Utara	22,5	7,3	68,8	98,2
Halmahera Timur	37,7	5,4	65,1	83,8
Pulau Morotai		6,1		65,2
Ternate	36,6	46,5	95,4	98,4
Tidore Kepulauan	46,0	7,1	77,2	100,0
Maluku Utara	32,8	59,5	72,9	83,5

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

***) Perilaku benar dalam cuci tangan bila cuci tangan pakai sabun sebelum menyiapkan makanan, setiap kali tangan kotor (memegang uang, binatang dan berkebum), setelah buang air besar, setelah menceboki bayi/anak, setelah menggunakan pestisida/insektisi, sebelum menyusui bayi, dan sebelum makan.

Berdasarkan analisis kecenderungan terlihat untuk rerata Maluku Utara, ada kenaikan proporsi penduduk berperilaku cuci tangan secara benar pada tahun 2007 (32,8%) menjadi 59,5 persen pada tahun 2013. Demikian halnya perilaku BAB dengan benar terjadi peningkatan dari 72,9 persen menjadi 83,5 persen. Kenaikan tertinggi proporsi penduduk perilaku cuci tangan dengan benar terjadi di Ternate dari 36,6 persen menjadi 46,5 persen. Sedangkan kenaikan terbesar proporsi penduduk perilaku BAB yang benar terjadi di Kabupaten Halmahera Utara yaitu dari 68,8 persen menjadi 98,2 persen.

3.10.2 Penggunaan Tembakau

Informasi perilaku penggunaan tembakau dalam Riskesdas tahun 2013 dibagi menjadi dua kelompok yaitu perilaku merokok dengan hisap dan perilaku penggunaan tembakau dengan mengunyah, karena efek samping yang ditimbulkan akibat merokok dengan hisap dan dengan metode kunyah berbeda. Perokok hisap menimbulkan polusi pada perokok pasif dan lingkungan sekitarnya, sedangkan kunyah tembakau hanya berdampak pada dirinya sendiri.

Tabel 3.10.3
Proporsi kebiasaan merokok pada penduduk umur ≥ 10 tahun menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Halmahera Barat	31,2	1,1	6,9	60,9
Halmahera Tengah	33,1	13,5	9,1	44,3
Kepulauan Sula	30,9	6,7	9,6	52,8
Halmahera Selatan	11,6	13,7	20,4	54,3
Halmahera Utara	22,1	8,8	2,5	66,6
Halmahera Timur	26,7	10,3	8,3	54,7
Pulau Morotai	27,6	11,0	14,3	47,1
Ternate	21,9	7,1	7,3	63,6
Tidore Kepulauan	20,1	6,8	2,7	70,4
Maluku Utara	24,0	8,1	8,9	58,9

Berdasarkan tabel 3.10.3 Rerata proporsi perokok saat ini di Maluku Utara adalah 24 persen. Proporsi perokok saat ini terbanyak di Halmahera Tengah dengan perokok setiap hari 33,1 persen dan kadang-kadang merokok 13,5 persen.

Tabel 3.10.4
Proporsi kebiasaan merokok pada penduduk umur ≥ 10 tahun menurut karakteristik,
Maluku Utara 2013

Karakteristik	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Kelompok umur				
15 - 19	8,4	18,2	0,6	72,8
20 - 24	18,3		3,2	78,5
25 - 29	29,9	3,9	6,0	60,2
30 - 34	16,1	23,2	2,3	58,3
35 - 39	43,2	13,0	0,3	43,5
40 - 44	31,8	10,2	7,2	50,7
45 -49	33,3	3,0	16,2	47,5
50 -54	25,9	6,2	15,1	52,8
55 -59	23,0	4,8	30,0	42,3
60 -64	24,4	5,8	9,4	60,4
65 +	14,5	4,9	18,2	62,4
Jenis Kelamin				
laki laki	54,6	14,7	14,6	16,2
Perempuan	3,1	3,7	5,1	88,1
Pendidikan				
Tidak sekolah	8,7	8,4	7,4	75,5
Tidak tamat SD/MI	21,0	3,8	8,8	66,4
Tamat SD/MI	21,6	10,3	18,3	49,8
Tamat SLTP/MTS	32,9	13,1	1,7	52,3
Tamat SLTA/MA	25,4	5,8	3,5	65,4
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	17,0	2,6	28,8	51,6
Status Pekerjaan				
Tidak bekerja	8,1	8,1	8,3	75,5
Sedang mencari kerja	20,8		16,5	62,6
Sekolah	19,2	5,1	3,0	72,8
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD	24,8	8,8	9,4	57,1
Pegawai swasta	24,0	20,2	27,0	28,8
Wiraswasta	45,3	14,6	8,8	31,4
Petani	45,5	6,9	12,6	35,1
Nelayan	57,8	42,2		
Buruh	84,8	15,2		
Lainnya	45,0		1,8	53,2
Tempat Tinggal				
Perkotaan	20,6	8,3	7,3	63,7
Pedesaan	27,0	8,0	10,4	54,7
Kuntil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	31,7	11,5	9,7	47,0
Menengah bawah	22,4	9,3	12,3	56,0
Menengah	22,6	8,6	7,7	61,1
Menengah atas	19,6	8,7	7,6	64,1
Teratas	24,2	4,4	8,7	62,7

Proporsi terbanyak perokok aktif setiap hari pada umur 30-34 tahun sebesar 33,4 persen, umur 35-39 tahun 43,2 persen, sedangkan proporsi perokok setiap hari pada laki-laki lebih banyak di bandingkan perokok perempuan (54,6% banding 3,1%). Berdasarkan jenis pekerjaan, petani/nelayan/buruh adalah perokok aktif setiap hari yang mempunyai proporsi terbesar (57,8%) dibandingkan kelompok pekerjaan lainnya. Proporsi perokok setiap hari tampak cenderung menurun pada kuintil indeks kepemilikan yang lebih tinggi.

Tabel 3.10.5

Proporsipenduduk umur ≥ 10 tahun yang mempunyai kebiasaan mengunyah tembakau menurut kabupaten/kota di Maluku Utara, 2013

Kabupaten / Kota	Pengunyah Tembakau saat ini		Tidak Mengunyah Tembakau
	Setiap hari	Kadang-kadang	
Halmahera Barat	32,3	6,9	60,9
Halmahera Tengah	46,6	9,1	44,3
Kepulauan Sula	37,6	9,6	52,8
Halmahera Selatan	25,3	20,4	54,3
Halmahera Utara	30,9	2,5	66,6
Halmahera Timur	36,9	8,3	54,7
Pulau Morotai	38,6	14,3	47,1
Ternate	29,1	7,3	63,6
Tidore Kepulauan	26,9	2,7	70,4
Maluku Utara	32,1	8,9	58,9

*) Kretek, putih dan linting setiap hari)

Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun dengan kebiasaan mengunyah tembakau atau *smokeless* setiap hari di Maluku Utara sebesar 32,1 persen, sedangkan proporsi pengunyah tembakau terkadang sebesar 8,9 persen. Proporsi tertinggi pengunyah tembakau setiap hari yang berada diatas proporsi Maluku Utara adalah Halmahera Tengah (46,6%), Pulau Morotai (38,6%), Kepulauan Sula (37,6%), Halmahera Timur (36,9%), dan Halmahera Barat (32,3%).

3.10.3 Perilaku Aktifitas Fisik

Aktifitas fisik secara teratur bermanfaat untuk mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Dikumpulkan data frekuensi beraktifitas fisik dalam seminggu terakhir untuk penduduk 10 tahun ke atas. Aktifitas fisik berat adalah kegiatan yang secara terus menerus melakukan kegiatan fisik minimal 10 menit sampai meningkatnya denyut nadi dan napas lebih cepat dengan biasanya (misalnya menimba air, mendaki gunung, lari cepat, menebang pohon, mencangkul, dll.) selama minimal 3 hari dalam satu minggu dan total waktu beraktifitas ≥ 1500 METminute. METminute aktifitas fisik berat adalah lamanya waktu (menit) melakukan aktifitas dalam satu minggu dikalikan bobot sebesar 8 kalori. Aktifitas fisik sedang apabila melakukan aktifitas fisik sedang (menyapu, mengepel, dll) minimal 5 hari atau lebih dengan total lamanya beraktifitas 150 menit dalam satu minggu. Selain dari dua kondisi tersebut termasuk dalam aktifitas fisik ringan (WHO GPAQ, 2012; WHO STEPS, 2012)

Dalam Riskesdas 2013 ini kriteria aktifitas fisik "aktif" adalah individu yang melakukan aktifitas fisik berat atau sedang atau keduanya, sedangkan kriteria 'kurang aktif' adalah individu yang tidak melakukan aktifitas fisik baik sedang ataupun berat.

Berikut proporsi penduduk melakukan aktifitas fisik "aktif" dan "kurang aktif" pada tabel 3.10.6.

Tabel 3.10.6
Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun sesuai jenis aktivitas fisik
menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Aktivitas Fisik	
	Aktif	Kurang Aktif *)
Halmahera Barat	46,2	53,8
Halmahera Tengah	23,8	76,2
Kepulauan Sula	39,5	60,5
Halmahera Selatan	2,0	98,0
Halmahera Utara	28,5	71,5
Halmahera Timur	42,1	57,9
Pulau Morotai	25,3	74,7
Ternate	13,9	86,1
Tidore Kepulauan	11,5	88,5
Maluku Utara	22,2	77,8

*) Kurang aktif adalah tidak melakukan aktifitas fisik berat maupun sedang

Proporsi aktivitas fisik di Maluku Utara tergolong kurang aktif secara umum adalah 22,2. Ada 3 Kab/Kota dengan penduduk aktivitas fisik tergolong kurang aktif berada di bawah rata-rata Maluku Utara, Lima tertinggi adalah Kabupaten penduduk Halmahera Barat (46,2), Halmahera Timur (42,1), Kepulauan Sula (39,5), Halmahera Utara (28,5), dan Pulau Morotai (25,3).

Perilaku sedentari adalah perilaku duduk-duduk atau berbaring dalam sehari-hari baik di tempat kerja (kerja di depan computer, membaca, dll), di rumah (nonton TV, main game, dll), di perjalanan/transportasi (bis, kapal/perahu, motor), tetapi tidak termasuk waktu tidur.

Penelitian di Amerika tentang perilaku sedentari yang menggunakan nilai *cut of point* <3 jam, 3-5.9 jam, ≥ 6 jam, menunjukkan bahwa pengurangan aktifitas sedentari sampai dengan < 3 jam dapat meningkatkan umur harapan hidup sebesar 2 tahun (Katzmarzyk, P & Lee, 2012).

Perilaku sedentari merupakan perilaku berisiko terhadap salah satu terjadinya penyakit penyumbatan pembuluh darah, penyakit jantung dan bahkan mempengaruhi umur harapan hidup.

Tabel 3.10.7
Proporsi penduduk ≥ 10 tahun berdasarkan aktifitas sedentari
menurut Kab/Kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Aktivitas Sedentari		
	<3 jam	3-5,9	>6 jam
Halmahera Barat	69,0	27,6	3,5
Halmahera Tengah	20,0	55,7	24,3
Kepulauan Sula	37,0	49,2	13,8
Halmahera Selatan	2,1	32,7	65,2
Halmahera Utara	72,6	27,4	
Halmahera Timur	69,6	28,0	2,4
Pulau Morotai	42,9	29,0	28,0
Ternate	1,1	4,9	93,9
Tidore Kepulauan	30,7	43,8	25,5
Maluku Utara	22,9	24,1	53,1

Berdasarkan tabel 3.10.7 proporsi penduduk Indonesia dengan perilaku sedentari 3-5,9 jam adalah 24,1 persen. Lima Kab/Kota di atas angka Maluku Utara adalah Halmahera Tengah (55,7%), Kepulauan Sula (49,2%), Tidore Kepulauan (43,8%), Halmahera Selatan (32,7%) dan Pulau Morotai (29%).

Tabel 3.10.8
Proporsi penduduk ≥ 10 tahun berdasarkan aktivitas sedentari
menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Aktivitas Sedentari		
	<3 jam	3-5,59	>6 jam
Kelompok umur			
15 - 19	4,5	29,7	65,8
20 - 24	9,7	12,0	78,3
25 - 29	32,0	25,5	42,5
30 - 34	44,2	23,0	32,8
35 - 39	24,0	26,0	50,0
40 - 44	23,6	39,2	37,1
45 -49	25,0	8,6	66,3
50 -54	32,0	32,8	35,2
55 -59	36,3	17,1	46,6
60 -64	18,3	32,8	48,8
65 +	18,1	22,4	59,5
Jenis Kelamin			
laki laki	20,8	31,8	47,4
Perempuan	24,3	18,8	56,9
Pendidikan			
Tidak sekolah	34,2	25,8	40,0
Tidak tamat SD/MI	18,3	22,1	59,7
Tamat SD/MI	35,0	27,8	37,2
Tamat SLTP/MTS	19,9	31,9	48,2
Tamat SLTA/MA	14,7	16,2	69,1
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	22,6	23,1	54,3
Status Pekerjaan			
Tidak bekerja	22,2	17,5	60,3
Sedang mencari kerja	7,6	37,0	55,4
Sekolah	8,0	26,6	65,5
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD	11,7	12,0	76,3
Pegawai swasta	33,1	20,9	46,1
Wiraswasta	11,3	18,9	69,8
Petani	34,5	38,9	26,6
Nelayan	62,2	37,8	
Buruh	15,2	76,1	8,7
Lainnya	38,7	21,1	40,3
Tempat Tinggal			
Perkotaan	14,5	12,8	72,7
Pedesaan	30,4	34,1	35,6
Kuntil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	39,4	43,0	17,6
Menengah bawah	33,0	31,7	35,2
Menengah	28,7	22,4	48,9
Menengah atas	16,2	20,4	63,4
Teratas	8,2	11,3	80,5

Proporsi perilaku sedentari berdasarkan karakteristik kelompok umur ada kecenderungan proporsi perilaku sedentari 3-5,9 jam sehari menurun dengan semakin bertambahnya umur, namun sedikit meningkat pada umur 40-44 tahun 39,2. Proporsi perilaku sedentari 3-5,9 jam di daerah perperdesaan (34,1) lebih besar dibandingkan perperkotaanan (12,8), Perilaku sedentari merupakan perilaku yang terkait dengan duduk-duduk, kemungkinan masyarakat diperperdesaann lebih banyak santai, kurang aktifitas dan menikmati TV, ngobrol, tampak perbedaan proporsi perilaku sedentari 3-5,9 jam menurut jenis pekerjaan Buruh lebih tinggi (71,6%) dan tingkat Kuintil indeks kepemilikan terbawah proporsi tertinggi (43%).

3.10.4 Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur

Data frekuensi dan porsi asupan sayur dan buah dikumpulkan dengan menghitung jumlah hari konsumsi dalam seminggu dan jumlah porsi rata-rata dalam sehari. Penduduk dikategorikan 'cukup' konsumsi sayur dan/atau buah apabila makan sayur dan/atau buah minimal 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu. Dikategorikan 'kurang' apabila konsumsi sayur dan/atau buah kurang dari ketentuan di atas.

Tabel 3.10.9

Proporsi porsi makan buah/sayur per hari dalam seminggu penduduk umur 15 tahun ke atas menurut Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Konsumsi Buah/Sayur per hari Dalam Seminggu			
	Tidak Konsumsi	1 - 2 Porsi	3 - 4 Porsi	≥ 5 Porsi
Halmahera Barat	0,0	72,6	22,8	4,6
Halmahera Tengah	3,4	86,2	10,4	0,0
Kepulauan Sula	0,0	91,3	5,4	3,3
Halmahera Selatan	0,0	96,9	0,0	3,1
Halmahera Utara	0,0	45,8	15,6	38,5
Halmahera Timur	0,9	70,5	28,5	0,0
Pulau Morotai	0,6	82,0	14,3	3,1
Ternate	0,0	84,4	11,3	4,3
Tidore Kepulauan	0,0	81,2	18,8	0,0
Maluku Utara	0,1	83,6	10,8	5,4

Secara umum tidak tampak perilaku kurang konsumsi buah dan atau sayur . Konsumsi 1-2 porsi menunjukkan paling dominan pada sebagian besar rumah tangga di Propinsi Maluku (83,6 persen). Kabupaten dengan konsumsi buah/sayur 1-2 porsi tertinggi adalah Kabupaten Halmahera Selatan (96,9 persen), terendah Halmahera Utara (45,8 persen).

Tabel 3.10.10
Proporsi porsi makan buah dan sayur (per hari dalam seminggu) penduduk umur 15 tahun ke atas menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	Konsumsi Buah/Sayur per hari Dalam Seminggu			
	Tidak Konsumsi	1 - 2 Porsi	3 - 4 Porsi	≥ 5 Porsi
Kelompok umur				
15 - 19	0,0	92,2	2,0	5,9
20 - 24	0,0	81,7	12,6	5,7
25 - 29	0,0	90,4	9,6	0,0
30 - 34	0,4	74,8	6,0	18,7
35 - 39	0,0	71,5	19,8	8,6
40 - 44	0,0	66,4	26,0	7,6
45 -49	0,0	95,0	2,4	2,6
50 -54	0,0	85,3	8,7	6,0
55 -59	2,4	73,4	24,2	0,0
60 -64	0,0	80,1	19,9	0,0
65 +	0,4	82,1	12,3	5,2
Jenis Kelamin				
Laki laki	0,0	82,8	14,9	2,3
Perempuan	0,2	84,2	8,2	7,4
Pendidikan				
Tidak sekolah	0,6	79,9	13,9	5,6
Tidak tamat SD/MI	0,7	87,7	6,0	5,7
Tamat SD/MI	0,0	79,1	15,4	5,5
Tamat SLTP/MTS	0,2	91,0	6,0	2,8
Tamat SLTA/MA	0,0	80,0	13,6	6,4
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	0,0	90,1	2,2	7,8
Status Pekerjaan				
Tidak bekerja	0,1	86,5	6,0	7,3
Sedang mencari kerja	0,0	82,5	0,0	17,5
Sekolah	0,0	68,4	29,0	2,7
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD	0,0	80,3	9,7	9,9
Pegawai swasta	0,0	93,7	0,0	6,3
Wiraswasta	0,0	82,6	17,4	0,0
Petani	0,5	86,9	9,4	3,2
Nelayan	0,0	100,0	0,0	0,0
Buruh	0,0	100,0	0,0	0,0
Lainnya	0,0	81,1	18,9	0,0
Tempat Tinggal				
Perkotaan	0,1	81,9	11,7	6,3
Pedesaan	0,2	85,6	9,8	4,4
Kuntil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	0,7	87,6	6,8	4,8
Menengah bawah	0,0	77,2	15,2	7,6
Menengah	0,0	87,0	6,6	6,4
Menengah atas	0,1	82,7	13,3	3,8
Teratas	0,0	82,7	11,7	5,6

Sebagian besar konsumsi buah/sayur yang lebih disukai adalah 1-2 porsi. Dilihat dari segi kelompok umur, dominan pada umur 45-49 tahun (95 persen), kedua pada kelompok remaja 15-19 tahun (92 persen). Jenis kelamin perempuan lebih menyukai sayur daripada laki-laki (84 persen berbanding 83 persen). Dari segi pendidikan, pada tamat SLTP/MTs yang terbesar mengkonsumsi buah/sayur dibandingkan pendidikan lainnya (91 persen). Status pekerjaan nelayan dan buruh mengkonsumsi buah/sayur sampai 100%. Sebagian besar yang bertempat tinggal di perdesaan lebih banyak mengkonsumsi buah/sayur daripada yang tinggal di perkotaan. Dilihat dari segi indeks kuintil kepemilikan, konsumsi terbesar pada kuintil kepemilikan terbawah (87,6 persen).

3.10.5 Pola Konsumsi Makanan Tertentu

Perilaku mengkonsumsi makanan/minuman manis, asin, berlemak, , dibakar/panggang, diawetkan, berkafein, dan berpenyedap adalah perilaku berisiko penyakit degeneratif. Perilaku konsumsi makanan berisiko dikelompokkan sering apabila penduduk mengkonsumsi makanan tersebut satu kali atau lebih setiap hari.

Tabel 3.10.11
Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun dengan perilaku konsumsi tertentu menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Perilaku konsumsi tertentu ≥ 1 kali per hari							
	Manis	Asin	Berlemak	Dibakar	Hewani berpengawet	Penyedap	Kopi	Kafein selain kopi
Halmahera Barat	48,1	12,5	42,7	24,5	1,3	37,4	40,1	0,0
Halmahera Tengah	72,8	31,1	52,4	37,3	2,6	72,2	26,4	13,9
Kepulauan Sula	49,1	6,5	32,8	14,6	1,1	62,5	13,9	6,2
Halmahera Selatan	56,8	13,9	20,0	19,3	13,1	72,5	29,9	8,9
Halmahera Utara	37,2	0,9	55,2	15,5	4,6	61,3	26,4	9,0
Halmahera Timur	50,5	34,8	40,0	34,4	13,8	80,4	40,6	15,5
Pulau Morotai	66,2	38,7	46,0	14,1	2,9	64,9	15,6	1,5
Ternate	58,8	20,6	65,2	12,0	4,2	73,9	41,7	5,6
Tidore Kepulauan	52,0	19,6	35,5	18,6	0,0	69,4	15,1	0,5
Maluku Utara	55,3	18,1	49,4	16,2	4,5	69,3	30,9	6,4

Proporsi penduduk dengan konsumsi makanan/minuman manis ≥ 1 kali dalam sehari di Maluku Utara 55,3 persen. Tiga Kab/Kota tertinggi dilaporkan di Halmahera Tengah (72,8%), Pulau Morotai (66,2%), dan Ternate (58,8%).

Proporsi Maluku Utara penduduk dengan perilaku konsumsi makanan berlemak, berkolesterol dan makanan gorengan ≥ 1 kali perhari 49,4 persen. Tiga Kab/Kota tertinggi di atas rerata Maluku Utara adalah Ternate (65,2%), Halmahera Utara (55,2%) dan Halmahera Tengah (52,4%).

Hampir 70 persen penduduk Maluku Utara mengkonsumsi penyedap ≥ 1 kali dalam sehari (69,3%), tertinggi di Halmahera Timur (80,4%) terendah di Halmahera Barat (37,4%).

Tabel 3.10,12
Proporsipenduduk umur ≥ 10 tahun dengan konsumsi makanan minuman tertentu menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Perilaku konsumsi tertentu ≥ 1 kali per hari							
	Manis	Asin	Berlemak	Dibakar	Hewani berpengawet	Penyedap	Kopi	Kafein selainkopi
Kelompok Umur								
15 - 19	43,4	12,2	54,5	2,8	14,1	64,8	21,9	5,0
20 - 24	60,4	42,4	66,3	19,5	3,5	72,0	22,9	6,7
25 - 29	60,8	13,4	62,6	29,1	2,7	74,7	31,7	10,8
30 - 34	78,2	21,9	65,3	19,0	4,2	72,7	18,3	5,1
35 - 39	66,2	19,7	50,3	15,5	8,4	66,0	36,5	17,0
40 - 44	47,7	17,9	48,1	18,8	1,2	75,5	28,6	4,7
45 -49	49,7	12,6	43,1	14,7	0,6	73,8	53,8	2,9
50 -54	48,8	25,0	45,0	23,8	7,5	66,6	28,2	7,7
55 -59	52,5	7,9	36,6	12,7	0,8	75,5	21,1	0,0
60 -64	56,0	14,7	42,3	15,6	0,0	69,2	51,0	2,6
65 +	52,1	8,5	21,4	6,1	1,8	57,0	28,9	2,9
Jenis Kelamin								
Laki-laki	55,4	17,2	39,8	17,1	7,5	62,4	39,2	11,1
Perempuan	55,2	18,7	55,9	15,6	2,5	74,0	25,2	3,1
Pendidikan								
Tidak sekolah	60,4	19,7	34,0	9,8	8,5	72,7	19,7	1,5
Tidak tamat SD/MI	49,9	18,8	41,8	12,7	1,1	65,2	31,8	3,5
Tamat SD/MI	49,5	13,4	40,1	15,9	3,4	68,5	29,3	4,7
Tamat SLTP/MTS	55,7	20,7	55,0	17,1	5,8	62,3	32,2	9,1
Tamat SLTA/MA	60,5	18,0	59,4	15,2	4,3	74,6	34,1	7,7
Tamat Diploma / PT	60,0	26,8	53,4	38,4	11,4	78,1	25,4	9,3
Tempat Tinggal								
Perkotaan	51,1	19,9	60,2	10,8	4,2	68,3	37,4	5,4
Pedesaan	58,9	16,4	39,9	21,0	4,8	70,1	25,2	7,2
Status Pekerjaan								
Tidak bekerja	55,4	21,3	56,6	13,2	4,7	73,1	29,0	2,1
Sedang mencari kerja	71,3	7,6	72,5	3,0	3,0	72,9	12,4	12,4
Sekolah	56,5	19,2	53,0	10,2	2,2	58,1	18,1	14,3
PNS/TNI/Polri/BUMN/B UMD	62,4	7,3	53,9	15,8	3,8	79,5	33,8	3,1
Pegawai swasta	31,5	21,0	74,6	36,3	0,0	66,5	7,4	0,0
Wiraswasta	63,1	8,0	46,0	20,0	3,5	68,1	55,8	13,3
Petani	46,9	16,5	23,4	18,1	5,8	59,6	30,7	9,3
Nelayan	100,0	0,0	62,2	42,2	0,0	100,0	37,7	37,8
Buruh	64,0	36,0	54,1	38,0	5,7	97,7	76,1	2,3
Lainnya	65,1	22,9	62,0	32,5	7,9	78,6	48,0	7,1
Kuntil Indeks Kepemilikan								
Terbawah	54,2	15,4	34,4	22,5	3,6	69,9	23,7	7,5
Menengah bawah	47,5	9,4	35,0	16,7	5,2	60,3	18,7	3,9
Menengah	58,7	11,7	37,0	12,8	4,1	70,8	28,7	5,8
Menengah atas	60,1	25,4	61,1	16,5	8,6	73,0	45,5	10,8
Teratas	53,3	22,1	65,2	13,5	1,4	69,2	30,5	3,2

Dari table 3.10.12 bahwa perilaku penduduk mengonsumsi makanan/minuman manis bervariasi antar kelompok umur. Konsumsi makanan/minuman manis hampir sama banyak pada laki-laki dan perempuan, dan penduduk di daerah perkotaan maupun kota. Tidak ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan semakin besar proporsi penduduk mengonsumsi makanan manis.

Perilaku konsumsi makanan berlemak ≥ 1 kali per hari bervariasi antar kelompok umur demikian pula dengan tingkat pendidikan, pekerjaan dan kuintil indeks kepemilikan. Konsumsi makanan berlemak ≥ 1 kali per hari lebih banyak pada perempuan (55,9%), dan pada penduduk di daerah perkotaan (60,2).

Berdasarkan tabel 3.10.13 menurut kelompok umur terlihat bahwa perilaku konsumsi makanan asin ≥ 1 kali per hari cenderung bervariasi, Penduduk yang tinggal di daerah perkotaan dan pedesaan cenderung mengonsumsi makanan asin. Menurut kuintil indeks kepemilikan, proporsi tertinggi pada kuintil menengah atas dan cenderung menurun pada kuintil yang tertinggi.

Berdasarkan tabel karakteristik, tampak gambaran yang variasi tentang pola minum kopi menurut kelompok umur, tingkat pendidikan, pekerjaan dan tingkat pengeluaran RT perkapita, Laki-laki (39,2%) hampir tiga kali lebih banyak yang minum kopi dibandingkan perempuan (25,2%), Demikian juga penduduk di daerah perkotaan (37,4%) sedikit lebih banyak yang minum kopi dibandingkan yang tinggal di daerah pedesaan (25,2%),

Kebiasaan masyarakat Indonesia dalam konsumsi makanan berisiko untuk terjadinya penyakit antara lain jenis makanan manis, makanan asin, makanan berlemak/digoreng, makanan di bakar, makanan hewani dengan dugaan kandungan bahan pengawet, makanan mengandung bahan penyedap dan kebiasaan minum kopi dan minuman berkafein bukan kopi.

Di Indonesia, menunjukkan bahwa kebiasaan masyarakat dalam mengonsumsi makanan di bakar, makanan, minuman manis dan pemakaian bumbu penyedap terjadi penurunan pada 2013 dibandingkan tahun 2007, sedangkan kebiasaan konsumsi makanan asin terjadi peningkatan.

3.10.6 Konsumsi Makanan Olahan dari Tepung

Tabel 3.10.13
Proporsi penduduk Umur ≥ 10 tahun dengan perilaku konsumsi makanan olahan dari tepung menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Makanan Olahan Tepung ≥ 1 kali per hari			
	Mi Instan	Mi Basah	Roti	Biskuit
Halmahera Barat	3,4	0,0	9,7	2,5
Halmahera Tengah	19,4	6,6	22,8	3,6
Kepulauan Sula	7,9	2,0	27,6	15,4
Halmahera Selatan	7,7	0,0	15,9	0,6
Halmahera Utara	6,3	7,2	39,2	6,2
Halmahera Timur	31,8	13,3	33,5	34,0
Pulau Morotai	8,1	0,0	11,8	11,8
Ternate	13,5	6,0	44,2	37,8
Tidore Kepulauan	11,3	0,0	26,3	21,0
Maluku Utara	12,0	4,4	33,1	23,6

Tabel 3.10.13 Menunjukkan rerata penduduk Maluku Utara berperilaku mengonsumsi mie instan, 1 dari 10 penduduk mengonsumsi mie instan ≥ 1 kali per hari. Tiga Kab/Kota tertinggi yang mengonsumsi mie instan ≥ 1 kali per hari di atas rerata Maluku Utara adalah Halmahera Timur (31,8%), Halmahera Tengah (19,4%), dan Ternate (13,5%). Hanya 4,4 persen penduduk mengonsumsi mie basah ≥ 1 kali per hari. Hampir sebagian penduduk (33,1) mengonsumsi roti ≥ 1 kali per hari.

Satu dari sepuluh penduduk mengonsumsi biskuit ≥ 1 kaliper hari. Proporsi tertinggi di atas rerata Maluku Utara yaitu Ternate (37,8%) dan Halmahera Timur (34%).

Tabel 3.10.14
Proporsi penduduk umur ≥ 10 Tahun dengan perilaku konsumsi makanan olahan dari tepung menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Makanan Olahan Tepung ≥ 1 kali per hari			
	Mi Instan	Mi Basah	Roti	Biskuit
Kelompok Umur				
15 - 19	14,4	10,9	43,1	20,5
20 - 24	18,1	9,4	43,3	41,5
25 - 29	18,3	6,8	41,5	31,8
30 - 34	19,2	7,6	28,2	21,4
35 - 39	15,1	1,2	32,3	25,5
40 - 44	3,4	3,8	19,2	16,1
45 -49	6,0	0,0	32,9	33,0
50 -54	14,3	0,0	32,9	15,0
55 -59	10,0	0,3	26,6	19,4
60 -64	0,0	0,0	34,9	17,5
65 +	5,2	1,3	19,4	8,7
Jenis Kelamin				
Laki-laki	11,8	5,0	25,0	17,7
Perempuan	12,0	3,9	38,7	27,7
Pendidikan				
Tidak sekolah	23,0	0,1	32,2	27,6
Tidak tamat SD/MI	9,5	0,0	28,7	25,6
Tamat SD/MI	10,2	3,1	21,7	15,6
Tamat SLTP/MTS	9,5	2,3	31,6	14,6
Tamat SLTA/MA	13,4	9,8	44,5	30,0
Tamat Diploma / PT	15,7	4,5	41,8	53,9
Tempat Tinggal				
Perkotaan	11,5	6,0	39,4	29,9
Pedesaan	12,3	2,9	27,5	18,1
Status Pekerjaan				
Tidak bekerja	13,3	5,6	36,9	27,6
Sedang mencari kerja	18,6	0,0	52,0	48,2
Sekolah	17,3	1,9	45,0	26,1
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD	8,6	1,0	43,1	36,7
Pegawai swasta	7,4	12,8	19,3	22,8
Wiraswasta	9,8	0,0	23,2	21,5
Petani	8,7	3,7	17,7	8,1
Nelayan	0,0	0,0	0,0	0,0
Buruh	5,7	0,0	46,9	3,1
Lainnya	12,3	11,3	45,1	34,7
Kuntil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	6,7	3,0	14,9	7,1
Menengah bawah	12,2	1,1	20,3	13,2
Menengah	10,6	2,6	28,5	19,4
Menengah atas	12,6	8,3	43,9	35,8
Teratas	15,8	4,7	45,8	32,4

Berdasarkan tabel 3.10.14, karakteristik menurut kelompok umur tampaknya ada kecenderungan menurun perilaku konsumsi mie instan ≥ 1 kaliper hari menurut kelompok umur, semakin tua kelompok umur semakin rendah proporsi konsumsi mie instan. Konsumsi mie instan lebih sedikit pada laki laki (11,8%) dibandingkan pada perempuan (12%). Tidak ada perbedaan di perkotaan maupun pedesaan. Responden yang tidak bekerja cenderung lebih banyak

mengonsumsi mie instan (13,3%) dibandingkan mereka yang bekerja. Berdasarkan kuintil indeks kepemilikan, tidak ada kecenderungan, bervariasi, tetapi tertinggi di kuintil teratas (15,8%).

Menurut kelompok umur tampaknya ada variasi perilaku konsumsi makanan yang terbuat dari mie basah ≥ 1 kaliper hari menurut kelompok umur, ada kecenderungan semakin muda semakin banyak mengonsumsi mie basah. Responden yang tinggal di perkotaan (5%) lebih besar proporsi makan mie basah di bandingkan di perdesaan (3,9%), Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran RT perkapita semakin besar proporsi konsumsi mie basah. Menurut jenis pekerjaan tampak bervariasi dalam konsumsi makan mie basah.

Menurut kelompok umur tampaknya ada kecenderungan perilaku konsumsi makanan roti ≥ 1 kali per hari semakin tua kelompok umur semakin rendah proporsi konsumsi roti. Tampak perbedaan konsumsi roti menurut jenis kelamin dan daerah tempat tinggal, perempuan lebih banyak, begitu juga dengan yang tinggal di perkotaan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran RT perkapita semakin besar proporsi konsumsi roti. Berdasarkan tingkat pendidikan dan pekerjaan dalam mengonsumsi roti bervariasi.

Berdasarkan tabel karakteristik diatas menurut kelompok umur tampaknya ada kecenderungan perilaku konsumsi biskuit ≥ 1 kali per hari, semakin tua kelompok umur semakin rendah proporsi konsumsi biskuit. Konsumsi makanan biskuit lebih banyak pada perempuan (27,7%) dibandingkan pada laki laki (17,7%). Mereka yang tinggal di perkotaan (29,9%) lebih besar proporsi makan roti di bandingkan di perdesaan (18,1%). Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran RT perkapita semakin besar proporsi konsumsi biskuit. Berdasarkan tingkat pendidikan dan pekerjaan dalam mengonsumsi biskuit bervariasi.

Di Indonesia, kebiasaan penduduk Umur ≥ 10 tahun dengan perilaku mengonsumsi makanan olahan yang terbuat dari tepung persentase terbanyak makanan roti (15,6%), biskuit (13,4%) , mie instan (10,1%) dan mie basah (3,8%).

3.10.7 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) terdiri dari sepuluh indikator yang mencakup perilaku individu dan gambaran rumah tangga. Data PHBS pada tahun 2007 mengacu pada indikator PHBS yang sudah ditetapkan tahun 2004. Pada 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 ($\geq 8m^2$ / orang), dan rumah tangga dengan lantai rumah bukan tanah. Pada PHBS tahun 2007 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 adalah 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.

Pada tahun 2011 telah dibuat indikator PHBS yang baru dan sedikit berbeda dengan indikator PHBS yang ditetapkan sebelumnya. Indikator PHBS yang ditetapkan pada tahun 2011 oleh Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan mencakup 10 indikator yang meliputi :1) Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan;2) melakukan penimbangan bayi dan balita; 3) memberikan ASI eksklusif;4) penggunaan air bersih; 5) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun;6) memberantas jentik nyamuk;7) memakai jamban sehat;8)makan buah dan sayur setiap hari;9)melakukan aktifitas fisik setiap hari;10) tidak merokok dalam rumah. Pada PHBS tahun 2013 untuk rumah tangga dengan balita digunakan 10 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah 10; sedangkan untuk rumah tangga tanpa balita terdiri dari 7 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah tujuh (7). Penilaian PHBS rumah tangga baik diukur dengan batasan yang sama dengan penilaian rumah tangga PHBS tahun 2007 dimana kriteria rumah tangga dengan PHBS baik adalah rumah tangga yang memenuhi indikator baik sebesar 6 indikator atau lebih untuk rumah tangga yang punya balita dan 5 indikator atau lebih untuk rumah tangga yang tidak mempunyai balita. Jumlah sampel rumah tangga dalam analisa PHBS ini adalah sebesar 3950.

Dalam RISKESDAS 2013 indikator yang dapat digunakan untuk PHBS sesuai dengan kriteria PHBS yang ditetapkan oleh Pusat Promkes pada tahun 2011, yaitu mencakup delapan indikator individu (cuci tangan, BAB dengan jamban, konsumsi sayur dan buah, aktifitas fisik, merokok dalam rumah, memberi ASI eksklusif, menimbang balita), dan dua indikator rumah tangga (sumber air bersih dan memberantas jentik nyamuk), Pengertian indikator yang digunakan dalam PHBS RISKESDAS 2013 ini adalah sebagai berikut:

Program PHBS adalah upaya untuk memberi pengalaman belajar atau menciptakan kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku hidup bersih dan sehat, melalui pendekatan pimpinan, bina suasana dan pemberdayaan masyarakat.

1. Persalinan oleh tenaga kesehatan,
Data ini didapatkan dari data persalinan yang terakhir yang ditolong oleh tenaga kesehatan dari riwayat persalinan dalam tiga tahun terakhir sebelum survey (kurun waktu tahun 2010 sampai tahun 2013)
2. Melakukan penimbangan bayi dan balita,
Indikator ini menggunakan variable individu usia 0 sampai 59 bulan yang mempunyai riwayat pernah ditimbang dalam enam bulan terakhir,
3. Memberikan ASI eksklusif,
Indikator ini menggunakan data dari riwayat pernah diberikan ASI eksklusif diantara individu baduta usia 0 – 23 bulan, Pengertian pemberian ASI eksklusif dalam analisa ini adalah bayi usia ≤ 6 bulan yang hanya mendapatkan ASI saja dalam 24 jam terakhir saat wawancara atau individu baduta yang pertama kali diberi minuman atau makanan berumur enam bulan atau lebih,
4. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun,
Indikator mencuci tangan dengan benar mencakup mencuci tangan air bersih dan sabun saat sebelum menyiapkan makanan, setiap kali tangan kotor, setelah buang air besar, setelah menggunakan pestisida (bila menggunakan), setelah menceboki bayi dan sebelum menyusui bayi (bilasedang menyusui),
5. Memakai jamban sehat,
Perilaku menggunakan jamban sehat diukur dari perilaku buang besar menggunakan jamban saja,
6. Melakukan aktivitas fisik setiap hari,
Indikator ini diukur berdasarkan individu yang biasa melakukan aktifitas fisik berat atau sedang dalam tujuh hari seminggu,
7. Konsumsi buah dan sayur setiap hari,
Perilaku konsumsi buah dan sayur diukur berdasarkan individu yang biasa konsumsi buah dan sayur selama tujuh hari dalam seminggu,
8. Tidak merokok dalam rumah,
Pengertian tidak merokok di dalam rumah adalah individu yang tidak mempunyai kebiasaan merokok di dalam rumah pada saat ada anggota rumah tangga lainnya serta memperhitungkan juga rumah tangga yang tidak ada anggota rumah tangga yang merokok,
9. Penggunaan air bersih,
Perilaku menggunakan air bersih didapatkan dari data rumah tangga yang menggunakan sumber air bersih dengan kategori baik untuk seluruh keperluan rumah tangga.
10. Memberantas jentik nyamuk,
Rumah tangga dengan perilaku memberantas jentik nyamuk dalam indikator ini adalah rumah tangga yang menguras bak mandi satu kali atau lebih dalam seminggu atau yang tidak menggunakan bak mandi dan tidak mandi di sungai,

Beberapa indikator yang digunakan dalam RISKESDAS 2013 ini berbeda dengan indikator yang digunakan dalam RISKESDAS 2007 sehingga tidak bisa menggambarkan kecenderungan kenaikan atau penurunan proporsi rumah tangga ber-PHBS.

Tabel 3.10.15

Proporsi (%) rumah tangga yang memenuhi kriteria perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baik dan kurang menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten	PHBS	
	PHBS Baik	PHBS Kurang
Halmahera Barat	19,8	80,2
Halmahera Tengah	15,6	84,4
Kepulauan Sula	20,1	79,9
Halmahera Selatan	15,3	84,7
Halmahera Utara	34,6	65,4
Halmahera Timur	12,4	87,6
Pulau Morotai	16,9	83,1
Ternate	40,8	59,2
Tidore Kepulauan	42,2	57,8
Maluku Utara	26,2	73,8

Tabel 3.10.15 menunjukkan bahwa persentase Propinsi Maluku Utara rumah tangga dengan PHBS baik adalah 26,2%, hal ini masih di bawah nasional yaitu 32,3%. Ada tiga kabupaten di Maluku yang persentasenya di atas propinsi maupun nasional yaitu Tidore Kepulauan (42,2%), Ternate (40,8%), dan Halmahera Utara (34,6%).

Tabel 3.10.16

Proporsi (%) rumah tangga memenuhi kriteria PHBS baik di perkotaan dan pedesaan, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Klasifikasi	PHBS	
	Baik	Kurang
Perkotaan	40,5%	59,5%
Pedesaan	20,9%	79,1%

Tabel 3.10.16. menyajikan proporsi rumah tangga dengan PHBS baik, di Propinsi Maluku Utara lebih tinggi di perkotaan (40,5%) dibandingkan di pedesaan (20,9%).

Catatan: PHBS baik adalah rupa yang memenuhi kriteria ≥ 6 indikator untuk rumah tangga dengan balita dan ≥ 5 indikator untuk rumah tangga tidak punya balita.

3.11. Pembiayaan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah meningkatkan derajat kesehatan (*health status*), ketanggapan (*responsiveness*), dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*) (WHO, 2000). Pada topik ini dikumpulkan informasi tentang jenis kepemilikan dan penggunaan jaminan kesehatan, pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, dan sumber pembiayaan yang paling sering dimanfaatkan penduduk beserta besaran biaya yang dikeluarkannya.

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan upaya kesehatan/memperbaiki keadaan kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Jaminan kesehatan adalah jaminan

berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Perpres no 12 tahun 2013)

Menurut UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan Pasal 130 bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Unsur-unsur pembiayaan terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan. Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, masyarakat, swasta, dan sumber lain.

Syarat pokok pembiayaan kesehatan meliputi: (1) jumlah harus memadai untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan tidak menyulitkan masyarakat yang memanfaatkan; (2) distribusinya harus sesuai dengan kebutuhan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan masyarakat; serta (3) pemanfaatannya harus diatur setepat mungkin agar tercapai efektivitas dan efisiensi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang optimal (UU No. 36, 2009).

Pada Riskesdas 2013, analisis pembiayaan kesehatan meliputi kepemilikan dan penggunaan jaminan kesehatan serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap berikut sumber dan besaran biayanya. Sumber biaya dibedakan menjadi Biaya sendiri, Asuransi Kesehatan Sosial (meliputi Askes PNS, Pensiun, Veteran, TNI/Polri), Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja), Asuransi kesehatan Swasta, Tunjangan kesehatan dari Perusahaan, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

3.11.1. Kepemilikan Jaminan Kesehatan

Hasil analisis memberikan informasi tentang proporsi penduduk yang telah tercakup maupun yang tidak tercakup jaminan kesehatan. Jenis jaminan kesehatan terdiri dari; asuransi kesehatan (PNS, veteran, pensiunan PNS, pensiunan TNI/Polri), ASABRI (TNI/Polri aktif, staf Kementerian Hukum dan Keamanan), JPK Jamsostek, asuransi kesehatan swasta, tunjangan kesehatan dari perusahaan, Jamkesmas dan Jamkesda. Untuk kepentingan analisis Askes dan ASABRI dimasukkan dalam satu kelompok dikarenakan pemerintah juga membayar sebagian dari iuran jaminan tersebut.

Tabel 3.11.1
Proporsi kepemilikan jaminan kesehatan menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

.Kabupaten / Kota	Sumber biaya rawat inap								
	Biaya Sendiri	Aske/ ASABRI	Jamsos-tek	Asuransi Swasta	Jamkes-mas	Jamkes-da	Perusaha-an	Sumber Lainnya	Lebih dari 1 Sumber
Halmahera Barat	44,5	6,1			37,0		12,4		
Halmahera Tengah	28,8	27,3			28,8		15,2		
Kepulauan Sula	59,1	9,8					10,3	20,9	
Halmahera Selatan	26,0	7,5			14,3	3,5	3,5	5,0	40,3
Halmahera Utara	45,9	6,8		4,4	23,2	16,5	3,3		
Halmahera Timur	18,0				16,1		29,3	9,7	26,9
Pulau Morotai	59,6	20,9			5,4		1,3		12,8
Ternate	59,9	7,3	1,7	0,3	2,0	2,0	19,2	7,5	
Tidore Kepulauan	42,7	12,7			11,		5,0	19,5	8,7
Maluku Utara	48,0	8,2	0,7	0,6	10,7	3,3	12,2	7,4	8,9

Tabel 3.11.1 menunjukkan 48 persen penduduk Maluku Utara belum memiliki jaminan kesehatan. Askes/ ASABRI dimiliki oleh sekitar 8,2 persen penduduk, Jamsostek 0,7 persen, asuransi kesehatan swasta dan tunjangan kesehatan perusahaan masing-masing sebesar 0,6 persen. Kepemilikan jaminan didominasi oleh Jamkesmas (10,7%) dan Jamkesda (3,3%). Dari data tersebut juga menyiratkan adanya kepemilikan jaminan lebih dari satu jenis jaminan untuk individu yang sama.

Kepemilikan jaminan kesehatan penduduk menurut kabupaten/kota sangat bervariasi. Kabupaten Halmahera Timur menjadi kabupaten yang paling tinggi cakupan kepemilikan jaminan di antara Kabupaten/Kota lain, yaitu sekitar 82 persen penduduk atau hanya 18 persen yang tidak punya jaminan apapun. Sebaliknya Ternate menjadi Kota dengan cakupan kepemilikan jaminan kesehatan yang paling rendah dengan 59,9 persen penduduk tidak punya jaminan. Tiga Kabupaten/Kota dengan cakupan kepemilikan jaminan kesehatan kurang dari 40 persen adalah kepulauan Sula, Pulau Morotai dan Ternate.

Tabel 3.11.2 menggambarkan kepemilikan jaminan menurut karakteristik penduduk meliputi kelompok umur, pekerjaan, tempat tinggal, dan kuintil indeks kepemilikan.

Tabel 3.11.2
Proporsi kepemilikan jaminan kesehatan menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Sumber biaya rawat inap								
	Biaya Sendiri	Askes / ASABRI	Jamsos-tek	Asuransi Swasta	Jamkes-mas	Jamkes-da	Perusa-haan	Sumber Lainnya	Lebih dari 1 Sumber
Kelompok Umur									
0 - 4	41,8	8,1			3,0	10,3	30,3	2,1	4,4
5 -14	42,3	6,0		1,2	25,0	4,4	10,4	7,7	3,1
15-24	56,2	5,2			6,4		18,9	0,9	12,3
25-34	51,5	7,5		2,7	5,1	6,6	12,1	5,7	8,8
35-44	38,2	8,8			17,4	3,5	9,5	5,9	16,6
45-54	44,1	13,6			13,2		2,7	19,2	7,2
55-64	70,2	7,3	10,8		4,8		0,8	6,1	
65-74	30,1	5,9			13,4		4,0	28,8	17,8
75+	60,5	21,9			17,6				
Jenis Kelamin									
Laki-laki	43,4	6,4	1,8		10,8	4,8	10,7	10,6	11,7
Perempuan	51,3	9,5		1,1	10,6	2,3	13,2	5,1	6,8
Pekerjaan									
Tidak berkerja	52,2	9,9			7,4	1,1	13,6	6,1	9,8
Pegawai	42,6	25,5		4,3		4,1	8,5	15,0	
Wiraswasta	60,8				4,3	7,6	17,6	9,7	
Petani/Nelayan /Buruh	23,8		6,2		22,2	4,6	5,5	10,1	27,5
Lainnya	59,2				30,5			4,0	6,4
Tempat Tinggal									
Perkotaan	56,4	11,2	1,5	1,2	4,7	1,7	11,3	9,0	3,0
Pedesaan	39,2	5,1			16,9	5,1	13,0	5,7	15,0
Kuntil Indeks Kepemilikan									
Terbawah	29,0				14,7	5,4	5,5	7,6	37,8
Menengah bawah	23,8				39,3		1,1	12,6	23,2
Menengah	40,3	12,2			22,3		15,6		9,6
Menengah atas	57,9	12,1		2,4	6,7	7,7	7,5	2,4	3,2
Teratas	56,4	9,0	1,7	0,3	0,4	2,7	17,8	10,9	0,7

Menurut tempat tinggal, penduduk di perkotaan lebih banyak yang memiliki jaminan kesehatan dibanding di pedesaan, terutama untuk jenis selain jamkesmas dan jamkesda. Sebaliknya, kepemilikan Jamkesmas dan Jamkesda lebih tinggi di pedesaan dibanding perkotaan.

Kondisi kepemilikan jaminan menurut kelompok umur memberikan gambaran yang bervariasi antar kelompok bayi, balita, anak, remaja, dewasa dan lanjut usia. Kelompok umur di atas 75 tahun adalah kelompok tertinggi yang tidak memiliki jaminan (60,6%),

Kepemilikan jaminan kesehatan menurut status pekerjaan menunjukkan kelompok tertinggi yang tidak memiliki jaminan adalah kelompok petani/nelayan dan buruh (66,2%), sedangkan yang terendah adalah wiraswasta (39,2%). Kelompok wiraswasta ini terdiri dari pedagang besar ataupun eceran, sedangkan bagi penduduk yang tidak bekerja 47,8 persen diantaranya belum memiliki jaminan.

Menurut kuintil indeks kepemilikan, Jamkesmas dimiliki oleh kelompok penduduk menengah bawah dan menengah, masing-masing sebesar 39,3 persen dan 22,3 persen. Akan tetapi Jamkesmas dimiliki juga pada penduduk menengah atas (6,7%) dan teratas (0,4%). Berbeda dengan Jamkesmas, kepemilikan Jamkesda tidak terlalu bervariasi untuk masing-masing kelompok penduduk berdasarkan kuintil indeks kepemilikan. Pada jenis jaminan kesehatan selain Jamkesmas dan Jamkesda, kecenderungan kepemilikan jaminan kesehatan lebih banyak pada indeks kuintil kepemilikan teratas.

3.11.2. Mengobati Sendiri, Pemanfaatan Rawat Jalan dan Rawat Inap

Pola pencarian pengobatan seseorang dikategorikan dalam mengobati sendiri, memanfaatkan rawat jalan, dan memanfaatkan rawat inap. Informasi mengobati sendiri didapatkan dengan mengetahui perilaku seseorang yang pernah mengobati sendiri dengan cara membeli obat di apotik atau toko obat tanpa resep dalam satu bulan terakhir. Analisis pemanfaatan rawat jalan merupakan pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh seseorang dalam satu bulan terakhir untuk mengatasi gangguan kesehatan dirinya. Rawat Inap menurut Azwar Azrul (1996:73) suatu bentuk pelayanan kesehatan kedokteran intensif (*hospitalization*) yang diselenggarakan oleh rumah sakit, rumah sakit bersalin, maupun rumah bersalin. Pemanfaatan rawat inap ditanyakan dalam kurun waktu satu tahun terakhir.

Tabel 3.11.3
Proporsi penduduk yang mengobati sendiri sebulan terakhir dan besaran median biaya menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Mengobati sendiri	
	%	Rp
Halmahera Barat	20,6	10.000,00
Halmahera Tengah	30,0	10.000,00
Kepulauan Sula	40,9	5.000,00
Halmahera Selatan	16,8	6.000,00
Halmahera Utara	12,5	6.000,00
Halmahera Timur	31,5	10.000,00
Pulau Morotai	44,2	5.000,00
Ternate	32,4	10.000,00
Tidore Kepulauan	22,3	5.000,00
Maluku Utara	25,8	8.000,00

Tabel 3.11.3 menggambarkan proporsi penduduk Maluku Utara yang mengobati diri sendiri dalam satu bulan terakhir dengan membeli obat ke toko obat atau ke warung tanpa resep dokter adalah 25,8 persen dengan rerata pengeluaran sebesar Rp.8.000. Pulau Morotai merupakan kabupaten tertinggi (40,9%) dengan rerata pengeluaran sebesar Rp.5.000. Sebaliknya, Halmahera Utara merupakan kabupaten dengan proporsi terendah (12,5%) dengan rerata pengeluaran sebesar (Rp.6.000).

Tabel 3.11.4

Proporsi penduduk yang mengobati sendiri sebulan terakhir dan besaran median biaya menurut karakteristik, Maluku Utara 2013

Karakteristik	Mengobati sendiri	
	%	Rp
Kelompok Umur		
0 - 4	21,9	10.000,00
5 -14	17,9	5.000,00
15-24	23,3	5.000,00
25-34	32,0	9.000,00
35-44	32,5	10.000,00
45-54	34,2	10.000,00
55-64	29,8	10.000,00
65-74	24,1	10.000,00
75+	23,2	12.000,00
Jenis Kelamin		
Laki-laki	24,4	8.000,00
Perempuan	27,3	8.000,00
Pekerjaan		
Tidak berkerja	25,1	5.500,00
Pegawai	32,7	10.000,00
Wiraswasta	36,0	10.500,00
Petani/Nelayan/Buruh	27,4	6.000,00
Lainnya	34,9	10.000,00
Tempat Tinggal		
Perkotaan	29,7	10.000,00
Pedesaan	24,3	5.000,00
Kuintil Indeks Kepemilikan		
Terbawah	23,9	5.000,00
Menengah bawah	22,4	5.000,00
Menengah	26,8	6.000,00
Menengah atas	27,1	10.000,00
Teratas	29,0	12.000,00

Tabel 3.11.4 menggambarkan bahwa penduduk daerah perkotaan lebih banyak yang mengobati sendiri dengan cara membeli obat ditoko obat atau diwarung (29,7%) dari pada pedesaan (24,3%). Dari segi biaya, median biaya yang dikeluarkan perkotaan juga lebih besar, yaitu sebesar Rp.10.000, nilai ini di atas angka nasional. Di pedesaan, median biaya yang dikeluarkan untuk mengobati sendiri dengan membeli obat sebesar Rp.5.000.

Menurut kuintil indeks kepemilikan, kelompok teratas merupakan kelompok yang terbawah untuk mengobati sendiri (29%) namun dari sisi biaya yang dikeluarkan adalah terbesar diantara lainnya yaitu Rp.12.000

Tabel 3.11.5
Proporsi pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap beserta median biaya yang dikeluarkan (Rp)
menurut kabupaten/kota, Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Rawat Jalan		Rawat Inap	
	%	Rp	%	Rp
Halmahera Barat	2,5	167.000,00	1,2	1.800.000,00
Halmahera Tengah	12,0	20.000,00	0,3	1.500.000,00
Kepulauan Sula	4,2	40.000,00	0,4	200.000,00
Halmahera Selatan	5,2	50.000,00	1,5	500.000,00
Halmahera Utara	6,7	40.000,00	1,3	990.000,00
Halmahera Timur	7,6	50.000,00	0,9	3.000.000,00
Pulau Morotai	11,6	43.000,00	1,2	185.174,1886
Ternate	9,1	190.000,00	4,0	1.800.000,00
Tidore Kepulauan	8,4	25.000,00	2,4	500.000,00
Maluku Utara	6,8	50.000,00	1,7	1.000.000,00

Tabel 3.11.5 menggambarkan 6,8 persen penduduk Maluku Utara dalam satu bulan terakhir melakukan rawat jalan dan median biaya yang dikeluarkan sebesar Rp.50.000. Penduduk Halmahera Tengah merupakan Kabupaten tertinggi yang melakukan rawat jalan (12%) dengan median biaya sebesar Rp.20.000 dalam satu bulan terakhir. Penduduk Halmahera Barat merupakan yang terendah dalam memanfaatkan fasilitas rawat jalan (2,5%) dengan pengeluaran rerata sebesar Rp.167.000. Sedangkan di Ternate, 9,1 persen penduduk memanfaatkan rawat jalan dengan median biaya sebesar Rp.190.000 yang juga merupakan pengeluaran tertinggi dalam satu bulan terakhir, jika dibandingkan dengan Kabupaten/kota lainnya.

Dalam satu tahun terakhir, 1,7 persen penduduk Maluku Utara melakukan rawat inap dengan median, biaya sebesar Rp.1.000.000. Penduduk Ternate ternyata tertinggi dalam pemanfaatan rawat inap yaitu sebesar 4 persen dengan median biaya dalam satu tahun terakhir sebesar Rp.1.800.000, sedangkan Halmahera Tengah merupakan Kabupaten terendah untuk pemanfaatan rawat inap dengan median biaya dalam satu tahun terakhir sebesar Rp.1.500.000. Pengeluaran untuk rawat inap terbesar adalah Halmahera Timur, yaitu sebesar Rp.3.000.000.

Tabel 3.11.6
Proporsi pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap beserta median biaya yang dikeluarkan (Rp)
menurut karakteristik, Maluku utara 2013

Karakteristik	Rawat Jalan		Rawat Inap	
	%	Rp	%	Rp
Kelompok Umur				
0 - 4	11,5	40.000,00	1,6	2.000.000,00
5 -14	5,1	40.000,00	0,8	1.917.390,00
15-24	3,9	75.000,00	1,9	600.000,00
25-34	6,0	50.000,00	1,8	1.500.000,00
35-44	6,9	50.000,00	1,9	1.500.000,00
45-54	8,8	80.000,00	2,4	785.000,00
55-64	9,6	100.000,00	2,5	1.300.000,00
65-74	12,4	100.000,00	5,2	2.630.000,00
75+	13,1	200.000,00	5,9	7.000.000,00
Jenis Kelamin				
Laki-laki	5,9	60.000,00	1,4	1.000.000,00
Perempuan	7,8	40.000,00	2,0	1.300.000,00
Pekerjaan				
Tidak berkerja	6,2	50.000,00	2,0	1.300.000,00
Pegawai	7,7	80.000,00	3,3	2.500.000,00
Wiraswasta	7,5	60.000,00	2,0	1.900.000,00
Petani/Nelayan/Buruh	5,3	50.000,00	0,9	800.000,00
Lainnya	6,5	30.000,00	3,8	500.000,00
Tempat Tinggal				
Perkotaan	9,0	85.000,00	3,2	1.000.000,00
Pedesaan	6,0	35.000,00	1,2	1.200.000,00
Kuntil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	5,3	25.000,00	0,8	500.000,00
Menengah bawah	5,8	25.000,00	1,0	1.000.000,00
Menengah	6,7	30.000,00	1,4	960.000,00
Menengah atas	7,5	50.000,00	1,9	1.000.000,00
Teratas	8,9	120.000,00	3,5	2.000.000,00

Tabel 3.11.6. menggambarkan sebesar 13,1 persen usia +75 tahun dalam satu bulan terakhir melakukan rawat jalan dan kelompok ini merupakan kelompok proporsi tertinggi yang melakukan rawat jalan dengan biaya rerata sebesar Rp.200.000 pada satu bulan terakhir, sedangkan kelompok 15-24 tahun adalah pemanfaat terendah. Makin bertambah umur, penduduk makin banyak yang memanfaatkan rawat jalan dan median biayanya pun cenderung makin besar.

Sebanyak 5,9 persen kelompok + 75 tahun memanfaatkan rawat inap. Tabel 3.11.6 juga menggambarkan setelah usia lanjut pemanfaatan fasilitas rawat inap dan pengeluaran biaya dalam satu tahun terakhir semakin meningkat, baik dari segi persentase maupun besaran biayanya.

Pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap di perkotaan dan perdesaan tidak terlalu berbeda, namun untuk biaya yang dikeluarkan dalam satu bulan terakhir untuk rawat jalan di perkotaan sebesar Rp.85.000, sedangkan di perdesaan sebesar Rp.35.000. Biaya rawat inap satu tahun terakhir di perkotaan sebesar Rp.1.000.000. biaya rawat inap di perdesaan, yaitu sebesar Rp.1.200.000.

Menurut kuintil indeks kepemilikan, pengeluaran untuk rawat jalan dan rawat inap paling tinggi pada kelompok penduduk kuintil teratas. Pemanfaatan tertinggi rawat jalan dan rawat inap terbanyak terdapat pada kuintil teratas.

3.11.3. Sumber Pembiayaan

Sumber biaya kesehatan menurut SKN terdiri dari biaya pemerintah dan masyarakat. Riskesdas 2013 memberikan informasi tentang proporsi sumber biaya kesehatan penduduk yang memanfaatkan rawat jalan dalam satu bulan terakhir dan atau rawat inap dalam satu tahun terakhir. Sumber biaya dikelompokkan menjadi: biaya sendiri, asuransi kesehatan (PNS, veteran, pensiunan PNS, pensiunan TNI/Polri), ASABRI (TNI/Polri aktif, staf Kementerian Hukum dan Keamanan), JPK Jamsostek, asuransi kesehatan swasta, tunjangan kesehatan dari perusahaan, Jamkesmas dan Jamkesda.

Pada Riskesdas 2013, penduduk diminta menyebutkan total biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan (satu bulan terakhir) dan rawat inap (satu tahun terakhir). Hasil analisis besar biaya merupakan rerata total besar biaya dalam sebulan terakhir (rawat jalan) atau satu tahun terakhir (rawat inap) dengan menggunakan median.

Tabel 3.11.7 memperlihatkan bahwa sumber biaya yang dipakai untuk rawat jalan pada semua fasilitas kesehatan di Maluku Utara masih didominasi oleh biaya sendiri (*out of pocket*), yaitu sekitar 43,5 persen. Kondisi ini dimungkinkan karena masih sekitar 56,5 persen penduduk Maluku Utara belum memiliki jaminan kesehatan. Sebanyak 5 Kabupaten/Kotai memiliki persentase *out of pocket* diatas angka Maluku Utara. Pola pemanfaatan jaminan kesehatan sebagai sumber biaya untuk rawat jalan dan rawat inap tidak berbeda.

Tabel 3.11.7
Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat jalan menurut kabupaten/kota,
Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Sumber biaya rawat jalan								Lebih dr 1 Sumber
	Biaya Sendiri	Askes/ ASABRI	Jamsostek	Asuransi Swasta	Jamkesmas	Jamkesda	Perusahaan	Sumber Lainnya	
Halmahera Barat	43,6	10,0		0,8	39,6		5,4		0,6
Halmahera Tengah	33,3	9,3	0,7	1,2	42,9	1,0	7,5	0,6	3,4
Kepulauan Sula	82,1	1,9			10,9		3,8	1,3	
Halmahera Selatan	24,5	6,8		0,3	19,2		0,2		49,0
Halmahera Utara	55,4	1,5			33,6	0,8	6,8		1,8
Halmahera Timur	17,4	8,0	0,6		27,9	2,0	6,3	0,1	37,6
Pulau Morotai	36,1	5,0	0,4	2,7	19,7		4,1	1,9	30,1
Ternate	43,8	10,7	6,8		8,7	0,4	28,5	1,0	
Tidore Kepulauan	56,9	11,0		1,6	19,8		0,6	2,8	7,3
Maluku Utara	43,5	7,2	1,8	0,6	21,5	0,5	9,9	0,9	14,1

Tabel 3.11.8
Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat jalan menurut karakteristik,
Maluku Utara 2013

Karakteristik	Sumber biaya rawat jalan								
	Biaya Sendiri	Askes/ ASABRI	Jamsos-tek	Asuransi Swasta	Jamkes-mas	Jamkes-da	Perusahaan	Sumber Lainnya	Lebih dr 1 Sumber
Kelompok Umur									
0 - 4	43,3	5,0	1,1	0,8	22,5	0,1	12,4		14,7
5 -14	42,0	9,9	4,7		24,1		7,5	0,3	11,5
15-24	39,3	6,6		1,2	22,2		17,5		13,1
25-34	55,8	5,5	0,3		16,0	1,0	5,6	0,2	15,6
35-44	34,7	11,8	1,7	2,0	23,3	2,0	12,8	3,0	8,7
45-54	38,8	9,0	0,8		19,9	0,2	8,2	0,7	22,4
55-64	45,8	1,1	2,8	0,4	25,3		8,0	3,0	13,7
65-74	39,6	6,5	3,4		25,4		7,6	2,5	15,1
75+	67,6	2,5			6,3		9,1		14,6
Jenis Kelamin									
Laki-laki	44,5	7,5	1,7	0,6	19,2	0,5	9,7	1,1	15,3
Perempuan	42,7	7,0	1,8	0,6	23,4	0,4	10,2	0,7	13,2
Pekerjaan									
Tidak berkerja	46,0	6,9	2,4	0,7	18,3	0,3	12,2	0,4	12,9
Pegawai	39,8	33,4	1,6	1,4	2,1	3,5	14,4	1,5	2,3
Wiraswasta	67,1	5,7	0,8		15,7	0,3	2,0	4,2	4,2
Petani/Nelayan/Buruh	30,2	0,4	1,3	0,2	32,5	0,5	6,6	1,4	26,9
Lainnya	47,9	5,9		0,8	34,1		5,2	1,2	4,9
Tempat Tinggal									
Perkotaan	51,5	11,5	4,7	0,7	9,4	0,5	15,4	1,5	4,9
Pedesaan	39,1	4,9	0,2	0,5	28,3	0,5	6,9	0,5	19,3
Kuintil Indeks Kepemilikan									
Terbawah	24,3		0,2		42,2	0,5	2,6	0,9	29,3
Menengah bawah	37,4	2,1	0,3	0,2	41,6		5,2	1,2	12,0
Menengah	45,7	3,4	0,2		21,0	0,2	8,3	0,1	21,1
Menengah atas	45,5	7,7	3,2	0,1	9,8	1,2	20,1	0,3	12,1
Teratas	57,2	17,7	3,6	1,9	4,6	0,4	10,6	1,5	2,4

Tabel 3.11.8 memperlihatkan bahwa menurut tempat tinggal sumber biaya rawat jalan pada semua jenis fasilitas kesehatan dari berbagai jaminan kesehatan baik Askes, ASABRI, JPK Jamsostek, asuransi kesehatan swasta, dan tunjangan kesehatan perusahaan lebih banyak dimanfaatkan di daerah perkotaan. Sumber biaya rawat inap dari Jamkesmas dan Jamkesda lebih banyak dimanfaatkan di daerah pedesaan.

Menurut kuintil indeks kepemilikan, proporsi sumber biaya rawat jalan dari jaminan kesehatan selain Jamkesmas dan Jamkesda cenderung meningkat seiring dengan makin tingginya kuintil. Sumber biaya rawat inap untuk semua jenis fasilitas kesehatan yang berasal dari biaya sendiri pada semua kelompok penduduk mempunyai proporsi lebih dari 30 persen. Pada penduduk

kuintil terbawah didapati 24,3 persen melakukan rawat jalan dengan biaya sendiri atau tanpa jaminan kesehatan apapun dan pada penduduk teratas didapatkan 57,2 persen. Sumber biaya rawat jalan dari Jamkesmas yang tertinggi adalah pada penduduk kuintil terbawah (42,2%), sebaliknya pada penduduk teratas hanya 4,6 persen yang menggunakannya.

Tabel 3.11.9
Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat inap menurut kabupaten/kota,
Maluku Utara 2013

Kabupaten / Kota	Sumber biaya rawat inap								
	Biaya Sendiri	Askes/ASABRI	Jamsos-tek	Asuransi Swasta	Jamkesmas	Jamkesda	Perusahaan	Sumber Lainnya	Lebih dr 1 Sumber
Halmahera Barat	44,5	6,1			37,0		12,4		
Halmahera Tengah	28,8	27,3			28,8		15,2		
Kepulauan Sula	59,1	9,8					10,3	20,9	
Halmahera Selatan	26,0	7,5			14,3	3,5	3,5	5,0	40,3
Halmahera Utara	45,9	6,8		4,4	23,2	16,5	3,3		
Halmahera Timur	18,0				16,1		29,3	9,7	26,9
Pulau Morotai	59,6	20,9			5,4		1,3		12,8
Ternate	59,9	7,3	1,7	0,3	2,0	2,0	19,2	7,5	
Tidore Kepulauan	42,7	12,7			11,3		5,0	19,5	8,7
Maluku Utara	48,0	8,2	0,7	0,6	10,7	3,3	12,2	7,4	8,9

Tabel 3.11.9 memperlihatkan bahwa sumber biaya yang dipakai untuk rawat inap pada semua fasilitas kesehatan di Maluku Utara masih didominasi oleh biaya sendiri (*out of pocket*), yaitu sekitar 48 persen. Kondisi ini dimungkinkan karena masih sekitar 52 persen penduduk Maluku Utara belum memiliki jaminan kesehatan. Sebanyak 3 Kabupaten/Kotai memiliki persentase *out of pocket* diatas angka Maluku Utara. Pola pemanfaatan jaminan kesehatan sebagai sumber biaya untuk rawat jalan dan rawat inap tidak berbeda.

Selanjutnya, sumber biaya yang paling banyak digunakan untuk rawat inap berturut-turut adalah Jamkesmas 10,7 persen, Perusahaan 12,2 persen, Askes/ASABRI 8,2 persen, sebanyak 7,4 persen penduduk Maluku Utara yang rawat inap menggunakan lebih dari satu sumber biaya dan 7,4 persen dari sumber lainnya.

Tabel 3.11.10
Sumber biaya yang dipakai untuk pengobatan rawat inap menurut karakteristik,
Maluku Utara 2013

Karakteristik	Sumber biaya rawat inap								
	Biaya Sendiri	Askes/ ASABRI	Jamsos-tek	Asuransi Swasta	Jamkesmas	Jamkesda	Perusahaan	Sumber Lainnya	Lebih dari 1 Sumber
Kelompok Umur									
0 - 4	41,8	8,1			3,0	10,3	30,3	2,1	4,4
5 -14	42,3	6,0		1,2	25,0	4,4	10,4	7,7	3,1
15-24	56,2	5,2			6,4		18,9	0,9	12,3
25-34	51,5	7,5		2,7	5,1	6,6	12,1	5,7	8,8
35-44	38,2	8,8			17,4	3,5	9,5	5,9	16,6
45-54	44,1	13,6			13,2		2,7	19,2	7,2
55-64	70,2	7,3	10,8		4,8		0,8	6,1	
65-74	30,1	5,9			13,4		4,0	28,8	17,8
75+	60,5	21,9			17,6				
Jenis Kelamin									
Laki-laki	43,4	6,4	1,8		10,8	4,8	10,7	10,6	11,7
Perempuan	51,3	9,5		1,1	10,6	2,3	13,2	5,1	6,8
Pekerjaan									
Tidak berkerja	52,2	9,9			7,4	1,1	13,6	6,1	9,8
Pegawai	42,6	25,5		4,3		4,1	8,5	15,0	
Wiraswasta	60,8				4,3	7,6	17,6	9,7	
Petani/Nelayan/Buruh	23,8		6,2		22,2	4,6	5,5	10,1	27,5
Lainnya	59,2				30,5			4,0	6,4
Tempat Tinggal									
Perkotaan	56,4	11,2	1,5	1,2	4,7	1,7	11,3	9,0	3,0
Pedesaan	39,2	5,1			16,9	5,1	13,0	5,7	15,0
Kuintil Indeks Kepemilikan									
Terbawah	29,0				14,7	5,4	5,5	7,6	37,8
Menengah bawah	23,8				39,3		1,1	12,6	23,2
Menengah	40,3	12,2			22,3		15,6		9,6
Menengah atas	57,9	12,1		2,4	6,7	7,7	7,5	2,4	3,2
Teratas	56,4	9,0	1,7	0,3	0,4	2,7	17,8	10,9	0,7

Tabel 3.11.10 memperlihatkan bahwa menurut tempat tinggal sumber biaya rawat inap pada semua jenis fasilitas kesehatan dari berbagai jaminan kesehatan baik Askes, ASABRI, JPK Jamsostek, asuransi kesehatan swasta, dan tunjangan kesehatan perusahaan lebih banyak dimanfaatkan di daerah perkotaan. Sumber biaya rawat inap dari Jamkesmas dan Jamkesda lebih banyak dimanfaatkan di daerah pedesaan. Menurut kuintil indeks kepemilikan, proporsi sumber biaya rawat inap dari jaminan kesehatan selain Jamkesmas dan Jamkesda cenderung meningkat seiring dengan makin tingginya kuintil.

3.12. Kesehatan Reproduksi

Kesehatan Reproduksi (Kespro) mulai dimasukkan dalam Riskesdas tahun 2010, dan pada saat itu hanya memberikan gambaran nasional. Pada Riskesdas 2013 ini bertujuan untuk menyediakan informasi tentang kesehatan reproduksi untuk tingkat nasional maupun provinsi sehingga provinsi memungkinkan untuk mendapatkan informasi tentang indikator cakupan pelayanan kesehatan ibu berbasis komunitas sebagai komplemen dari data rutin.

Tujuan dari blok kesehatan reproduksi adalah menyediakan informasi yang terkait dengan MDGs kelima yaitu meningkatkan status kesehatan ibu dan isu kesehatan reproduksi.

Informasi yang dikumpulkan pada Blok Kespro sebagai berikut:

1. Kehamilan saat ini yaitu, kejadian kehamilan seluruh penduduk perempuan 10-54 tahun yang dilaporkan oleh rumah tangga pada saat wawancara.
2. Penggunaan cara/alat Keluarga Berencana (KB) saat ini
3. Cakupan pelayanan kesehatan ibu dari masa kehamilan sampai masa nifas (antenatal care /ANC, penolong persalinan dan pelayanan ibu nifas).
4. Isu kespro (umur perkawinan pertama kali, umur pertama kali melakukan hubungan seksual, kehamilan yang tidak diinginkan).

Pertanyaan blok kesehatan reproduksi terkait dengan masalah kesehatan ibu, ditanyakan kepada semua perempuan 10-54 tahun.

Analisis data kesehatan reproduksi ini menggunakan 3 subset data hasil Riskesdas 2013, sebagai berikut;

1. Data keterangan anggota rumah tangga untuk mendapatkan proporsi penduduk yang sedang hamil saat ini.
2. Data individu perempuan 10-54 tahun untuk penggunaan cara/alat KB dan beberapa isu kespro. Untuk indikator CPR (*Contraceptive Prevalence Rate*) khusus WUS (wanita usia subur) 15-49 tahun berstatus kawin/ hidup bersama.
3. Data riwayat kelahiran (lahir hidup/lahir mati/keguguran) pada periode 1 Januari 2010 sampai saat wawancara, termasuk yang sedang hamil saat wawancara berlangsung. Untuk analisis cakupan pelayanan saat hamil sampai masa nifas menggunakan data dari seluruh kelahiran (lahir hidup/lahir mati)

Resume jumlah sampel yang digunakan untuk analisis disajikan dalam Tabel 3.12.1.

Tabel 3.12.1
Indikator utama dan unit analisis yang digunakan
Blok Kesehatan Reproduksi, Riskesdas 2013

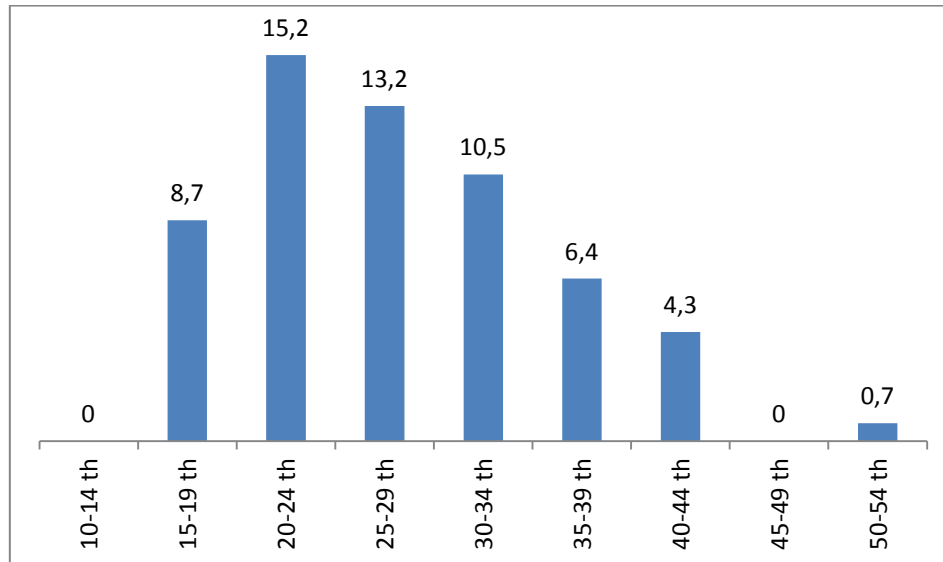
Indikator	Unit Analisis
Proporsi Hamil	
Proporsi kehamilan	Semua anggota rumah tangga perempuan 10-54 tahun
PELAYANAN PROGRAM KB	
Penggunaan KB saat ini, CPR, jenis KB yang digunakan	WUS (15-49 tahun) berstatus kawin
Tenaga & Tempat pelayanan KB modern	WUS kawin yg menggunakan KB modern
Alasan utama tidak KB	WUS kawin yang tidak menggunakan KB
PELAYANAN KESEHATAN IBU	
Masa Kehamilan:	
Pemeriksaan kehamilan: K1, K1 ideal, K4 dan ANC 4x + Konsumsi zat besi, Buku KIA	Jumlah kelahiran (LH dan LM) dari riwayat kehamilan 1 Jan 2010 sd wawancara

Distribusi sampel blok kesehatan reproduksi perempuan 10-54 tahun menurut karakteristik dapat dilihat pada lampiran.

3.12.1. Kehamilan Saat Ini

Riskedas 2013 mengumpulkan informasi tentang karakteristik seluruh Anggota Rumah Tangga (ART) dengan menggunakan kuesioner rumah tangga (RKD2013.Ruta). Kepala rumah tangga atau yang mewakili selain ditanya tentang informasi karakteristik seluruh ART, juga ditanya tentang adanya ART perempuan 10-54 tahun yang sedang hamil. Informasi tentang kehamilan ini memberi gambaran proporsi penduduk Indonesia yang sedang hamil.

(Gambar 3.12.1).



Gambar 3.12.1

Proporsi penduduk yang sedang hamil berdasarkan laporan rumah tangga menurut kelompok umur di perkotaan dan perdesaan, Provinsi Maluku Utara, Riskedas 2013

Proporsi kehamilan usia 10-54 tahun di Indonesia adalah 2,68 persen. Di Propinsi Maluku Utara, diantara penduduk perempuan 10-54 tahun tidak dijumpai kehamilan pada umur sangat dini (< 15 tahun), dan kehamilan tertinggi pada umur 20-24 tahun yaitu 15,2 persen.

3.12.2. Pelayanan Program Keluarga Berencana

Pelayanan KB merupakan upaya untuk mendukung kebijakan Program Keluarga Berencana Nasional. Salah satu indikator program KB adalah penggunaan KB saat ini dan CPR.

CPR yaitu persentase penggunaan cara/alat KB oleh pasangan usia subur (PUS) dalam hal ini adalah WUS kawin/hidup bersama (Rajaguguk, Omas Bulan, 2010).

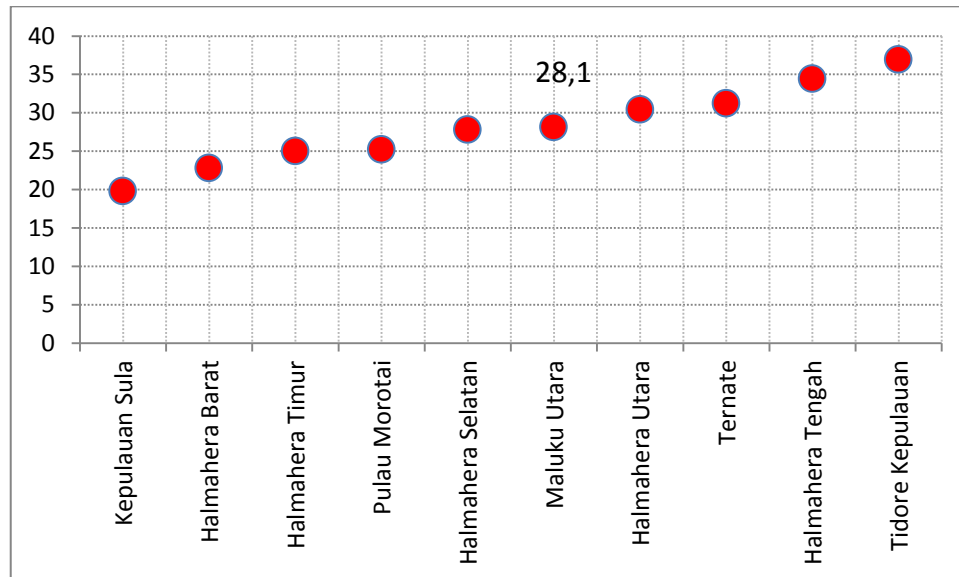
Analisis penggunaan KB ini dilakukan pada kelompok WUS berstatus kawin dan hidup bersama. Pada saat analisis, penetapan jenis alat/cara KB merujuk pada efektivitas alat/cara KB yang digunakan. Apabila responden menggunakan lebih dari 1 alat/cara KB maka yang dipilih adalah yang paling efektif.

Indikator penggunaan KB dan CPR KB modern ini memungkinkan untuk memberikan gambaran sampai tingkat provinsi dan Kab/Kota yang disajikan dalam Laporan Riskedas Provinsi. Khusus untuk tempat dan tenaga yang memberi pelayanan KB, analisis dilakukan dari penduduk yang menggunakan KB modern.

3.12.2.1 Pola Penggunaan KB Saat ini

Gambar 3.12.2 merupakan proporsi penggunaan KB saat ini di Maluku Utara dari Riskedas 2013. Proporsi penggunaan KB hasil Riskedas 2013 menurut kabupaten/kota secara rinci dapat dilihat pada Buku 2 Tabel 3.12.2. Pada Tabel 3.12.2 Riskedas 2013 penggunaan KB saat ini adalah 28,1 persen.

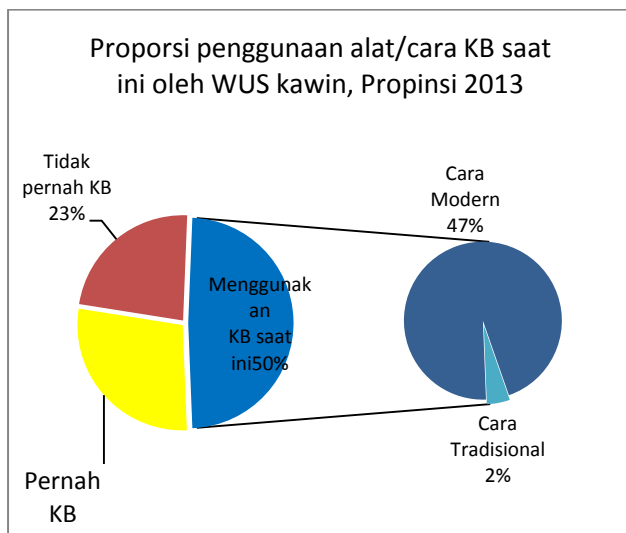
Gambar tersebut juga menunjukkan bahwa secara umum proporsi penggunaan KB antar kabupaten bervariasi. Pada Riskesdas 2013, besarnya proporsi penggunaan KB terendah 19,8 persen (Kepulauan Sula) dan tertinggi 36,9 persen (Tidore Kepulauan). Sebaliknya proporsi WUS kawin yang tidak pernah menggunakan KB di Kepulauan Sula dan Halmahera Selatan masing-masing mencapai 35,8 persen dan 27,3 persen. Sedangkan proporsi yang paling sedikit di Halmahera Tengah (17,6 %) dan Halmahera Timur (17,0 %).



Gambar 3.12.2
Penggunaan KB saat ini menurut kabupaten/kota, Riskesdas 2013

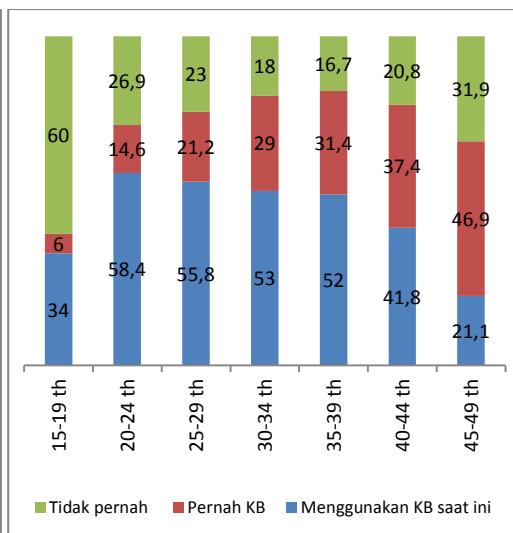
Penggunaan alat/cara KB terdiri dari alat/cara KB modern dan cara tradisional. Penggunaan menurut alat atau cara tersebut juga mencerminkan CPR KB modern dan CPR KB tradisional. Indikator CPR modern merupakan salah satu indikator MDGs kelima dengan target peningkatan CPR modern sebesar 65 persen (Kemenkes RI, 2011).

Gambar 3.12.3 menyajikan pola penggunaan KB yang didominasi oleh alat/cara KB modern (47%) dibanding cara tradisional (2%). Alat/cara KB modern terdiri dari kondom pria/wanita, sterilisasi pria, sterilisasi wanita, IUD/AKDR/spiral, pil, suntikan, dan diafragma serta susuk/implant. Sedangkan alat/cara KB tradisional meliputi metode menyusui alami, pantang berkala/kalender dan senggama terputus dan lainnya. Kabupaten dengan proporsi penggunaan KB modern tertinggi di Kabupaten Tidore Kepulauan (36,9%) dan terendah di Kepulauan Sula (19,8%), sedangkan kabupaten dengan penggunaan KB modern di bawah angka nasional (24,7%) adalah Halmahera Barat dan Kepulauan Sula yaitu 22,8 persen dan 19,8 persen (Buku 2 Tabel 3.12.2).



Gambar 3.12.3

Proporsi penggunaan alat/cara KB saat ini oleh WUS kawin, Indonesia 2013



Gambar 3.12.4

Proporsi penggunaan alat/cara KB saat ini oleh WUS kawin dan kelompok umur, Indonesia 2013

Gambar 3.12.4 adalah pengguna alat/cara KB menurut kelompok umur, terlihat bahwa proporsi penggunaan KB saat yang terbanyak adalah kelompok umur 20-24 tahun yaitu lebih dari 58,4 persen. Kelompok umur 15-19 tahun dan 45-49 tahun adalah kelompok umur yang paling sedikit menggunakan alat/cara KB yaitu masing-masing 34 persen dan 21,1 persen yang merupakan kelompok umur yang berisiko. Hal ini seharusnya dapat dikontrol dengan penggunaan KB.

Proporsi penggunaan cara/alat KB menurut karakteristik lainnya disajikan pada buku 2 Tabel 3.12.3. Wilayah perdesaan lebih banyak menggunakan KB (49,0%) dibanding di perkotaan (48,0%). Sedangkan berdasarkan kuintil indeks kepemilikan terbanyak pengguna alat/cara KB adalah kelompok menengah atas dan menengah dengan presentase yang sama yaitu 50,2%. WUS kawin yang tidak pernah menggunakan KB lebih banyak pada kelompok yang tidak sekolah (32,0%), Tamat D1-D3/PT (30,9%) dan selanjutnya Tidak Tamat SD dengan proporsi 24,2 persen.

3.12.2.2 Penggunaan KB Jenis Kandungan Hormonal dan Jangka Waktu Efektivitas

Penggunaan KB menurut jenisnya dapat dilihat pada buku 2 Tabel 3.12.4 tentang jenis-jenis alat/cara KB yang digunakan menurut kelompok KB modern dan KB tradisional. Berdasarkan jenis alat KB modern tersebut dapat dikelompokkan menurut kandungan hormonal dan jangka waktu efektivitas alat KB modern yang digunakan.

Pengelompokan KB hormonal adalah KB modern jenis susuk, suntikan dan pil sedangkan non hormonal adalah sterilisasi pria, sterilisasi wanita, spiral/IUD, diafragma dan kondom. Pengelompokan jenis alat KB modern menurut jangka waktu efektivitas untuk MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang) adalah susuk, sterilisasi pria, sterilisasi wanita serta, spiral/IUD, sedangkan non MKJP adalah jenis suntikan, pil, diafragma dan kondom.

Tabel 3.12.2 adalah proporsi penggunaan KB modern menurut kandungan hormonal dan jangka waktu efektivitas. Apabila merujuk pada Tabel 3.12.4 Buku 2 dominasi kelompok hormonal dan Non MKJP karena sangat dipengaruhi oleh penggunaan KB suntikan yang tinggi.

Tabel 3.12.2
Proporsi WUS kawin yang menggunakan alat/cara KB modern berdasarkan kandungan hormonal dan jangka waktu efektivitas KB menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Cara Modern	Kandungan Hormon		Jangka waktu Efektivitas	
		Hormonal	Non Hormonal	MKJP	Non MKJP
Halmahera Barat	53,2	53,0	0,2	11,6	41,6
Halmahera Tengah	48,0	46,1	1,9	11,3	36,7
Kepulauan Sula	44,4	44,1	0,3	0,9	43,5
Halmahera Selatan	44,9	44,2	0,7	5,6	39,3
Halmahera Utara	51,2	48,4	2,8	9,6	41,5
Halmahera Timur	58,0	55,9	2,0	15,7	42,2
Pulau Morotai	49,7	49,2	0,4	12,0	37,7
Ternate	49,0	45,3	3,7	8,4	40,6
Tidore Kepulauan	43,8	42,5	1,3	16,2	27,6
Maluku Utara	48,7	47,0	1,7	9,0	39,6

Kabupaten Halmahera Timur merupakan kabupaten paling banyak menggunakan alat/cara KB hormonal (55,9%), sedangkan Kabupaten Tidore Kepulauan (42,5%) merupakan kabupaten paling sedikit dalam penggunaan alat/cara KB hormonal. Alat/cara KB non hormonal paling banyak digunakan di Kota Ternate (3,7%) dan paling sedikit di Kabupaten Halmahera Barat (0,2%).

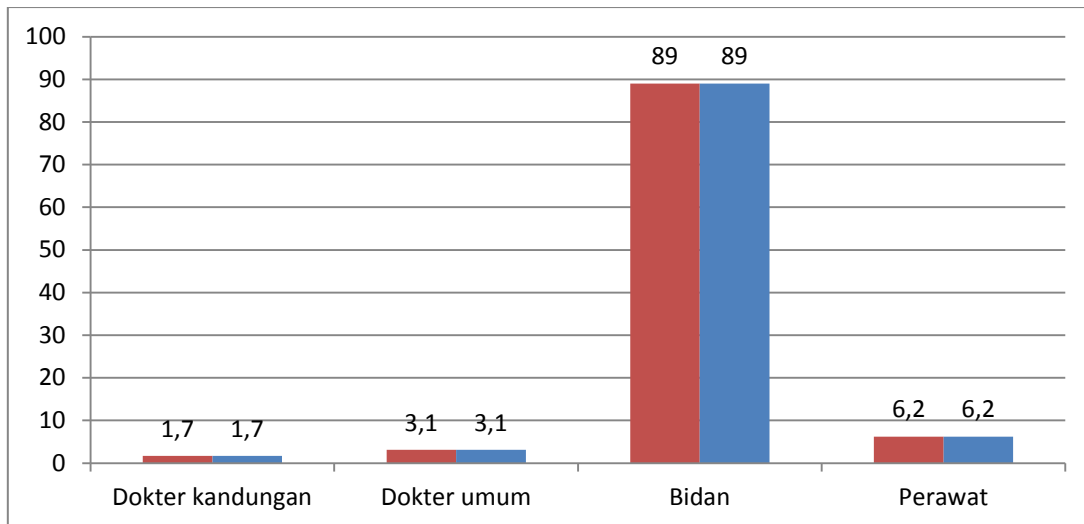
Kabupaten Kepulauan Sula (43,5%) dan Halmahera Timur (42,2%) merupakan kabupaten terbanyak WUS kawin yang menggunakan alat/cara KB non MKJP sedangkan yang paling sedikit adalah Tidore Kepulauan (27,6%) dan Halmahera Tengah (36,7%). Penggunaan alat/cara KB dengan MKJP pada WUS kawin adalah paling banyak di Kabupaten Tidore Kepulauan (16,2%) dan Halmahera Timur (15,7%) sedangkan paling sedikit adalah Kabupaten Kepulauan Sula (0,9%) dan Halmahera Selatan (5,6%).

Tabel 3.12.7 pada Buku 2 adalah proporsi penggunaan KB modern berdasarkan jenis kandungan hormon, dan jangka waktu efektivitas menurut karakteristik. Jenis KB kelompok hormonal banyak dipakai oleh kelompok umur 20-39 tahun (50,9-58,4 persen), tidak tamat SD sampai tamat SLTP (38,7-50,2 %), petani/nelayan/buruh dan tidak bekerja, (47,2% dan 50,2%), tinggal di perdesaan (47,8%) dan kuintil indeks kepemilikan, penggunaan jenis KB hormonal pada kelompok terbawah sampai menengah (>45,2%).

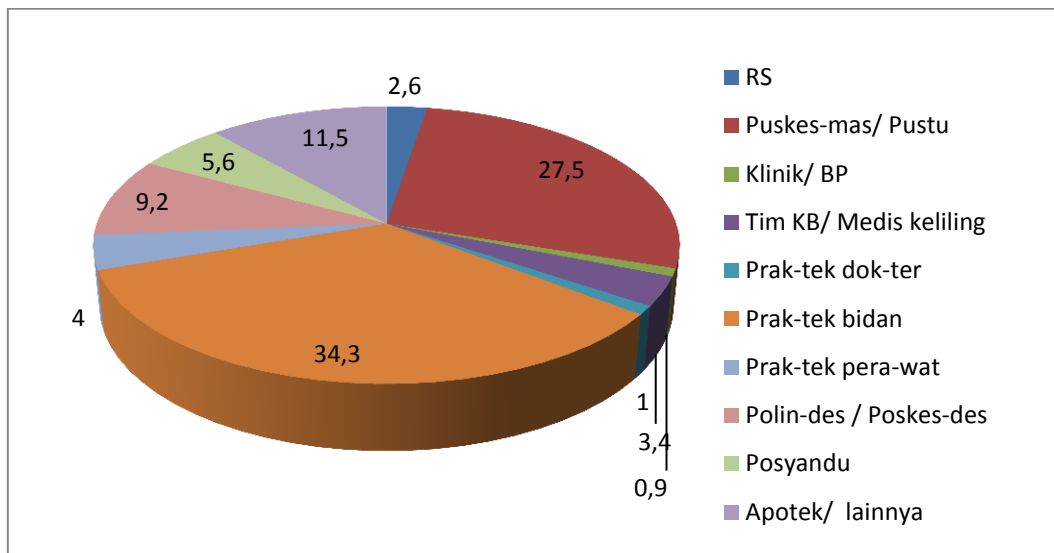
Pola yang hampir sama juga terlihat pada penggunaan KB modern menurut jangka waktu efektivitas. Proporsi penggunaan KB modern kelompok yang cenderung banyak menggunakan alat/cara KB MKJP adalah pada kelompok umur 35-49 tahun, tidak sekolah, bekerja sebagai wiraswasta, bertempat tinggal di perdesaan dan indeks kepemilikan menengah bawah. Sebaliknya Non MKJP lebih banyak digunakan oleh WUS pada kelompok umur 20-24 tahun, pendidikan < SMA, bertempat tinggal di perdesaan dan indeks kepemilikan menengah bawah sampai terbawah.

3.12.3 Tenaga dan Tempat untuk Pelayanan KB Modern

Informasi tenaga dan tempat pelayanan KB modern bermanfaat untuk evaluasi pelaksanaan program pelayanan KB. Gambar 3.12.5 dan Gambar 3.12.6 menunjukkan proporsi WUS berstatus kawin (15-49 tahun) berdasarkan tenaga dan tempat pelayanan KB. Tenaga yang banyak memberi pelayanan KB adalah bidan hingga 89 persen, sangat kontras dengan tenaga kesehatan lainnya hanya mencapai 6 persen.



Gambar 3.12.5
Proporsi tenaga kesehatan yang dipilih WUS kawin untuk mendapat pelayanan KB, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013



Gambar 3.12.6
Proporsi penggunaan fasilitas kesehatan untuk mendapat pelayanan KB yang dipilih WUS kawin, Indonesia 2013

Pada Gambar 3.12.6, tempat pelayanan KB yang paling diminati adalah praktek bidan (34,3%), selanjutnya adalah di puskesmas (27,5%), apotek/lainnya (11,5%) dan polindes/poskesdes (9,2%) serta yang paling sedikit adalah di klinik/BP (0,9%). Hasil ini tidak terlalu berbeda dengan Riskesdas 2010 di Maluku Utara yang juga menunjukkan dominasi bidan praktek (36,1%), dan yang terendah adalah dokter praktek (0,6%) (Badan Litbangkes, 2010).

Tabel 3.12.8 buku 2 merupakan proporsi WUS kawin berdasarkan tenaga pemberi pelayanan KB modern menurut kabupaten. Kabupaten Halmahera Barat, dengan persentase tenaga bidan tertinggi yang memberi pelayanan KB (96,8%) sedangkan Halmahera Tengah dan Kepulauan Sula merupakan dengan persentase terendah untuk bidan yang memberi pelayanan KB yaitu masing-masing sebesar 73,9 persen dan 80,4 persen.

Tabel 3.12.9 buku 2 menunjukkan penggunaan tenaga kesehatan untuk pelayanan KB menurut karakteristik. WUS kawin yang banyak memilih bidan sebagai tenaga pemberi pelayanan KB adalah dari kelompok umur 30-44 tahun (89,1-91,0%), tingkat pendidikan tamat SD/MI - tidak

sekolah (91,4-94,2%), status pekerjaan lainnya, petani/ nelayan/buruh, tidak bekerja, wiraswasta (87,6-93,3%), tempat tinggal di perdesaan (89,1%) dan kuintil indeks kepemilikan mulai dari menengah bawah hingga terbawah (90,9-92,6%).

Sebaliknya pola karakteristik yang berbeda terlihat pada WUS yang memilih dokter kebidanan dan kandungan sebagai tenaga pemberi pelayanan KB lebih banyak pada WUS kawin kelompok umur 40-49 tahun (2,7-3,0%), tingkat pendidikan tamat Diploma/PT (5,7%), status pekerjaan sebagai pegawai (14,1%), tempat tinggal di perkotaan (5,2%) dan dari kuintil indeks kepemilikan menengah atas-teratas (3,8-4,0%).

Tabel 3.12.10 dan Tabel 3.12.11 pada Buku 2 adalah distribusi persentase WUS berstatus kawin yang menurut tempat pelayanan KB. Praktek bidan banyak diminati sebagai tempat untuk mendapat pelayanan KB kelompok umur 40-44 tahun (28,6%), pendidikan tamat SLTA/MA (43,5%), status pekerjaan lainnya (45,5%), tempat tinggal di perkotaan (45,0%) dan yang berada di kuintil indeks kepemilikan teratas (42,5%).

Sedangkan karakteristik WUS berstatus kawin yang mendapatkan pelayanan KB di puskesmas/pustu adalah paling banyak terdapat di kelompok umur 35-39 tahun (34,6%), pendidikan tamat SLTP/MTs(30,8%), status pekerjaan petani/nelayan/buruh (38,7%), tempat tinggal di perdesaan (30,9%) dan yang berada di kuintil indeks kepemilikan menengah bawah dan terbawah dengan persentase yang sama (29,9%).

3.12.3 Pelayanan Kesehatan Masa Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Setiap kehamilan memiliki risiko untuk menghadapi kematian ibu. Pemantauan dan perawatan kesehatan yang memadai selama kehamilan sampai masa nifas sangat penting untuk kelangsungan hidup ibu dan bayinya. Dalam upaya mempercepat penurunan kematian ibu, Kementerian Kesehatan menekankan pada ketersediaan pelayanan kesehatan ibu di masyarakat.

<p>Riskesdas 2013 menanyakan kepada semua perempuan 10-54 tahun yang pernah melahirkan. Selanjutnya pada responden yang pernah melahirkan (lahir hidup dan lahir mati) pada periode 1 Januari 2010 sampai dengan wawancara ditanyakan lebih lanjut tentang pengalaman mendapat pelayanan kesehatan selama periode hamil sampai masa nifas. Analisis dilakukan untuk mendapat gambaran indikator pelayanan kehamilan, persalinan sampai masa nifas.</p> <p>Terdapat 2 indikator MDGs yang diperoleh dari bagian ini yaitu.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cakupan ANC minimal 1 kali dan ANC minimal 4 kali 2. Proporsi penolong persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. 	<p>Definisi Operasional Indikator ANC</p> <p>K1 atau ANC minimal 1 kali adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal 1 kali tanpa memperhitungkan periode waktu pemeriksaan.</p> <p>K1 ideal adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil pertama kali pada trimester 1.</p> <p>K4 adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil selama 4 kali dan memenuhi kriteria 1-1-2 yaitu minimal 1 kali pada trimester 1, minimal 1 kali pada trimester 2 dan minimal 2 kali pada trimester 3.</p> <p>ANC minimal 4 kali adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal 4 kali tanpa memperhitungkan periode waktu pemeriksaan.</p>
--	--

3.12.3.1 Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dan Indikator Cakupan ANC

ANC (*Antenatal Care*) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya dan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan/ SPK (*Direktorat Bina Kesehatan Ibu, Kemkes RI, 2010*).

Tenaga kesehatan yang dimaksud di atas adalah dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter umum, bidan dan perawat.

Tabel 3.12.3
 Persentase pemeriksaan kehamilan dan dan cakupan ANC menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Melakukan ANC			Cakupan ANC		
	Ya (K1)	Tidak	Total	K1 Ideal	ANC K4	ANC4x +
Halmahera Barat	88,0	12,0	100,0	62,8	34,7	56,8
Halmahera Tengah	88,4	11,6	100,0	63,1	46,3	61,1
Kepulauan Sula	51,5	48,5	100,0	41,6	19,0	27,5
Halmahera Selatan	88,4	11,6	100,0	70,4	29,3	42,7
Halmahera Utara	97,4	2,6	100,0	72,5	62,5	87,8
Halmahera Timur	98,3	1,7	100,0	76,1	58,4	81,6
Pulau Morotai	90,7	9,3	100,0	64,8	47,6	67,0
Ternate	98,0	2,0	100,0	68,7	56,7	75,9
Tidore Kepulauan	90,4	9,6	100,0	69,2	56,1	73,7
Maluku Utara	88,1	11,9	100,0	65,9	44,5	62,2

Pada laporan ini disajikan indikator ANC yang sesuai dengan MDGs maupun indikator ANC untuk program pelayanan kesehatan ibu di Indonesia seperti cakupan K4.

Tabel 3.12.3 menunjukkan bahwa 95 persen dari kelahiran yang melakukan ANC yang berarti juga mendapat ANC minimal 1 kali atau K1. Cakupan K1 bervariasi dengan rentang antara 51,5 persen (Kepulauan Sula) dan 98,3 persen (Halmahera Timur).

Pada Tabel 3.12.3 juga menyajikan cakupan indikator ANC yang lain yaitu K1 ideal, K4 dan ANC minimal 4 kali. Indikator K1 dan ANC minimal 4x merupakan indikator MDGs, sedangkan K4 dan K1 ideal adalah indikator untuk melihat frekuensi dan merujuk pada periode trimester saat melakukan pemeriksaan kehamilan. Kementerian Kesehatan menetapkan K4 sebagai salah satu indikator ANC (Direktorat Bina Kesehatan Ibu, 2010).

Indikator cakupan ANC yang meliputi K1 ideal, K4 dan ANC minimal 4x juga bervariasi menurut K1 kabupaten/kota. Cakupan ideal secara nasional adalah 81,6 persen. Di Propinsi Maluku Utara cakupan terendah di Kepulauan Sula (41,6%) dan tertinggi di Halmahera Timur (76,1%). Cakupan K1 ideal di seluruh kabupaten/kota di Propinsi Maluku Utara di bawah rata-rata nasional. Demikian juga halnya dengan cakupan ANC propinsi.

Cakupan K4 Indonesia adalah 70,4 persen, cakupan paling rendah di Propinsi Maluku Utara adalah 19,0 persen (Kepulauan Sula) dan tertinggi 62,5 persen (Halmahera Utara). Tidak satupun kabupaten/kota di Maluku Utara termasuk propinsi yang mencapai cakupan K4 di atas rata-rata nasional.

Adapun ANC minimal 4x secara nasional adalah 83,5 persen dengan cakupan terendah untuk kabupaten/kota di Maluku Utara adalah 27,5 persen (Kepulauan Sula) dan tertinggi 87,8 persen (Halmahera Utara). Indikator ini terdapat di hanya 1 kabupaten yang mencapai cakupan di atas rata-rata nasional.

Seharusnya setiap ibu yang menerima ANC pada trimester 1 (K1 ideal) akan menerima pelayanan ibu hamil secara berkelanjutan. Hal ini dapat dilihat dari indikator ANC K4. Cakupan ANC di Propinsi Maluku seperti terlihat dalam tabel 3.12.14 bahwa dari K1 ideal sebesar 65,9 persen dan K4 sebesar 44,5 persen, yang artinya terjadi penurunan sebesar 21 persen, dari ibu yang menerima K1 ideal tidak semua melanjutkan ANC sampai sesuai standar minimal ANC (1-1-2).

Tabel 3.12.15 pada buku 2 merupakan cakupan ANC menurut karakteristik di Propinsi Maluku Utara. Semakin tua umur ibu cenderung melakukan ANC dibandingkan ibu umur lebih muda. Semakin tinggi pendidikan ibu semakin tinggi persentase yang melakukan ANC dibandingkan dengan pendidikan ibu yang lebih rendah, yaitu 99,3 persen ibu berpendidikan tertinggi dibandingkan 72,1 persen untuk ibu berpendidikan terendah (tidak sekolah).

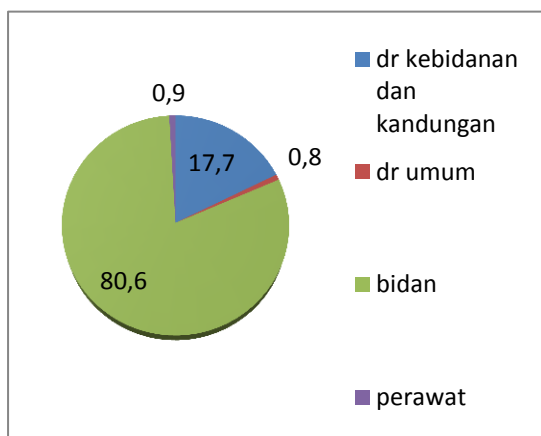
Tidak terlihat adanya variasi dalam penerimaan ANC atau K1 berdasarkan status pekerjaan. Ibu yang tinggal di perkotaan relatif lebih tinggi melakukan ANC dibandingkan ibu yang tinggal di perdesaan masing-masing 95,3 persen dan 85,0 persen. Cakupan K1 mempunyai hubungan positif yang kuat dengan kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi tingkat kuintil indeks kepemilikan semakin tinggi K1 ibu (68,9 persen untuk kuintil indeks kepemilikan terendah dan 96,9 persen untuk kuintil indeks kepemilikan teratas).

Cakupan K1 ideal, polanya hampir sama dengan K1 keseluruhan tanpa melihat kurun waktu trimester kehamilan berdasarkan karakteristik ibu. Semakin tua umur ibu, semakin tinggi tingkat pendidikan ibu dan semakin tinggi status kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi penerimaan K1 ideal dibanding dengan tingkatan dibawahnya.

Sebesar 62 persen kelahiran melakukan ANC minimal 4x. Persentase ini lebih tinggi dibanding dengan ANC K4, namun lebih kecil dari K1 ideal di Propinsi Maluku Utara.

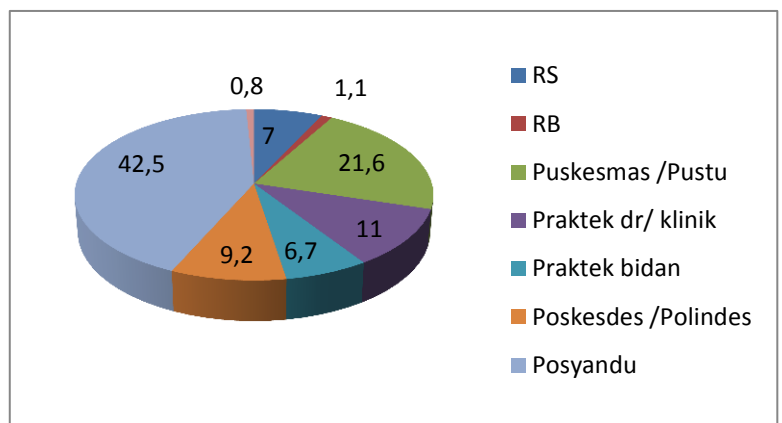
3.12.3.2 Tenaga dan Tempat Pemeriksa Kehamilan

Tenaga kesehatan yang memberi pelayanan pemeriksaan kesehatan adalah dokter kebidanan dan kandungan, dokter umum, bidan dan perawat. Proporsi tenaga kesehatan yang dipilih ibu hamil seperti yang disajikan pada Gambar 3.12.7 menunjukkan bahwa bidan merupakan tenaga yang paling berperan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil sebesar 80,6 persen. Hal ini juga terlihat di semua kabupaten . Proporsi tenaga kesehatan yang memberi pelayanan pemeriksaan kehamilan menurut kabupaten dan karakteristik dapat dilihat pada Buku 2 (Tabel 3.12.16 dan Tabel 3.12.17). Masyarakat dengan karakteristik tinggal di perdesaan, pendidikan tidak tamat SD hingga tamat SLTP dan berada pada kuintil indeks kepemilikan terbawah hingga menengah cenderung memilih bidan saat melakukan pemeriksaan kehamilan. Sebaliknya dokter spesialis kebidanan dan kandungan dipilih oleh masyarakat di perkotaan, pendidikan tinggi (Tamat SLTA-Tamat D1-D3/PT) dan indeks kepemilikan atas (menengah atas hingga teratas). Fasilitas kesehatan disediakan untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil dari RS hingga posyandu yang merupakan salah satu upaya untuk mendekatkan tenaga kesehatan yang memberi pelayanan kepada masyarakat. Gambar 3.12.8 memperlihatkan bahwa sebagian besar ibu hamil memilih pemeriksaan kehamilannya ke posyandu (42,5%), Puskesmas/Pustu sebesar 21,6 persen dan praktek dr/klinik sebesar 11 persen. Proporsi fasilitas kesehatan yang dipilih masyarakat untuk pemeriksaan kehamilan menurut kabupaten/kota dan karakteristik dapat dilihat pada Buku 2 (Tabel 3.12.16 dan Tabel 3.12.17)



Gambar 3.12.7

Proporsi tenaga kesehatan yang memberi pelayanan ANC, Provinsi Maluku Utara 2013



Gambar 3.12.8

Proporsi fasilitas kesehatan untuk pelayanan ANC, Indonesia 2013

3.12.3.3 Konsumsi Zat Besi

Konsumsi zat besi sangat dibutuhkan oleh ibu hamil untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil dan menjaga pertumbuhan janin secara optimal. Kementerian Kesehatan menganjurkan agar ibu hamil mengkonsumsi paling sedikit 90 pil zat besi selama kehamilannya (Depkes RI, 2001). Pada Riskesdas 2013 menanyakan berapa hari mengkonsumsi zat besi selama hamil. Zat besi yang dimaksud adalah semua konsumsi zat besi selama masa kehamilannya termasuk yang di jual bebas maupun multivitamin yang mengandung zat besi.

Tabel 3.12.20 menunjukkan konsumsi zat besi dan variasi jumlah asupan zat besi selama hamil menurut kabupaten/kota. Konsumsi zat besi yang dilaporkan oleh ibu selama kehamilannya adalah 82,2 persen. Dari kehamilan yang mengkonsumsi tersebut 27,6 persen melaporkan mengkonsumsi zat besi minimal 90 hari selama kehamilannya.

Kabupaten dengan asupan zat besi minimal 90 hari di atas rata-rata nasional (33,3%) paling tinggi adalah Halmahera Utara (48,6%), Ternate (40,7), Tidore Kepulauan (47,7).

Konsumsi zat besi menurut karakteristik pada Tabel 3.12.21 buku 2, menunjukkan semakin tinggi pendidikan semakin besar persentase cakupan konsumsi zat besi demikian juga dengan kuintil indeks kepemilikan semakin meningkat indeks semakin besar persentasenya, hal juga tercermin pada pekerjaan pegawai merupakan persentase paling besar.

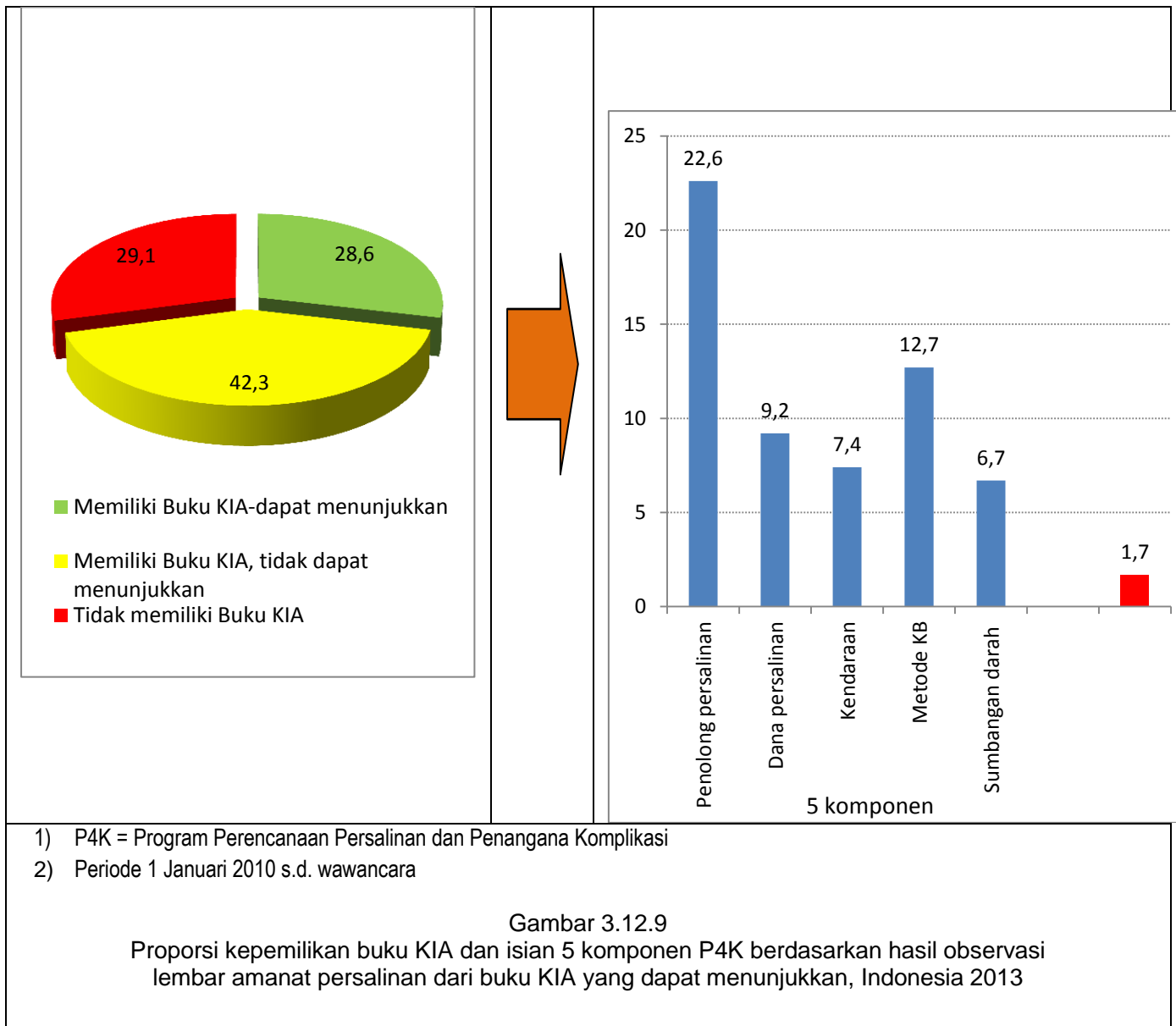
3.12.3.4 Kepemilikan Buku KIA dan Pelaksanaan P4K

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) telah dirintis sejak lama (1997) dengan dukungan dari JICA (Japan International Cooperation Agency). Buku KIA berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir, bayi dan anak balita). Buku KIA juga memuat informasi tentang cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak. Setiap kehamilan mendapat 1 buku KIA.

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan program terobosan Kementerian Kesehatan bidang kesehatan ibu sebagai upaya untuk menurunkan tingkat kematian ibu. P4K adalah suatu kegiatan yang difasilitasi bidan di desa dalam rangka meningkatkan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan, menggunakan media stiker (Factsheet Dit. Bina Kes Ibu) Selain pada stiker, komponen P4K juga dituliskan di buku KIA yaitu pada lembar "Amanat Persalinan" yang merupakan kependekan dari "Menyambut Persalinan Agar Aman dan Selamat" (Kementerian Kesehatan, 1997). Terdapat 5 komponen utama yang dituliskan terkait perencanaan persalinan, persiapan kegawatdaruratan dan perencanaan KB yaitu :

1. Penolong persalinan (nama-nama tenaga kesehatan yang akan menangani saat bersalin).
2. Dana persalinan (rencana sumber pembiayaan yang akan digunakan untuk biaya persalinan).
3. Kendaraan/ambulans desa (kendaraan yang disiapkan untuk membawa ibu hamil menuju tempat bersalin jika sewaktu-waktu akan melahirkan/perlu rujukan).
4. Metode KB (rencana jenis KB yang akan dipilih setelah melahirkan), dan
5. Sumbangan darah (nama-nama calon donor darah apabila sewaktu-waktu terjadi kasus perdarahan/komplikasi lain yang memerlukan sumbangan darah).

Pada Riskesdas 2013, enumerator menanyakan kepemilikan Buku KIA, jika 137ias menunjukkan maka dilanjutkan dengan melakukan observasi terhadap isian 5 komponen tersebut pada lembar Amanat Persalinan.



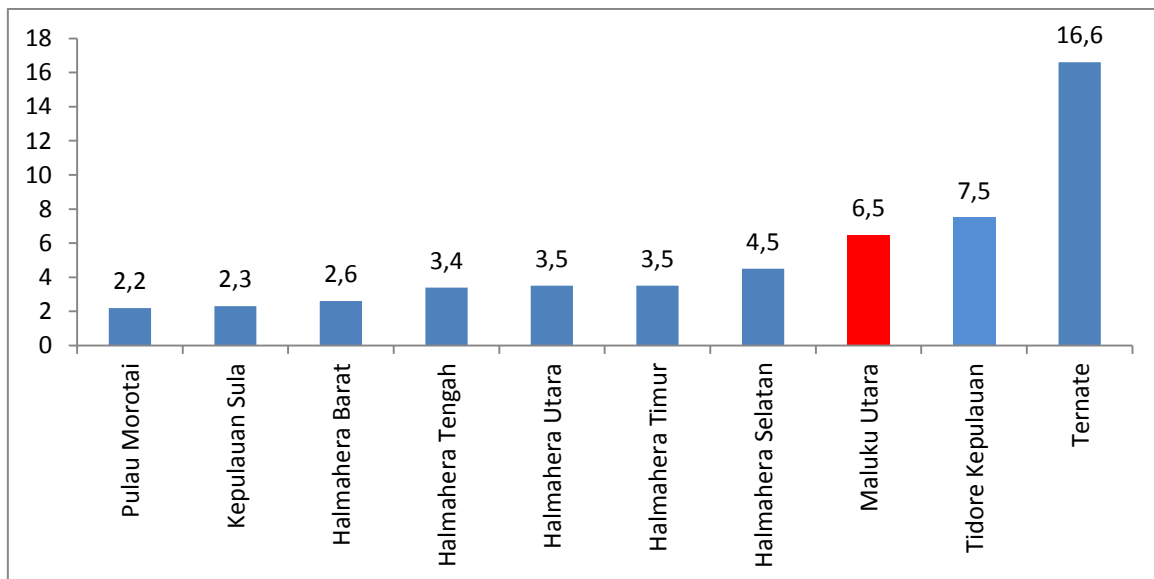
Hasil analisis di Propinsi Maluku Utara menunjukkan bahwa 70,9 persen mempunyai Buku KIA, namun yang 138ias menunjukkan hanya 28,6 persen. Variasi kepemilikan buku KIA dan 138ias menunjukkan menurut kabupaten bervariasi yaitu di Kabupaten Halmahera Barat, Halmahera Tengah, Halmahera Selatan, Halmahera Utara, dan Halmahera Timur berkisar 30 persen. Cakupan rendah di Kabupaten Morotai, Tidore Kepulauan, Sula dan Ternate, berkisar di bawah 28 persen. (Lihat Tabel 3.12.22 dan Tabel 3.12.23 pada buku 2).

Selanjutnya pada buku KIA dilakukan observasi Lembar Amanat Persalinan untuk melihat isian 5 komponen P4K. Hasil observasi buku KIA menunjukkan untuk isian penolong persalinan sebesar 22,6 persen, dana persalinan sebesar 9,2 persen, kendaraan/ambulans desa sebesar 7,4 persen, metode KB pasca salin sebesar 12,7 persen dan 6,7 persen untuk isian sumbangan darah. Kelengkapan isian semua komponen sebesar 1,7 persen dan 21,8 persen tidak ada isian.

Tabel 3.12.22 menyajikan kepemilikan buku KIA dan hasil observasi isian dari komponen P4K pada lembar Amanat Persalinan Buku KIA yang diperlihatkan oleh responden menurut kabupaten dan Tabel 3.12.23 menurut karakteristik.

3.12.3.5 Cara Persalinan

Masa bersalin merupakan periode kritis bagi seorang ibu hamil. Masalah komplikasi atau adanya faktor penyulit menjadi faktor risiko terjadinya kematian ibu sehingga perlu dilakukan tindak medis sebagai upaya untuk menyelamatkan nyawa ibu dan anak.



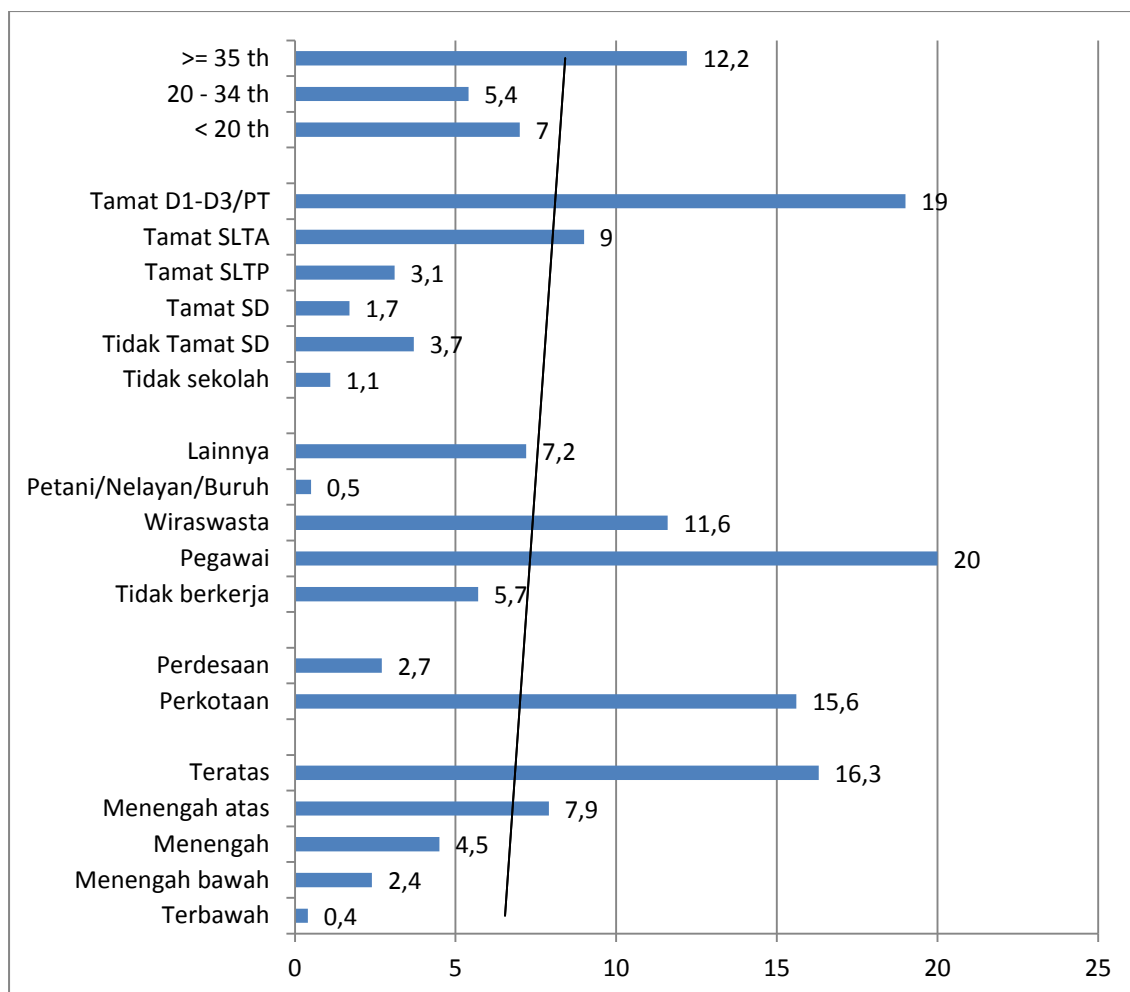
Gambar 3.12.10

Proporsi persalinan operasi sesar dari kelahiran periode 1 Januari 2010 sampai saat wawancara menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara 2013

Di Indonesia, bedah sesar hanya dilakukan atas dasar indikasi medis tertentu dan kehamilan dengan komplikasi (Depkes, 2001c). Di Propinsi Maluku Utara, hasil Riskesdas 2013 menunjukkan kelahiran bedah sesar sebesar 6,5 persen dan variasi antar kabupaten/kota yaitu tertinggi di Kota Ternate (16,6%) dan terendah di Kabupaten Pulau Morotai (4 2,2%).

Tabel 3.12.24 (buku 2) merupakan persentase cara bersalin menurut provinsi dan karakteristik (Tabel 3.12.25).

Secara umum pola persalinan melalui bedah sesar menurut karakteristik menunjukkan proporsi tertinggi pada kuintil indeks kepemilikan teratas (16,3%), tinggal di perkotaan (15,6%), pekerjaan sebagai pegawai (20,0%) dan pendidikan tinggi tamat D1-D3 / Tamat D1-D3/PT (19,0%),



Gambar 3.12.11

Proporsi persalinan sesar dari kelahiran periode 1 Januari 2010 sampai saat wawancara menurut karakteristik, Indonesia, 2013

3.12.3.6 Penolong Persalinan

Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten merupakan salah satu indikator MDGs 5. Tenaga yang kompeten sebagai tenaga persalinan menurut PWS KIA adalah dokter kebidanan dan kandungan, dokter umum dan bidan. Departemen Kesehatan menetapkan target bahwa 90 persen persalinan ditolong oleh tenaga medis pada tahun 2012 (Depkes, 2000c). Untuk mengukur kemajuan dalam mencapai target ini, responden ditanya mengenai siapa saja yang menolong selama proses persalinan. Dalam analisis Riskesdas penolong persalinan dinyatakan dalam penolong persalinan kualifikasi tertinggi dan kualifikasi terendah. Apabila penolong persalinan dengan kualifikasi tertinggi, apabila lebih dari 1 maka dipilih yang paling tinggi dan sedangkan penolong persalinan dengan kualifikasi terendah apabila lebih dari 1 penolong maka dipilih tenaga dengan kualifikasi yang paling rendah.

Tabel 3.12.4 memperlihatkan distribusi kelahiran yang ditolong oleh tenaga berkualifikasi tertinggi.

Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa persalinan oleh penolong linakes (persalinan dengan tenaga kesehatan) kualifikasi tertinggi sebesar 60,1 persen, dengan rincian 12,6 persen oleh dokter kebidanan dan kandungan, 1 persen oleh dokter umum dan 46,5 persen oleh bidan. Terdapat persalinan yang ditolong oleh perawat (0,5%), sedangkan penolong persalinan oleh dukun sebesar 36,7persen dan 1,7 persen penolong lainnya.

Terlihat bahwa secara umum bidan merupakan tenaga utama sebagai penolong persalinan di Maluku Utara. Khusus Ternate dan Tidore Kepulauan merupakan kabupaten/kota dengan penolong persalinan kualifikasi tertinggi oleh dokter spesialis mencapai 26,8 persen dan 22,4 persen merupakan proporsi paling tinggi dibanding kabupaten lainnya.

Tabel 3.12.4
Persentase penolong persalinan kualifikasi tertinggi menurut kabupaten/kota,
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Penolong persalinan kualifikasi tertinggi ¹							Total	Penolong Linakes ²
	Dr.kebid & kandungan	Dokter umum	Bidan	Perawat	Dukun	Keluarga/ lainnya	Tidak ada penolong		
Halmahera Barat	11,8	0,0	63,0	0,0	23,6	1,3	0,3	100,0	74,8
Halmahera Tengah	4,7	1,8	43,5	0,2	32,7	10,3	6,7	100,0	50,0
Kepulauan Sula	3,4	0,0	10,8	1,5	83,7	0,6	0,0	100,0	14,3
Halmahera Selatan	8,8	1,0	28,3	0,5	58,5	1,0	1,8	100,0	38,2
Halmahera Utara	7,4	0,0	63,4	0,0	27,4	1,0	0,8	100,0	70,8
Halmahera Timur	6,0	0,4	51,4	0,0	36,3	3,8	2,1	100,0	57,7
Pulau Morotai	3,5	0,0	41,2	1,5	45,4	8,3	0,1	100,0	44,7
Ternate	26,8	2,4	63,3	0,4	6,9	0,0	0,3	100,0	92,5
Tidore Kepulauan	22,4	2,7	58,2	0,0	15,5	0,5	0,7	100,0	83,3
Maluku Utara	12,6	1,0	46,5	0,5	36,7	1,7	1,0	100,0	60,1

Keterangan :

- 1) Jika penolong persalinan > 1, maka dipilih penolong dengan kualifikasi tertinggi
- 2) Penolong linakes adalah dokter kebidanan & kandungan, dokter umum dan bidan

Pola penolong persalinan menurut kabupaten/kota untuk kualifikasi tertinggi yang mencapai persentase penolong linakes di bawah rata-rata nasional (87,1%) adalah Kabupaten Halmahera Barat (74,8%), Halmahera Tengah (50,0%), Kepulauan Sula (14,3%), Halmahera Selatan (38,2%), Halmahera Utara (70,8%), Halmahera Timur (57,7%), Pulau Morotai (44,7%), dan Tidore Kepulauan (83,3%)

Pola penolong persalinan dengan kualifikasi terendah menurut provinsi dapat dilihat pada Buku 2 Tabel 3.12.28

Tabel 3.12.5
 Persentase penolong persalinan kualifikasi tertinggi menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara,
 Riskesdas 2013

Karakteristik	Penolong persalinan kualifikasi tertinggi ¹							Total	Penolong Linakes ²
	Dr.kebid & kandungan	Dokter umum	Bidan	Perawat	Dukun	Keluarga/ lainnya	Tidak ada penolong		
Kelompok Umur									
< 20 th	7,0	0,0	47,2	0,0	43,0	2,3	0,5	100,0	54,2
20 - 34 th	12,5	1,3	47,8	0,4	35,3	1,7	1,0	100,0	61,6
≥ 35 th	18,0	0,5	39,6	1,4	37,9	1,1	1,5	100,0	58,1
Pendidikan									
Tidak sekolah	11,5	0,0	23,6	0,0	50,0	5,3	9,7	100,0	35,1
Tidak Tamat SD	8,4	0,0	31,2	0,0	52,5	4,5	3,4	100,0	39,6
Tamat SD	1,7	0,7	39,5	0,7	54,5	0,7	2,2	100,0	41,9
Tamat SLTP	6,9	0,2	46,5	0,9	42,6	2,8	0,1	100,0	53,7
Tamat SLTA	16,0	0,7	56,3	0,0	25,7	1,1	0,1	100,0	73,0
Tamat D1-D3/PT	39,6	5,0	46,5	0,7	6,4	1,3	0,4	100,0	91,1
Pekerjaan									
Tidak berkerja	11,1	0,7	52,8	0,8	32,3	1,4	0,9	100,0	64,6
Pegawai	36,3	2,9	47,7	0,0	11,3	1,8	0,0	100,0	86,9
Wiraswasta	17,6	0,0	55,2	0,0	27,2	0,0	0,0	100,0	72,8
Petani/Nelayan/Buruh	1,3	0,2	29,4	0,0	64,1	3,4	1,5	100,0	31,0
Lainnya	20,6	4,6	35,4	0,0	36,4	0,0	2,9	100,0	60,7
Tempat Tinggal									
Perkotaan	27,4	1,8	57,0	0,3	12,2	0,7	0,6	100,0	86,2
Perdesaan	6,3	0,7	42,1	0,5	47,1	2,1	1,2	100,0	49,1
Kuntil Indeks Kepemilikan									
Terbawah	2,5	0,0	27,3	0,8	65,0	3,0	1,5	100,0	29,7
Menengah bawah	4,0	0,1	45,8	0,0	46,6	1,3	2,2	100,0	50,0
Menengah	8,1	1,4	46,7	1,3	38,9	3,1	0,4	100,0	56,3
Menengah atas	11,0	1,7	64,6	0,1	21,4	1,3	0,0	100,0	77,3
Teratas	33,9	2,2	52,1	0,3	10,5	0,3	0,7	100,0	88,2

Pola penolong persalinan menurut karakteristik terlihat bahwa semakin tinggi pendidikan persentase dokter spesialis kebidanan dan kandungan semakin besar baik kualifikasi tertinggi maupun terendah. Demikian juga pegawai, tinggal di perkotaan dan indeks kepemilikan teratas.

Sebaliknya penggunaan dukun sebagai tenaga penolong persalinan adalah kelahiran dari ibu yang mempunyai pendidikan rendah (tidak sekolah hingga tamat SD), pekerja tidak berpenghasilan tetap (buruh/petani/nelayan), tinggal di perdesaan dan indeks kepemilikan terbawah.

Pola penolong persalinan dengan kualifikasi terendah menurut karakteristik dapat dilihat pada Buku 2 Tabel 3.12. 28

3.12.3.7 Tempat Persalinan

Kota Ternate dan Kabupaten Kepulauan Sula merupakan kabupaten/kota dengan cakupan persalinan di rumah tertinggi, berkisar 33,0 sampai 94,1 persen. Sementara persalinan di polindes/poskesdes di Maluku Utara paling rendah yaitu 2,3 persen. Meskipun demikian, 20,3 persen di Maluku Utara bersalin di RS.

Tabel 3.12.6
Persentase tempat bersalin menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Tempat bersalin					Total
	RS	RB/Klinik/ Praktek nakes	Puskesmas/ Pustu	Polindes/ Poskesdes	Rumah/ lainnya	
Halmahera Barat	14,6	0,0	5,4	4,0	76,0	100,0
Halmahera Tengah	4,8	0,8	11,5	0,0	82,9	100,0
Kepulauan Sula	3,9	2,0	0,0	0,0	94,1	100,0
Halmahera Selatan	11,6	0,1	0,0	0,0	88,3	100,0
Halmahera Utara	9,3	13,0	5,4	11,0	61,4	100,0
Halmahera Timur	8,7	1,6	21,7	0,0	68,0	100,0
Pulau Morotai	9,8	1,5	3,1	0,0	85,6	100,0
Ternate	51,9	8,3	6,0	0,8	33,0	100,0
Tidore Kepulauan	31,6	8,3	12,5	4,3	43,3	100,0
Maluku Utara	20,3	4,6	5,6	2,3	67,3	100,0

Tabel 3.12.7 menunjukkan tempat bersalin menurut karakteristik. Kelahiran pada ibu berumur risiko tinggi (umur ibu kurang dari 20 tahun atau umur 35 tahun ke atas) lebih banyak di rumah (berkisar 66,3 persen sampai 69,8 persen) dibanding ibu umur 20-34 tahun (berkisar 66,9 persen). Pendidikan ibu dan kuintil indeks kepemilikan menunjukkan hubungan yang positif dengan tempat persalinan. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, dan semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan semakin rendah prosentase ibu yang melahirkan di rumah. Pemanfaatan fasilitas kesehatan, baik milik pemerintah ataupun swasta, untuk persalinan lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding di perdesaan, (65 persen dibanding 19 persen).

Tabel 3.12.7
 Persentase tempat bersalin menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	Tempat bersalin					Total
	RS	RB/Klinik/ Praktek nakes	Puskesmas/ Pustu	Polindes/ Poskesdes	Rumah/ lainnya	
Kelompok Umur						
< 20 th	13,9	4,6	8,2	3,4	69,8	100,0
20 - 34 th	21,1	5,2	5,3	1,5	66,9	100,0
≥ 35 th	21,9	1,2	5,4	5,2	66,3	100,0
Pendidikan						
Tidak sekolah	11,5	0,0	3,4	0,0	85,1	100,0
Tidak Tamat SD	13,0	0,0	7,4	2,5	77,1	100,0
Tamat SD	4,6	4,3	4,2	2,6	84,3	100,0
Tamat SLTP	10,6	1,9	5,7	3,9	77,8	100,0
Tamat SLTA	30,2	4,4	7,3	1,8	56,3	100,0
Tamat D1-D3/PT	50,4	13,6	3,2	0,0	32,8	100,0
Pekerjaan						
Tidak berkerja	19,2	5,3	5,9	2,0	67,6	100,0
Pegawai	54,9	10,5	3,7	0,0	31,0	100,0
Wiraswasta	27,5	0,0	7,0	0,0	65,5	100,0
Petani/Nelayan/Buruh	2,4	0,3	2,9	4,4	90,0	100,0
Lainnya	26,0	4,6	16,1	3,3	50,1	100,0
Tempat Tinggal						
Perkotaan	46,6	11,9	3,6	2,9	35,0	100,0
Pedesaan	9,1	1,5	6,5	2,0	81,0	100,0
Kuntil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	4,5	1,1	0,5	1,8	92,2	100,0
Menengah bawah	6,3	4,0	4,9	5,4	79,4	100,0
Menengah	9,2	3,6	6,5	1,0	79,6	100,0
Menengah atas	29,8	5,8	8,5	3,0	52,8	100,0
Teratas	47,7	8,2	8,5	0,0	35,6	100,0

3.12.3.8 Pelayanan Kesehatan Masa Nifas

Masa nifas adalah masih merupakan masa kritis bagi kelangsungan hidup ibu baru bersalin. Menurut Studi Tindak Lanjut Kematian Ibu SP 2010, sebagian besar kematian ibu terjadi pada masa nifas sehingga pelayanan kesehatan masa nifas berperan penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu.

Tabel 3.12.8
 Persentase pelayanan kesehatan ibu nifas menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara,
 Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Periode Waktu Kontak Setelah Melahirkan			Lengkap
	KF 1 (6 jam - 3 hr)	KF2 (7-28 hr)	KF3 (29-42 hr)	
Halmahera Barat	84,4	47,2	29,2	27,7
Halmahera Tengah	53,7	23,0	28,9	9,9
Kepulauan Sula	26,2	25,3	19,4	5,7
Halmahera Selatan	55,2	29,4	32,5	24,5
Halmahera Utara	68,0	34,1	30,6	24,7
Halmahera Timur	62,5	16,0	7,9	3,0
Pulau Morotai	52,8	30,6	15,4	14,2
Ternate	80,9	35,6	28,7	20,9
Tidore Kepulauan	82,8	35,5	21,4	17,2
Maluku Utara	64,0	31,7	25,8	18,5

Pelayanan Masa nifas adalah pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu selama periode 6 jam sampai 42 hari setelah melahirkan. Kementerian Kesehatan menetapkan program pelayanan atau Kontak Ibu Nifas yang dinyatakan dalam indikator :

- 1) KF1, kontak ibu nifas pada periode 6 jam sampai 3 hari setelah bersalin
- 2) KF2, kontak ibu nifas pada periode 7-28 hari setelah melahirkan dan
- 3) KF3, kontak ibu nifas pada periode 29-42 hari setelah melahirkan.

Tabel Tabel 3.12.8 dan Tabel 3.12.9 merupakan cakupan pelayanan ibu nifas menurut kabupaten/kota dan karakteristik. Secara umum kontak ibu nifas yang lengkap terendah di Halmahera Timur (3,0 persen) dan tertinggi di Halmahera Barat (27,7 persen).

Tabel 3.12.9
 Persentase pelayanan kesehatan ibu nifas menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara
 Riskesdas 2013

Karakteristik	Periode Waktu Kontak Setelah Melahirkan			Lengkap
	KF 1 (6 jam - 3 hr)	KF2 (7-28 hr)	KF3 (29-42 hr)	
Kelompok Umur				
< 20 th	53,7	22,0	22,9	11,2
20 - 34 th	65,7	32,7	26,2	19,2
≥ 35 th	64,0	34,2	26,6	21,0
Pendidikan				
Tidak sekolah	45,0	24,7	37,3	23,6
Tidak Tamat SD	45,4	23,7	18,8	12,9
Tamat SD	53,1	29,4	27,2	18,2
Tamat SLTP	60,2	27,3	23,3	15,7
Tamat SLTA	70,7	32,5	21,5	15,0
Tamat D1-D3/PT	88,9	48,3	42,2	36,3
Pekerjaan				
Tidak berkerja	65,7	30,6	24,3	17,4
Pegawai	90,2	38,4	36,5	31,7
Wiraswasta	78,3	33,4	29,9	22,1
Petani/Nelayan/Buruh	40,6	27,4	25,0	14,4
Lainnya	71,8	46,9	21,7	16,5
Tempat Tinggal				
Perkotaan	78,6	35,4	27,6	20,6
Pedesaan	57,8	30,2	25,1	17,6
Kuintil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	35,1	23,3	19,9	10,7
Menengah bawah	61,0	32,9	27,9	21,3
Menengah	64,3	34,8	32,0	23,5
Menengah atas	78,9	31,4	22,6	18,9
Teratas	83,3	37,3	28,5	20,3

Kontak ibu nifas yang lengkap terbesar pada kelompok umur ≥ 35 tahun yaitu sebesar 21,0 persen. Dari segi tingkat pendidikan, kelompok pendidikan tertinggi (tamat D1-D3/PT) yang paling besar ibu nifas secara lengkap melakukan kontak dengan anaknya yaitu 36,3 persen. Pada kelompok pekerjaan dengan penghasilan tetap (pegawai) dan wiraswasta lebih besar kontak ibu nifas secara lengkap dibandingkan dengan kelompok pekerja yang berpenghasilan tidak tetap (petani/nelayan/buruh), lainnya dan tidak bekerja. Ibu-ibu nifas yang lengkap melakukan kontak dengan anaknya, lebih besar persentasenya yang tinggal di perkotaan daripada di pedesaan. Dari segi kuintil indeks kepemilikan, tingkat kepemilikan menengah bawah dan menengah yang lengkap melakukan kontak dengan anaknya (21,3 persen 23,5 persen).

3.13 Kesehatan Anak dan Imunisasi

Topik Kesehatan Anak dan Imunisasi bertujuan untuk memberikan informasi tentang berbagai indikator kesehatan anak yang meliputi: prevalensi berat badan lahir rendah (BBLR), perilaku perawatan tali pusar bayi baru lahir, cakupan pemeriksaan bayi baru lahir (pemeriksaan neonatus), prevalensi gangguan kesehatan (sakit) pada bayi usia neonatus, kepemilikan akte kelahiran anak balita, cakupan imunisasi, cakupan kepemilikan KMS anak balita dan Buku KIA, cakupan pemantauan pertumbuhan anak balita, cakupan pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada bayi dan anak balita, prevalensi cacat lahir atau kecacatan pada anak balita, cakupan pemberian ASI, cakupan inisiasi menyusui dini (IMD), cakupan pemberian kolostrum, prevalensi pemberian makanan prelakteal, cakupan pemberian ASI eksklusif atau menyusui eksklusif dan sunat perempuan. Indikator yang terkait dengan prevalensi gangguan kesehatan (sakit) pada bayi usia neonatus, kepemilikan akte kelahiran anak balita, cakupan kepemilikan KMS anak balita dan Buku KIA, cakupan pemberian kolostrum dan prevalensi pemberian makanan prelakteal akan ditampilkan dalam buku seri kedua (Riskesdas 2013 dalam angka).

Sampel yang digunakan untuk mendapatkan informasi tersebut diperoleh dari anak umur 0-59 bulan dan anak perempuan umur 0-11 tahun. Gambar 3.13.1 menunjukkan jumlah sampel yang dianalisis sesuai indikator yang diukur.

Tabel 3.13.1
Informasi sampel dan indikator yang dikumpulkan untuk topik kesehatan anak dan imunisasi, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Sampel	Indikator
Perempuan umur 0-11 tahun	Sunat perempuan
Anak umur 0-59 bulan	Kunjungan neonatus Berat dan panjang lahir Perawatan tali pusar Kepemilikan KMS dan buku KIA Kepemilikan akte kelahiran
Anak umur 6-59 bulan	Cakupan kapsul vitamin A Pemantauan pertumbuhan
Anak umur 24-59 bulan	Kecacatan
Anak umur 0-23 bulan	ASI dan MPASI
Anak umur 12-23 bulan	Imunisasi

3.13.1 Berat dan Panjang Lahir

Riskesdas 2013 mengumpulkan informasi tentang berat badan lahir dan panjang badan lahir pada anak umur 0-59 bulan. Berat badan lahir dan panjang badan lahir dicatat atau disalin berdasarkan dokumen/catatan yang dimiliki oleh anggota rumah tangga, seperti buku KIA, KMS, atau buku catatan kesehatan anak lainnya. Persentase anak balita yang memiliki catatan berat badan lahir adalah 30,9 persen.

Kategori berat badan lahir anak balita dikelompokkan menjadi tiga, yaitu: <2500 gram (BBLR), 2500-3999 gram, dan \geq 4000 gram.

Tabel 3.13.2 menyajikan persentase berat badan bayi baru lahir anak balita menurut karakteristik anak, pendidikan kepala keluarga (KK), pekerjaan KK, tempat tinggal, dan kuintil indeks kepemilikan. Menurut kelompok umur anak balita tidak menunjukkan adanya pola kecenderungan yang jelas antar kelompok umur. Persentase berat badan lahir <2500 gram pada anak perempuan (11,6%) tidak jauh berbeda dengan anak laki-laki (11,5%), dan persentase berat lahir >4000 gram pada anak laki-laki (12,8%) lebih tinggi dibandingkan anak perempuan (7,2%).

Menurut pendidikan KK, semakin rendah pendidikannya maka semakin tinggi pula balita yang memiliki berat badan <2500 gr, sedangkan berdasarkan indeks kepemilikan menengah atas memiliki presentase paling tinggi balita dengan berat badan <2500 gr. Menurut jenis pekerjaan KK, anak balita dari keluarga wiraswasta (14,3%) dan tidak bekerja (12,1%) mempunyai

persentase berat badan lahir < 2500 gram lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok pekerjaan pegawai (10,15) dan lainnya (9,5%). Persentase berat badan lahir <2500 gram di pedesaan (15,9%) lebih tinggi daripada di perkotaan (8,4%).

Tabel 3.13.2
Persentase berat badan lahir anak umur 0-59 bulan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	Berat Badan Lahir		
	<2500 gr	>2500 - 3999 gr	>4000 gr
Kelompok Umur			
0- 5 bln	7,3	83,8	8,9
6-11 bln	14,0	71,3	14,7
12-23 bln	12,6	82,2	5,2
24-35 bln	13,9	66,8	19,3
36-47 bln	7,9	85,6	6,5
48-59 bln	12,0	80,9	7,2
Jenis Kelamin			
Laki-laki	11,5	75,7	12,8
Perempuan	11,6	81,2	7,2
Pendidikan			
Tidak sekolah	13,0	87,0	
Tidak Tamat SD	14,3	79,8	5,9
Tamat SD	12,9	73,4	13,7
Tamat SLTP	9,1	79,5	11,4
Tamat SLTA	13,0	81,8	5,2
Tamat D1-D3/PT	8,8	76,5	14,7
Pekerjaan			
Tidak berkerja	12,1	83,2	4,7
Pegawai	10,1	79,5	10,5
Wiraswasta	14,3	73,3	12,4
Petani/Nelayan/Buruh	11,4	77,7	10,9
Lainnya	9,5	84,3	6,2
Tempat Tinggal			
Perkotaan	15,9	76,0	8,1
Pedesaan	8,4	80,2	11,5
Kuntil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	7,2	73,3	19,5
Menengah bawah	3,8	85,6	10,7
Menengah	12,7	78,6	8,6
Menengah atas	16,2	79,8	4,0
Teratas	13,7	75,0	11,3

Tabel 3.13.3 menyajikan persentase panjang badan lahir anak usia 0-59 bulan menurut kabupaten/kota. Kategori panjang badan lahir dikelompokkan menjadi tiga, yaitu: <48 cm, 48 - 52 cm, dan >52 cm. Persentase panjang badan lahir <48 cm diketahui sebesar 22,3 persen dan 48-52 cm sebesar 73,5 persen. Persentase bayi lahir pendek (panjang badan lahir <48 cm) tertinggi di Halmahera Barat (90%) dan terendah di Halmahera Utara (8%).

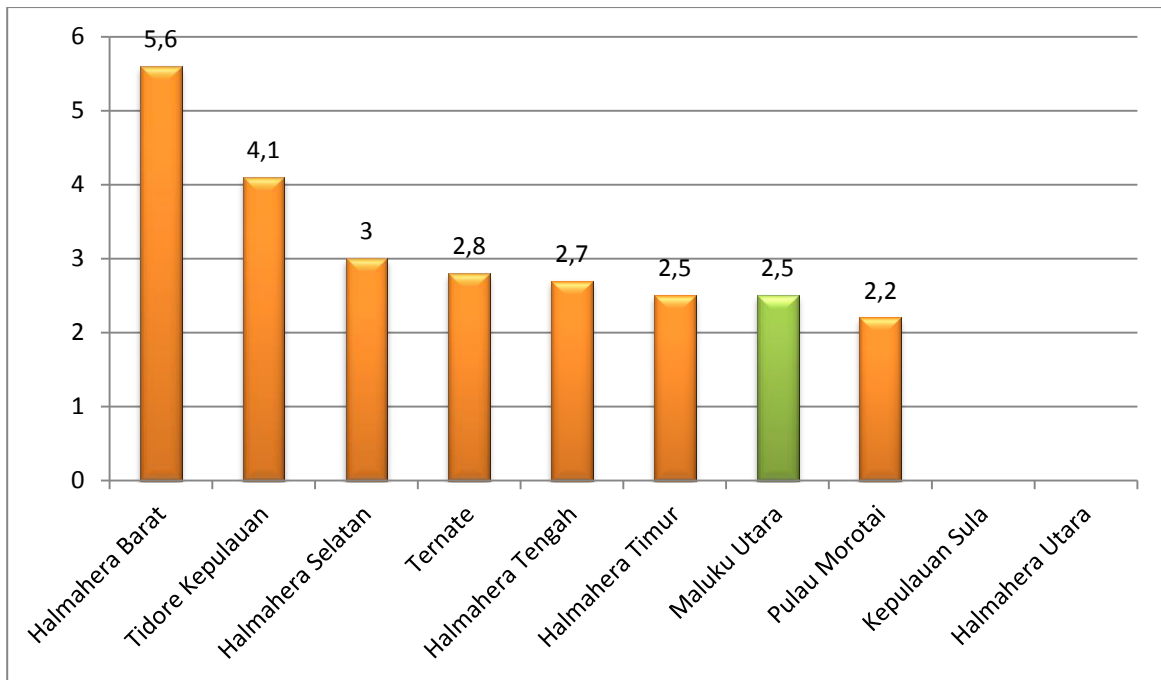
Tabel 3.13.3
 Persentase panjang badan lahir anak umur 0-59 bulan menurut kabupaten/kota,
 Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Panjang Badan Lahir		
	<48 cm	48 - 52 cm	>52 cm
Halmahera Barat	90,0	8,4	1,6
Halmahera Tengah	36,4	62,0	1,6
Kepulauan Sula	43,9	21,4	34,7
Halmahera Selatan	21,9	68,4	9,7
Halmahera Utara	8,0	90,5	1,5
Halmahera Timur	20,9	71,7	7,4
Pulau Morotai	26,8	70,1	3,0
Ternate	20,4	78,0	1,6
Tidore Kepulauan	14,7	83,0	2,4
Maluku Utara	22,3	73,5	4,2

Persentase panjang badan lahir anak usia 0-59 bulan menurut karakteristik anak, pendidikan KK, pekerjaan KK, tempat tinggal, dan kuintil indeks kepemilikan disajikan pada Tabel 3.13.4. Menurut kelompok umur anak balita tidak menunjukkan adanya pola yang jelas di antar kelompok umur. Persentase bayi lahir pendek pada anak perempuan (25,5%) lebih tinggi daripada anak laki-laki (18,8%).

Tabel 3.13.4
 Persentase panjang badan lahir anak umur 0-59 bulan
 menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

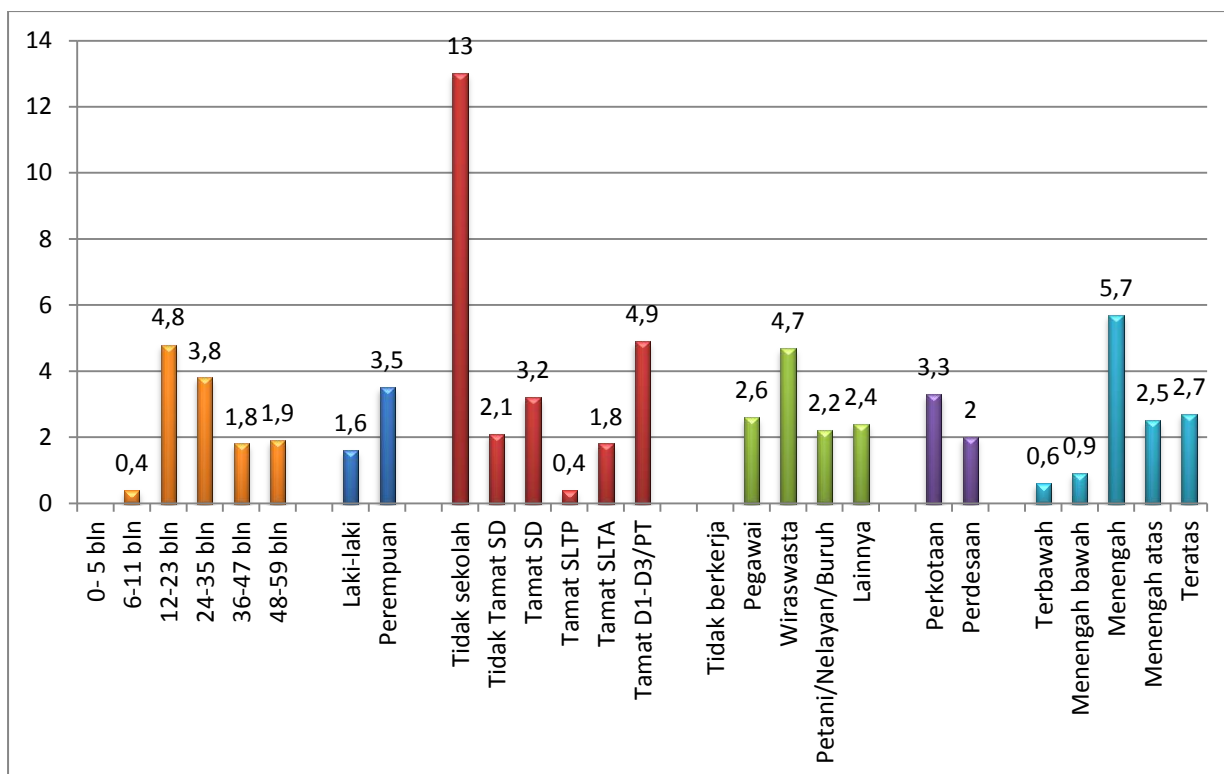
Karakteristik	Panjang Badan Lahir		
	<48 cm	48 - 52 cm	>52 cm
Kelompok Umur			
0- 5 bln	18,1	78,9	3,0
6-11 bln	25,9	69,6	4,4
12-23 bln	25,0	67,2	7,8
24-35 bln	36,7	63,3	
36-47 bln	18,7	81,3	
48-59 bln	5,9	87,2	6,8
Jenis Kelamin			
Laki-laki	18,8	75,0	6,2
Perempuan	25,5	72,1	2,4
Pendidikan			
Tidak sekolah	71,5	28,5	
Tidak Tamat SD	24,6	65,9	9,5
Tamat SD	26,1	68,9	5,0
Tamat SLTP	26,0	71,0	3,0
Tamat SLTA	18,2	81,6	0,2
Tamat D1-D3/PT	17,0	75,8	7,2
Pekerjaan			
Tidak berkerja	12,4	78,5	9,1
Pegawai	16,1	78,6	5,3
Wiraswasta	36,1	59,5	4,5
Petani/Nelayan/Buruh	24,7	72,3	3,0
Lainnya	17,7	82,3	
Tempat Tinggal			
Perkotaan	18,8	77,5	3,7
Pedesaan	25,5	69,8	4,6
Kuntil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	64,4	27,7	8,0
Menengah bawah	20,5	79,1	0,5
Menengah	24,1	62,5	13,4
Menengah atas	15,9	82,4	1,7
Teratas	17,6	79,0	3,4



Gambar 3.13.1

Persentase anak dengan berat badan < 2500 gram dan panjang badan lahir < 48 cm menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Gambar 3.13.1 menyajikan persentase balita yang memiliki riwayat berat badan lahir rendah (<2500 gram) dan panjang badan lahir pendek (<48 cm) menurut kabupaten. Gambar tersebut menunjukkan bahwa persentase balita yang memiliki riwayat berat badan lahir rendah (<2500 gram) dan panjang badan lahir pendek (<48 cm) sebesar 2,5 persen, tertinggi di Halmahera Barat (5,6%) dan terendah di Halmahera Utara dan Kepulauan Sula (0%).



Gambar 3.13.2

Persentase anak dengan berat badan < 2500 gram dan panjang badan lahir < 48 cm menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Selanjutnya, Gambar 3.13.2 menyajikan persentase balita yang memiliki riwayat berat badan lahir rendah (<2500 gram) dan panjang badan lahir pendek (<48 cm) menurut karakteristik anak, pendidikan KK, pekerjaan KK, tempat tinggal, dan kuintil indeks kepemilikan. Menurut kelompok umur, tidak terlihat adanya pola kecenderungan yang jelas. Persentase balita yang memiliki riwayat berat badan lahir rendah (<2500 gram) dan panjang badan lahir pendek (< 48 cm) pada perempuan sebesar 3,5 persen lebih tinggi daripada laki-laki (1,65).

Menurut pendidikan KK terlihat kecenderungan persentase balita yang memiliki riwayat berat badan lahir rendah (<2500 gram) dan panjang badan lahir pendek (<48 cm) menurun seiring dengan semakin meningkatnya pendidikan KK. Menurut pekerjaan KK, wiraswasta (4,7%) presentase balita yang memiliki riwayat berat badan lahir rendah (<2500 gram) dan panjang badan lahir pendek (<48 cm) lebih tinggi daripada pekerjaan yang lain. Menurut tempat tinggal, balita yang tinggal di perkotaan (3,3%) sedikit lebih tinggi dibandingkan di perdesaan (2%). Menurut kelompok kuintil indeks kepemilikan, tidak terlihat adanya pola kecenderungan yang jelas.

3.13.2 Kecacatan

Pada Riskesdas 2013 menyajikan informasi prevalensi anak usia 24-59 bulan yang mengalami kecacatan. Kecacatan yang dimaksud adalah semua kecacatan yang dapat diobservasi termasuk karena penyakit atau trauma/kecelakaan. Anak yang mempunyai kecacatan termasuk anak berkebutuhan khusus, seperti di bawah ini:

- **Tuna netra (penglihatan/buta)** adalah anak yang memiliki lemah penglihatan atau akurasi penglihatan kurang dari 6/60 setelah dikoreksi atau tidak lagi memiliki penglihatan (Kaufman & Hallahan).
- **Tuna wicara (berbicara/bisu)** adalah anak yang memiliki hambatan dalam pendengaran, baik permanen maupun tidak permanen dan biasanya memiliki hambatan dalam berbicara, sehingga mereka biasa disebut tuna wicara.

Gangguan berbicara pada anak balita (<5 tahun) biasanya terjadi karena anak mengalami hambatan pendengaran, baik permanen maupun tidak permanen yang berakibat anak mengalami hambatan berbicara. Jadi anak mengalami gangguan pendengaran dan berbicara (tuli bisu).

- **Down syndrom** adalah kelainan genetik yang terjadi pada masa pertumbuhan janin (pada kromosom 21/trisomi 21) dengan gejala yang sangat bervariasi dari gejala minimal sampai muncul tanda khas berupa keterbelakangan mental dengan tingkat IQ kurang dari 70 serta bentuk muka (Mongoloid) dan garis telapak tangan yang khas (*Simian crease*). Ciri-ciri anak *Down Syndrome* adalah muka rata, hidung tipis (pesek), jarak antara kedua mata tampak lebih dekat, jarak ibu jari dan telunjuk pada jari kaki lebih lebar, garis tangan melengkung tidak terputus.
- **Tuna daksa (tubuh/cacat anggota badan)** adalah anak yang memiliki gangguan gerak yang disebabkan oleh kelainan **neuromuskular (syaraf otot)** dan **struktur tulang** yang bersifat bawaan, sakit, atau akibat kecelakaan termasuk polio dan lumpuh.
- **Bibir sumbing** adalah kelainan pada bibir, langit-langit atas mulut atau kedua-duanya.
- **Tuna rungu (pendengaran/tuli)** adalah anak yang memiliki hambatan dalam pendengaran baik permanen maupun tidak permanen.

3.13.3 Status Imunisasi

Upaya imunisasi diselenggarakan di Indonesia sejak tahun 1956. Kementerian Kesehatan melaksanakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) pada anak dalam upaya menurunkan kejadian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) yaitu, tuberkulosis, difteri, pertusis, campak, polio, tetanus serta hepatitis B. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1611/MENKES/SK/XI/2005, program pengembangan imunisasi mencakup satu kali HB-0, satu kali imunisasi BCG, tiga kali imunisasi DPT-HB, empat kali imunisasi polio, dan satu kali imunisasi campak. 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 2013, informasi tentang cakupan imunisasi ditanyakan kepada ibu yang mempunyai balita umur 0-59 bulan. Informasi tentang imunisasi dikumpulkan berdasarkan empat sumber informasi, yaitu:

- Wawancara kepada ibu balita atau anggota rumah tangga yang mengetahui,
- Catatan dalam Kartu Menuju Sehat (KMS),
- Catatan dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), dan
- Catatan dalam Buku Kesehatan Anak lainnya.

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

Selain untuk setiap jenis imunisasi, anak disebut sudah mendapat imunisasi lengkap bila sudah mendapatkan semua jenis imunisasi satu kali HB-0, satu kali BCG, tiga kali DPT-HB, empat kali polio, dan satu kali imunisasi campak, sehingga hanya anak usia 12-23 bulan yang dianalisis untuk mengetahui cakupan imunisasi. Oleh karena jadwal imunisasi untuk HB-0, BCG, polio, DPT-HB, dan campak yang berbeda, bayi umur 0-11 bulan tidak dianalisis cakupan imunisasinya. Hal ini disebabkan 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.

Ada beberapa alasan untuk analisis imunisasi hanya 12-23 bulan, yaitu karena imunisasi kelompok umur anak 12-23 bulan dapat mendekati perkiraan "*valid immunization*", survei-survei lain juga menggunakan umur 12-23 bulan untuk menilai cakupan imunisasi, sehingga dapat dibandingkan dan bias karena ingatan ibu yang diwawancarai pada pengumpulan data lebih rendah dibanding kelompok umur di atasnya. Walaupun *referens* umur untuk imunisasi adalah

umur 12-23 bulan, tetapi hal tersebut hanya untuk metode pengumpulan data, sedangkan dalam penyajian data tetap disebut sebagai imunisasi bayi. Namun karena ada keterbatasan sampel maka untuk menggambarkan angka kabupaten/kota, analisis dilakukan dari data usia 12-59 bulan.

Tidak semua balita dapat diketahui status imunisasinya (*missing*). Hal ini disebabkan 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/catatan kesehatan anak karena hilang atau tidak disimpan oleh ibu, subjek yang ditanya tentang imunisasi bukan ibu balita, *memory recall bias* dari ibu, ataupun ketidakakuratan pewawancara saat proses wawancara dan pencatatan. Oleh karena itu, perlu menjadi catatan bahwa dalam interpretasi hasil cakupan imunisasi terdapat kekurangan metode survei (desain potong lintang) dalam Riskesdas 2013.

Tabel 3.13.5 dan Tabel 3.13.6 menunjukkan cakupan tiap jenis imunisasi yaitu HB-0, BCG, polio empat kali (polio 4), DPT-HB kombo tiga kali (DPT-HB 3), dan campak menurut kabupaten dan karakteristik responden. Pada Tabel 3.13.5 dapat dilihat secara keseluruhan, persentase imunisasi menurut jenisnya yang tertinggi adalah campak (78,7%) dan BCG (77,8%), dan yang terendah adalah HB-0 (49,2%). Bila dilihat masing-masing imunisasi menurut kabupaten, Kepulauan Sula mempunyai cakupan imunisasi terendah untuk semua jenis imunisasi yang meliputi HB-0 (28,5%), BCG (47,6%), DPT-HB-3 (30,3%), Polio-4 (32,4%), dan campak (49,8%). Kota Ternate mempunyai imunsasai tertinggi untu jenis imunisasi dasar HB-0 (83,9%), BCG (94,5%), DPT-HB 3 (77,8%), Polio 4 (82%), dan campak (92,5%).

Tabel 3.13.6 menunjukkan cakupan tiap jenis imunisasi menurut karakteristik anak balita, kepala keluarga dan tempat tinggal. Tidak terdapat perbedaan yang cukup mencolok pada cakupan tiap jenis imunisasi menurut jenis kelamin. Persentase semua jenis imunisasi lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan. Selain itu, terlihat adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan, semakin tinggi cakupan tiap jenis imunisasi. Menurut pekerjaan KK, pada KK kelompok pegawai cakupan tiap jenis imunisasi cenderung lebih tinggi.

Tabel 3.13.5
Persentase imunisasi dasar pada anak umur 12-59 bulan menurut kabupaten/kota,
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Jenis imunisasi dasar				
	HB-0	BCG	DPT-HB-3	Polio-4	Campak
Halmahera Barat	61,8	85,4	56,5	63,1	87,3
Halmahera Tengah	32,8	87,3	61,8	74,6	82,8
Kepulauan Sula	28,5	47,6	30,3	32,4	49,8
Halmahera Selatan	31,9	74,4	69,5	69,7	74,8
Halmahera Utara	50,7	77,9	69,7	69,2	85,4
Halmahera Timur	26,4	80,0	74,1	77,6	75,9
Pulau Morotai	41,5	80,4	54,4	63,4	77,7
Ternate	83,9	94,5	77,8	82,0	92,5
Tidore Kepulauan	83,7	85,7	59,5	68,2	89,0
Maluku Utara	49,2	77,8	63,1	66,6	78,7

Tabel 3.13.6.
 Persentase imunisasi dasar pada anak umur 12-59 bulan
 menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	Jenis imunisasi dasar				
	HB-0	BCG	DPT-HB-3	Polio-4	Campak
Jenis Kelamin					
Laki-laki	46,7	75,7	62,0	66,0	77,8
Perempuan	52,0	80,0	64,3	67,2	79,6
Pendidikan					
Tidak sekolah	17,7	61,3	33,6	50,2	64,7
Tidak Tamat SD	38,0	73,0	67,0	64,2	80,1
Tamat SD	43,7	73,5	57,4	60,5	73,3
Tamat SLTP	43,2	76,1	57,3	61,9	76,4
Tamat SLTA	58,1	84,5	69,5	75,5	84,1
Tamat D1-D3/PT	80,9	88,7	82,3	81,8	89,6
Pekerjaan					
Tidak berkerja	67,2	89,3	67,4	71,1	91,6
Pegawai	70,2	86,5	79,5	81,3	88,9
Wiraswasta	64,8	87,4	73,8	76,4	85,9
Petani/Nelayan/Buruh	35,5	70,4	55,4	59,0	71,6
Lainnya	68,2	89,4	64,0	71,7	88,3
Tempat Tinggal					
Perkotaan	78,3	90,1	74,7	78,5	90,3
Pedesaan	38,9	73,3	59,0	62,3	74,5
Kuntil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	25,0	60,7	45,1	49,5	61,9
Menengah bawah	37,5	78,8	64,6	68,4	80,1
Menengah	45,4	78,8	64,9	67,0	84,2
Menengah atas	66,2	85,1	69,0	73,0	83,7
Teratas	80,9	91,7	78,8	80,9	90,3

Cakupan imunisasi dasar lengkap menurut kabupaten dapat dilihat pada Tabel 3.13.7. Persentase imunisasi lengkap antar kabupaten terdapat variasi yang besar, persentase imunisasi lengkap tertinggi di Kota Ternate (64,2%) dan terendah di Kepulauan Sula (16,95). Selain perbedaan yang besar untuk cakupan imunisasi lengkap antar kabupaten, masih terdapat 14,5 persen anak 12-59 bulan yang belum pernah mendapatkan imunisasi. Persentase tertinggi anak yang belum pernah mendapat imunisasi terdapat Kepulauan Sula (41,8%) dan terendah di Ternate (3,1%).

Tabel 3.13.7
 Persentase imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-59 bulan menurut kabupaten/kota,
 Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Kelengkapan imunisasi dasar		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak imunisasi
Halmahera Barat	31,3	63,6	5,1
Halmahera Tengah	26,3	63,9	9,9
Kepulauan Sula	16,9	41,2	41,8
Halmahera Selatan	28,7	52,2	19,1
Halmahera Utara	38,6	54,1	7,3
Halmahera Timur	20,6	67,0	12,4
Pulau Morotai	23,7	63,7	12,5
Ternate	64,2	32,7	3,1
Tidore Kepulauan	41,7	49,5	8,8
Maluku Utara	34,7	50,8	14,5

Tabel 3.13.8. menunjukkan cakupan imunisasi lengkap menurut karakteristik anak balita, kepala keluarga dan tempat tinggal. Persentase imunisasi lengkap di perkotaan (56%) lebih tinggi daripada di perdesaan (27,2%), dan masih terdapat 17,6 persen anak 12-59 bulan di perdesaan yang tidak mendapat imunisasi sama sekali. Terdapat kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan KK, semakin tinggi pula cakupan imunisasi lengkapnya. Perbedaan cakupan imunisasi lengkap anak umur 12-59 bulan antara kuintil indeks kepemilikan terbawah dan teratas sebesar 46,1 persen. Menurut pekerjaan, terlihat kecenderungan peningkatan cakupan imunisasi lengkap anak umur 12-59 bulan pada kepala keluarga yang bekerja sebagai pegawai maupun wiraswasta.

Tabel 3.13.8.
 Persentase imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-59 bulan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

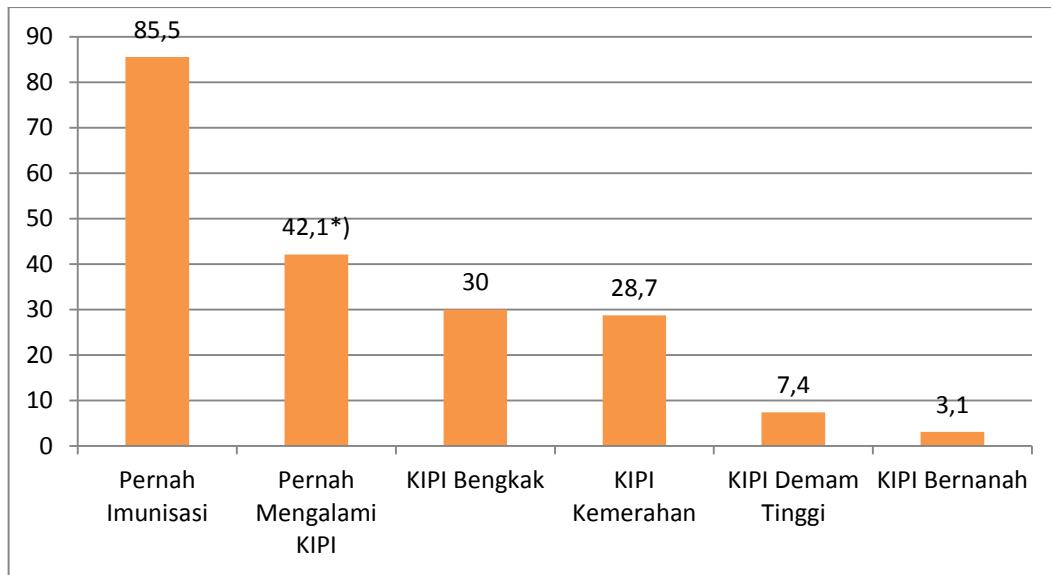
Karakteristik	Kelengkapan imunisasi dasar		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak imunisasi
Jenis Kelamin			
Laki-laki	32,9	52,4	14,8
Perempuan	36,7	49,0	14,3
Pendidikan			
Tidak sekolah	10,5	62,2	27,3
Tidak Tamat SD	25,5	56,4	18,1
Tamat SD	27,9	52,5	19,6
Tamat SLTP	29,9	56,2	13,9
Tamat SLTA	43,9	47,2	8,9
Tamat D1-D3/PT	63,1	30,8	6,2
Pekerjaan			
Tidak bekerja	47,2	45,4	7,5
Pegawai	57,3	37,2	5,5
Wiraswasta	48,8	44,0	7,2
Petani/Nelayan/Buruh	23,1	56,4	20,5
Lainnya	41,1	53,1	5,8
Tempat Tinggal			
Perkotaan	56,0	38,1	5,9
Pedesaan	27,2	55,3	17,6
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	15,3	55,0	29,7
Menengah bawah	25,9	62,4	11,7
Menengah	32,3	58,1	9,7
Menengah atas	46,2	44,2	9,6
Teratas	61,4	33,0	5,6

Tabel 3.13.7 menunjukkan terdapatnya 14,5 persen anak 12-59 bulan yang belum pernah mendapatkan imunisasi. Tabel 3.13.9 menunjukkan bahwa alasan utama tidak diimunisasi adalah sibuk/repot dan takut anak menjadi panas. Semakin tinggi tingkat pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan KK, semakin tinggi pula persentase keluarga yang tidak mengizinkan anaknya diimunisasi dan dengan alasan sibuk/repot. Anak di perkotaan yang tidak diizinkan keluarga untuk diimunisasi (30,7%) lebih tinggi dibandingkan anak di pedesaan (15,35). Persentase balita yang menyatakan bahwa keluarga tidak mengizinkan diimunisasi tertinggi adalah pada kelompok KK yang bekerja petani/nelayan/buruh. Persentase anak di perkotaan yang tidak diimunisasi karena tempat jauh (0%) lebih rendah dibandingkan di pedesaan (19,7%). Namun Gambar 3.13.6 menunjukkan bahwa persentase anak usia 12-59 bulan yang pernah mengalami KUPI cukup tinggi (42,1%), KUPI bengkok (30%), dan KUPI kemerahan (28,7%).

Tabel 3.13.9
 Persentase alasan tidak pernah imunisasi pada anak umur 12-59 bulan
 menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	Alasan tidak pernah imunisasi					
	Keluarga tidak mengizinkan	Takut anak menjadi panas	Anak sering sakit	Tidak tahu tempat imunisasi	Tempat imunisasi jauh	Sibuk/repot
Jenis Kelamin						
Laki-laki	12,9	38,9	5,9		28,0	26,1
Perempuan	23,2	34,0		5,3		46,6
Pendidikan						
Tidak sekolah						100,0
Tidak Tamat SD		70,3				29,7
Tamat SD	6,4	57,3	8,0		17,5	26,7
Tamat SLTP	37,5	17,6		5,2	27,1	21,5
Tamat SLTA						100,0
Tamat D1-D3/PT						100,0
Pekerjaan						
Tidak bekerja						100,0
Pegawai		63,3				36,7
Wiraswasta		56,5				43,5
Petani/Nelayan/Buruh	19,0	35,1	4,4	2,1	20,9	30,9
Lainnya						
Tempat Tinggal						
Perkotaan	30,7					69,3
Pedesaan	15,3	40,3	4,1	2,0	19,7	30,3
Kuntil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	16,2	59,1			8,1	22,3
Menengah bawah		34,3	34,3	16,9	34,3	48,8
Menengah	15,3				62,3	22,4
Menengah atas	43,8					56,2
Teratas						100,0

*) dari 14,5% anak yang tidak diimunisasi



Gambar 3.13.3
 Persentase keluhan kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI) pada anak usia 12-59 bulan, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

3.13.4 Kunjungan Neonatal

Pada Riskesdas 2013 dilakukan pengumpulan data kunjungan neonatal yang meliputi kunjungan pada saat bayi saat berumur 6-48 jam (disebut KN1), 3-7 hari (disebut KN2), dan 8-28 hari (disebut KN3). Data kunjungan neonatus yang dikumpulkan adalah data anak balita umur 0-59 bulan berdasarkan wawancara dengan responden yang paling mengetahui keadaan anak sejak lahir sampai umur saat ini.

Persentase kunjungan neonatal menurut karakteristik anak balita, kepala keluarga, dan tempat tinggal, disajikan pada Tabel 3.13.10. Tabel 3.13.10 menunjukkan bahwa dalam kurun waktu lima tahun terakhir semakin tinggi persentase kunjungan neonatal 6-48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari setelah lahir. Persentase kunjungan neonatal menurut jenis kelamin anak hampir tidak ada perbedaan, sedangkan menurut tempat tinggal, persentase kunjungan neonatus di perkotaan lebih tinggi dari pada di perdesaan. Semakin tinggi tingkat pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan KK cenderung semakin tinggi pula persentase kunjungan neonatal pada saat bayi berumur 6-48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari. Menurut jenis pekerjaan kunjungan neonatal pada saat berumur 6-48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari tertinggi pada jenis pekerjaan pegawai, berturut-turut 69,9%, 52,3%, dan 40,5%.

Setiap bayi baru lahir sebaiknya mendapatkan semua kunjungan neonatal, yaitu pada saat bayi berumur 6-48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari. Bayi yang mendapat kunjungan neonatal tiga kali yaitu pada saat berumur 6-48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari, dapat dinyatakan melakukan kunjungan neonatal lengkap (KN1, KN2, KN3).

Tabel 3.13.10
 Persentase kunjungan neonatal pada anak-anak umur 0-59 bulan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	Kunjungan neonatal		
	KN1 (6 – 48 jam)	KN2 (3 – 7 hari)	KN3 (8 – 28 hari)
Kelompok Umur			
0- 5 bln	60,4	43,9	29,6
6-11 bln	58,7	43,8	33,8
12-23 bln	52,8	37,5	27,3
24-35 bln	49,5	39,3	30,7
36-47 bln	43,7	31,0	25,1
48-59 bln	42,9	31,6	23,4
Jenis Kelamin			
Laki-laki	46,2	34,5	24,5
Perempuan	53,5	39,0	31,0
Pendidikan			
Tidak sekolah	30,8	21,5	19,9
Tidak Tamat SD	45,2	37,8	33,3
Tamat SD	37,3	29,4	23,1
Tamat SLTP	46,5	32,0	22,0
Tamat SLTA	60,7	42,2	31,2
Tamat D1-D3/PT	75,5	56,9	40,5
Pekerjaan			
Tidak berkerja	50,9	30,7	31,1
Pegawai	69,9	52,3	40,6
Wiraswasta	63,5	39,9	25,3
Petani/Nelayan/Buruh	37,9	31,7	24,7
Lainnya	63,0	37,6	22,7
Tempat Tinggal			
Perkotaan	68,2	45,1	31,0
Pedesaan	42,6	33,3	26,3
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	25,1	20,1	17,5
Menengah bawah	43,5	30,4	28,6
Menengah	54,1	41,9	33,4
Menengah atas	62,0	45,7	30,4
Teratas	70,2	50,0	32,3

Persentase kunjungan neonatal lengkap menurut karakteristik disajikan pada Tabel 3.13.11 yang menunjukkan bahwa hampir tidak ada perbedaan persentase kunjungan neonatal lengkap menurut jenis kelamin anak. Menurut tempat tinggal, persentase kunjungan neonatal lengkap di perkotaan lebih tinggi daripada di pedesaan. Di pedesaan, 52 persen anak balita tidak pernah melakukan kunjungan neonatal. Semakin tinggi tingkat pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan KK, maka persentase kunjungan neonatal lengkap cenderung semakin tinggi pula. Perbedaan persentase kunjungan neonatal lengkap antara kuintil indeks kepemilikan teratas dan terbawah adalah 12,6 persen. Menurut jenis pekerjaan kunjungan neonatal lengkap tertinggi pada jenis pekerjaan pegawai, yaitu sebesar 34,3 persen.

Pada balita yang tidak pernah melakukan kunjungan neonatal, terdapat kecenderungan persentase semakin rendah pendidikannya dan kuintil indeks kepemilikan, maka semakin tinggi pula tidak pernah melakukan kunjungan neonatal. Menurut jenis pekerjaan, balita yang tidak pernah melakukan kunjungan neonatal tertinggi pada jenis pekerjaan petani/nelayan/buruh.

Tabel 3.13.11
Persentase kunjungan neonatal lengkap pada anak-anak umur 0-59 bulan menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	Kunjungan Neonatal		
	Tidak pernah KN	KN Tidak Lengkap	KN Lengkap
Kelompok Umur			
0- 5 bln	35,0	40,6	24,4
6-11 bln	35,9	33,9	30,1
12-23 bln	40,1	38,1	21,8
24-35 bln	41,3	36,0	22,7
36-47 bln	53,9	25,0	21,1
48-59 bln	53,2	26,7	20,2
Jenis Kelamin			
Laki-laki	47,6	33,9	18,6
Perempuan	41,9	31,0	27,1
Pendidikan			
Tidak sekolah	67,2	15,7	17,1
Tidak Tamat SD	45,5	27,9	26,6
Tamat SD	58,9	21,2	19,9
Tamat SLTP	48,2	34,6	17,3
Tamat SLTA	33,1	41,5	25,4
Tamat D1-D3/PT	19,2	47,4	33,4
Pekerjaan			
Tidak berkerja	41,7	35,4	23,0
Pegawai	25,1	40,6	34,3
Wiraswasta	30,2	50,3	19,5
Petani/Nelayan/Buruh	56,7	22,6	20,7
Lainnya	34,7	47,0	18,3
Tempat Tinggal			
Perkotaan	26,5	48,3	25,2
Pedesaan	52,0	26,4	21,7
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	69,7	17,0	13,3
Menengah bawah	49,8	28,2	22,0
Menengah	41,3	28,5	30,2
Menengah atas	33,4	40,2	26,4
Teratas	23,9	50,2	25,9

3.13.5 Perawatan Tali Pusar

Riskesmas 2013 juga menyediakan informasi tentang cara perawatan tali pusar bayi baru lahir. Tali pusar yang telah dipotong dan diikat, tidak diberi apa-apa (menurut Asuhan Persalinan Normal = APN). Sebelum metode APN diterapkan, tali pusar dirawat dengan alkohol atau antiseptik lainnya.

Tabel 3.13.12
Persentase cara perawatan tali pusar pada anak umur 0-59 bulan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Cara perawatan tali pusar			
	Tidak diberi apa-apa	Diberi betadine/ alkohol	Diberi obat tabur	Diberi ramuan /obat tradisional
Halmahera Barat	7,4	50,9	1,4	40,4
Halmahera Tengah	18,2	34,3	11,0	36,5
Kepulauan Sula	24,5	24,7	5,4	45,5
Halmahera Selatan	9,6	31,6	5,0	53,8
Halmahera Utara	13,8	80,0	0,8	5,3
Halmahera Timur	20,8	41,8	0,7	36,7
Pulau Morotai	16,7	57,4	2,7	23,2
Ternate	35,7	50,7	0	13,5
Tidore Kepulauan	7,4	67,9	1,6	23,1
Maluku Utara	18,3	47,3	2,8	31,6

Tabel 3.13.12 menyajikan persentase cara perawatan tali pusar pada anak usia 0-59 bulan menurut kabupaten. Dari Tabel tersebut diketahui bahwa persentase cara perawatan tali pusar pada anak usia 0-59 bulan dengan tidak diberi apa-apa sebesar 18,3 persen, diberi betadine/alkohol sebesar 47,3 persen, dan diberi obat tabur sebesar 2,8 persen.

3.13.6 Pola Pemberian ASI

Dalam Riskesdas 2013 dikumpulkan data tentang pola pemberian ASI dan pola pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada anak umur 0-23 bulan yang meliputi: proses mulai menyusui, inisiasi menyusui dini (IMD), pemberian kolostrum, pemberian makanan prelakteal, menyusui eksklusif, dan pemberian MP-ASI. Dalam buku ini ditampilkan proses menyusui dan menyusui eksklusif. Menyusui eksklusif jika anak usia 0-6 bulan hanya diberi ASI saja pada 24 jam terakhir dan tidak diberi makanan prelakteal.

Menyusui sejak dini mempunyai dampak yang positif baik bagi ibu maupun bayinya. Bagi bayi, menyusui mempunyai peran penting yang fundamental pada kelangsungan hidup bayi, kolostrum yang kaya dengan zat antibodi, pertumbuhan yang baik, kesehatan, dan gizi bayi. Untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas bayi dan balita, Inisiasi menyusui dini mempunyai peran penting bagi ibu dalam merangsang kontraksi uterus sehingga mengurangi perdarahan pasca melahirkan (*postpartum*).

Menyusui dalam jangka panjang dapat memperpanjang jarak kelahiran karena masa *amenorrhoe* lebih panjang, pemulihan status gizi yang lebih baik sebelum kehamilan berikutnya. UNICEF dan WHO membuat rekomendasi pada ibu untuk menyusui eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya. Sesudah usia 6 bulan bayi baru dapat diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) dengan tetap memberikan ASI sampai minimal umur 2 tahun. Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan juga merekomendasikan kepada ibu untuk menyusui eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya.

Persentase proses mulai menyusui pada anak umur 0-23 bulan menurut kabupaten disajikan pada Tabel 3.13.13. Persentase provinsi proses mulai menyusui kurang dari satu jam (IMD) setelah bayi lahir adalah 27 persen, tertinggi di Halmahera Utara (44%) dan persentase paling rendah adalah di Halmahera Selatan (6,2%).

Tabel 3.13.13
Persentase proses mulai menyusu pada anak umur 0-23 bulan menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Kategori proses mulai menyusu				
	<1 jam (IMD)	1-6 jam	7-23 jam	24-47 jam	≥48 jam
Halmahera Barat	24,2	46,8	7,3	8,4	13,3
Halmahera Tengah	26,8	40,1	1,7	17,7	13,7
Kepulauan Sula	11,5	44,3	4,5	14,8	25,0
Halmahera Selatan	6,2	48,5	2,4	21,4	21,4
Halmahera Utara	44,0	47,2	1,9	2,1	4,7
Halmahera Timur	35,6	37,6	6,6	4,0	16,2
Pulau Morotai	35,6	6,5	0,2	24,8	33,0
Ternate	39,0	33,1	5,2	9,7	13,0
Tidore Kepulauan	32,0	33,9	2,9	13,3	17,9
Maluku Utara	27,0	39,6	3,8	12,6	17,0

3.13.7 Cakupan Kapsul Vitamin A

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

3.13.8 Pemantauan Pertumbuhan

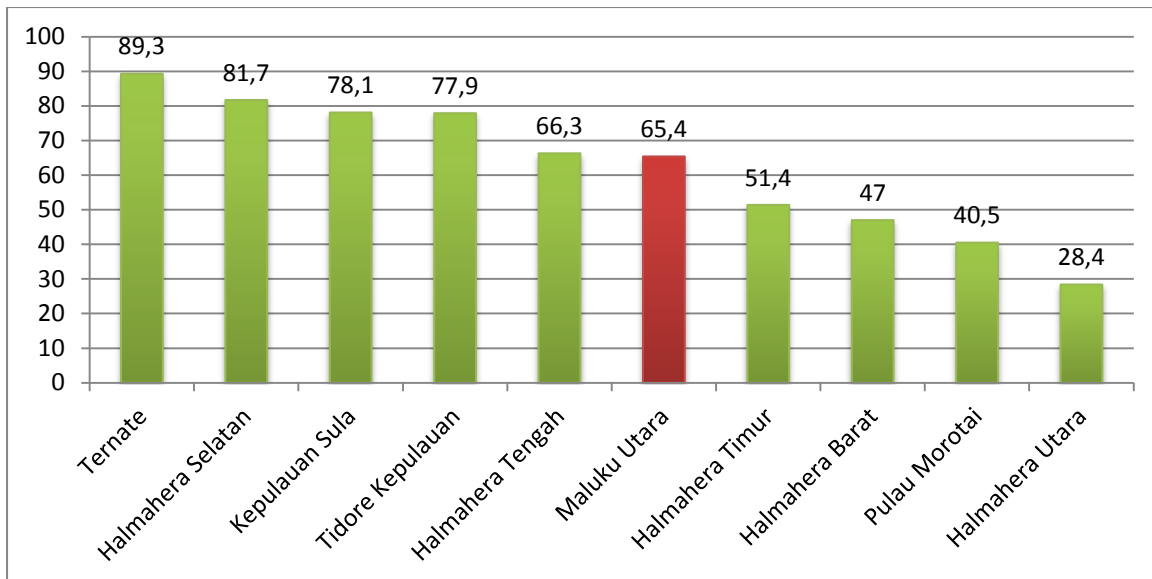
Pemantauan pertumbuhan balita sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan pertumbuhan (*growth faltering*) secara dini. Untuk mengetahui pertumbuhan tersebut, penimbangan balita setiap bulan sangat diperlukan. Penimbangan balita dapat dilakukan di berbagai tempat seperti Posyandu, Polindes,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

Pada Riskesdas 2013, ditanyakan frekuensi penimbangan anak umur 6-59 bulan selama enam bulan terakhir yang bertujuan untuk memperoleh informasi tentang frekuensi penimbangan ART untuk pemantauan pertumbuhan dalam 6 bulan terakhir. Idealnya dalam 6 bulan anak balita ditimbang minimal 6 kali.

3.13.9 Sunat Perempuan

Riskesdas 2013 menyajikan data atau informasi tentang kebiasaan/perilaku sunat pada anak perempuan usia 0-11 tahun berupa presentase pernah disunat, presentase kategori umur ketika disunat. Selain itu juga disajikan data tentang presentase orang yang menyarankan untuk melakukan sunat dan presentase yang melakukan sunat anak perempuan, keduanya disajikan lengkap dalam buku Riskesdas 2013 dalam Angka.

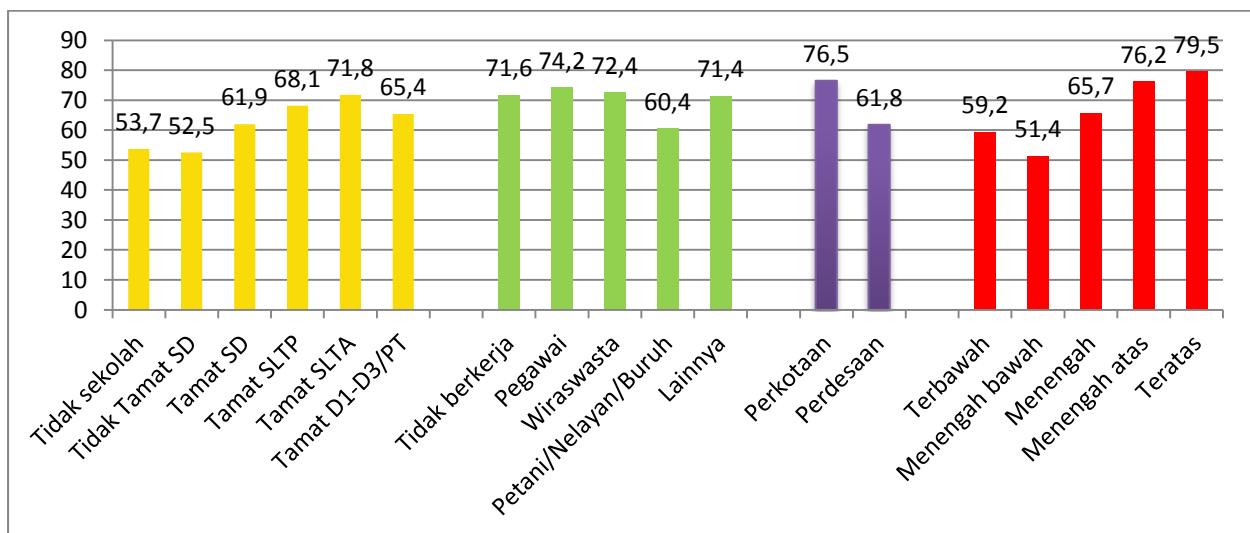
Persentase pernah disunat pada anak perempuan usia 0 - 11 tahun menurut kabupaten disajikan pada Gambar 3.13.15. Dari Tabel tersebut dihasilkan persentase pernah disunat pada anak perempuan usia 0 - 11 tahun sebesar 65,4 persen, tertinggi di Ternate (89,3%) dan terendah di Halmahera Utara (28,4%).



Gambar 3.13.4

Persentase anak perempuan usia 0-11 tahun yang pernah disunat menurut kabupaten, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Gambar 3.13.4 menyajikan persentase pernah disunat pada anak perempuan usia 0 - 11 tahun menurut pendidikan KK, pekerjaan KK, tempat tinggal, dan kuintil indeks kepemilikan. Menurut pendidikan dan pekerjaan KK, persentase pernah disunat pada anak perempuan usia 0 - 11 tahun bervariasi antar tingkat pendidikan, maupun jenis pekerjaan KK. Persentase pernah disunat pada anak perempuan usia 0 - 11 tahun di perkotaan sebesar 76,5 persen lebih tinggi daripada di perdesaan (61,8%). Menurut kuintil indeks kepemilikan, tampak adanya peningkatan persentase pernah disunat pada anak perempuan usia 0 - 11 tahun pada kuintil terbawah sampai dengan kuintil menengah atas.



Gambar 3.13.5

Persentase anak perempuan usia 0 - 11 tahun yang pernah disunat menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

3.14. Status Gizi

3.14.1. Status Gizi Balita

3.14.1.1 Cara Penilaian Status Gizi Balita

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Berat badan anak ditimbang dengan menggunakan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg, panjang dan tinggi badan diukur menggunakan alat ukur panjang/tinggi 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 balita WHO 2005. Selanjutnya berdasarkan nilai Z-score dari masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi balita dengan batasan sebagai berikut :

a. Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan indikator BB/U :

Gizi Buruk	: Zscore < -3,0
Gizi Kurang	: Zscore \geq -3,0 s/d Zscore < -2,0
Gizi Baik	: Zscore \geq -2,0 s/d Zscore \leq 2,0
Gizi Lebih	: Zscore > 2,0

b. Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan indikator TB/U:

Sangat Pendek	: Zscore < -3,0
Pendek	: Zscore \geq -3,0 s/d Zscore < -2,0
Normal	: Zscore \geq -2,0

c. Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan indikator BB/TB:

Sangat Kurus	: Zscore < -3,0
Kurus	: Zscore \geq -3,0 s/d Zscore < -2,0
Normal	: Zscore \geq -2,0 s/d Zscore \leq 2,0
Gemuk	: Zscore > 2,0

d. Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan gabungan indikator TB/U dan BB/TB:

Pendek-Kurus	: Zscore TB/U < -2,0 dan ZScore BB/TB < -2,0
Pendek-Normal	: Zscore TB/U < -2,0 dan Zscore BB/TB antara -2,0 s/d 2,0
Pendek-Gemuk	: Zscore \geq -2,0 s/d Zscore \leq 2,0
TB Normal-Kurus	: Zscore TB/U \geq -2,0 dan Zscore BB/TB < -2,0
TB Normal-Normal	: Zscore TB/U \geq -2,0 dan Zscore BB/TB antara -2,0 s/d 2,0
TB Normal-Gemuk	: Zscore TB/U \geq -2,0 dan Zscore BB/TB > 2,0

Perhitungan angka prevalensi dilakukan sebagai berikut:

Berdasarkan indikator BB/U:

Prevalensi gizi buruk	: (S Balita gizi buruk/S Balita) x 100%
Prevalensi gizi kurang	: (S Balita gizi kurang/S Balita) x 100%
Prevalensi gizi baik	: (S Balita gizi baik/S Balita) x 100%
Prevalensi gizi lebih	: (S Balita gizi lebih/S Balita) x 100%

Berdasarkan indikator TB/U

Prevalensi sangat pendek	: (S Balita sangat pendek/S Balita) x 100%
Prevalensi pendek	: (S Balita pendek/S Balita) x 100%
Prevalensi normal	: (S Balita normal/S Balita) x 100%

Berdasarkan indikator BB/TB:

Prevalensi sangat kurus	: (S Balita sangat kurus/S Balita) x 100%
Prevalensi kurus	: (S Balita kurus/S Balita) x 100%
Prevalensi normal	: (S Balita normal/S Balita) x 100%
Prevalensi gemuk	: (S Balita gemuk/S Balita) x 100%

Berdasarkan gabungan indikator TB/U dan BB/TB

Prevalensi pendek-kurus	:	$(S \text{ Balita pendek-kurus} / S \text{ Balita}) \times 100\%$
Prevalensi pendek-normal	:	$(S \text{ Balita pendek-normal} / S \text{ Balita}) \times 100\%$
Prevalensi pendek-gemuk	:	$(S \text{ Balita pendek-gemuk} / S \text{ Balita}) \times 100\%$
Prevalensi TB normal-kurus	:	$(S \text{ Balita normal-kurus} / S \text{ Balita}) \times 100\%$
Prevalensi TB normal-normal	:	$(S \text{ Balita normal-normal} / S \text{ Balita}) \times 100\%$
Prevalensi TB normal-gemuk	:	$(S \text{ Balita normal-gemuk} / S \text{ Balita}) \times 100\%$

Dalam laporan ini ada beberapa istilah status gizi yang digunakan, yaitu:

Berat Kurang	:	Istilah untuk gabungan gizi buruk dan gizi kurang (<i>underweight</i>)
Kependekan	:	Istilah untuk gabungan sangat pendek dan pendek (<i>Stunting</i>)
Kekurusan	:	Istilah untuk gabungan sangat kurus dan kurus (<i>Wasting</i>)

3.14.1.2. Sifat-Sifat Indikator Status Gizi

Indikator BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara UMUM. Indikator ini tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis ataupun akut karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Dengan kata lain, berat badan yang rendah dapat disebabkan karena pendek (kronis) atau sedang menderita atau penyakit infeksi lain (akut).

Indikator TB/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya KRONIS sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, misalnya: kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat dan pola asuh/pemberian makan yang kurang baik dari sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi PENDEK.

Indikator BB/TB dan IMT/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya AKUT sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tidak lama (singkat), misalnya: terjadi wabah penyakit dan kekurangan makan (kelaparan) yang mengakibatkan anak menjadi KURUS. Disamping untuk mengidentifikasi masalah kekurangan dan indikator BB/TB dan IMT/U dapat juga memberikan indikasi kegemukan. Masalah kekurangan dan kegemukan pada umur dini dapat berakibat pada rentannya terhadap berbagai penyakit degeneratif pada saat dewasa (Teori Barker).

Masalah gizi akut-kronis adalah masalah gizi yang memiliki sifat masalah gizi akut dan kronis. sebagai contoh adalah anak yang kurus dan pendek.

3.14.1.3. Status Gizi Balita menurut indikator BB/U

Pada Tabel 3.14.1. dan Gambar 3.14.1 menyajikan prevalensi berat kurang (*underweight*) menurut kabupaten dan propinsi. Dapat dilihat bahwa secara propinsi, prevalensi berat kurang pada tahun 2013 adalah 24,9 persen, terdiri dari 9,2 persen gizi buruk dan 15,7 gizi kurang. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi propinsi tahun 2007 (22,8 %). Perubahan terutama terjadi pada prevalensi gizi kurang yaitu dari 16,1 persen tahun 2007 dan 15,7 persen pada tahun 2013 atau turun sebesar 0,4 persen, sedangkan prevalensi gizi buruk naik sebesar 2,5 persen. Bila dibandingkan dengan pencapaian sasaran MDG tahun 2015 yaitu 15,5 persen maka prevalensi gizi berat kurang secara nasional harus diturunkan minimal sebesar 9,4 persen dalam periode 2013 sampai 2015.

Diantara 9 kabupaten di Provinsi Maluku Utara, 6 kabupaten memiliki prevalensi gizi berat kurang di atas angka prevalensi nasional (19,6) yaitu berkisar antara 23,8 persen sampai dengan 37 persen. Urutan ke 8 tersebut dari yang tertinggi sampai terendah adalah (1) Halmahera Barat, (2) Halmahera Selatan, (3) Pulau Morotai, (4) Halmahera Tengah, (5) Kepulauan Sula, (6) Halmahera Timur.

Atas dasar sasaran MDG 2015, terdapat satu kabupaten yang memiliki prevalensi gizi berat kurang di bawah sasaran MDG atau sudah mencapai sasaran, yaitu: Halmahera Utara. Menurut WHO 2010 masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi BB/U berat kurang pada prevalensi antara 20 persen - 29,0 persen, dan dianggap prevalensi sangat tinggi bila prevalensi berat kurang lebih besar atau sama dengan 30 persen. Pada tahun 2013, secara

provinsi prevalensi BB/U berat kurang pada balita sebesar 24,9 persen. Hal ini berarti bahwa masalah berat kurang di Maluku Utara masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang mendekati prevalensi tinggi. Diantara 9 kabupaten/kota, terdapat 6 kabupaten yang mempunyai masalah berat kurang dengan kategori prevalensi tinggi, dan 3 kabupaten termasuk kategori prevalensi sangat tinggi, yaitu Kabupaten Halmahera Barat, Halmahera Selatan, dan Pulau Morotai.

3.14.1.4. Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator TB/U

Tabel 3.14.2 dan Gambar 3.14.2. menyajikan prevalensi kependekan (*stunting*) menurut kabupaten/kota dan provinsi. Prevalensi kependekan Propinsi Maluku Utara tahun 2013 adalah 41,1 persen, yang berarti terjadi peningkatan dari keadaan tahun 2007 sebesar 40,2 persen.. Prevalensi kependekan sebesar 41,1 persen terdiri dari 18,3 persen sangat pendek dan 22,8 persen pendek. Pada tahun 2013 prevalensi sangat pendek menunjukkan penurunan, dari 25,4 persen tahun 2007. Prevalensi pendek meningkat dari 14,8 persen pada tahun 2007.

Prevalensi kependekan di atas prevalensi nasional (37,2) terdapat di 8 kabupaten, dengan urutan dari prevalensi tertinggi sampai terendah, yaitu: (1) Halmahera Selatan, (2) Kepulauan Sula, (3) Halmahera Barat, (4) Halmahera Tengah, (5) Halmahera Timur, (6) Pulau Morotai, (7) Tidore Kepulauan, (8) Halmahera Utara.

Menurut WHO 2010¹, masalah kesehatan masyarakat dianggap prevalensi tinggi bila prevalensi kependekan sebesar 30 – 39 persen dan prevalensi sangat tinggi bila diatas atau sama dengan 40 persen. Sebanyak 2 kabupaten termasuk kategori prevalensi tinggi dan sebanyak 6 kabupaten termasuk kategori prevalensi sangat tinggi, yaitu 1. Halmahera Selatan, 2. Kep. Sula, 3. Halmahera Barat, 4. Halmahera Tengah, 5. Halmahera Timur, 6. Pulau Morotai

3.14.1.5. Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/TB

Tabel 3.14.3. dan Gambar 3.14.3 menyajikan prevalensi kekurusan menurut kabupaten dan propinsi. Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah keadaan sangat kurus yaitu anak dengan nilai Z-score < -3,0 SD. Prevalensi sangat kurus secara propinsi tahun 2013 masih cukup tinggi yaitu 3,9 persen, terdapat peningkatan dari tahun 2007 (3,8 %). Demikian pula halnya dengan prevalensi kurus sebesar 8,3 persen juga menunjukkan adanya penurunan dari 11,1 persen (tahun 2007). Secara keseluruhan prevalensi balita dengan BB/TB kurus dan sangat kurus menurun dari 14,9 persen pada tahun 2007 menjadi 12,2 persen pada tahun 2013.

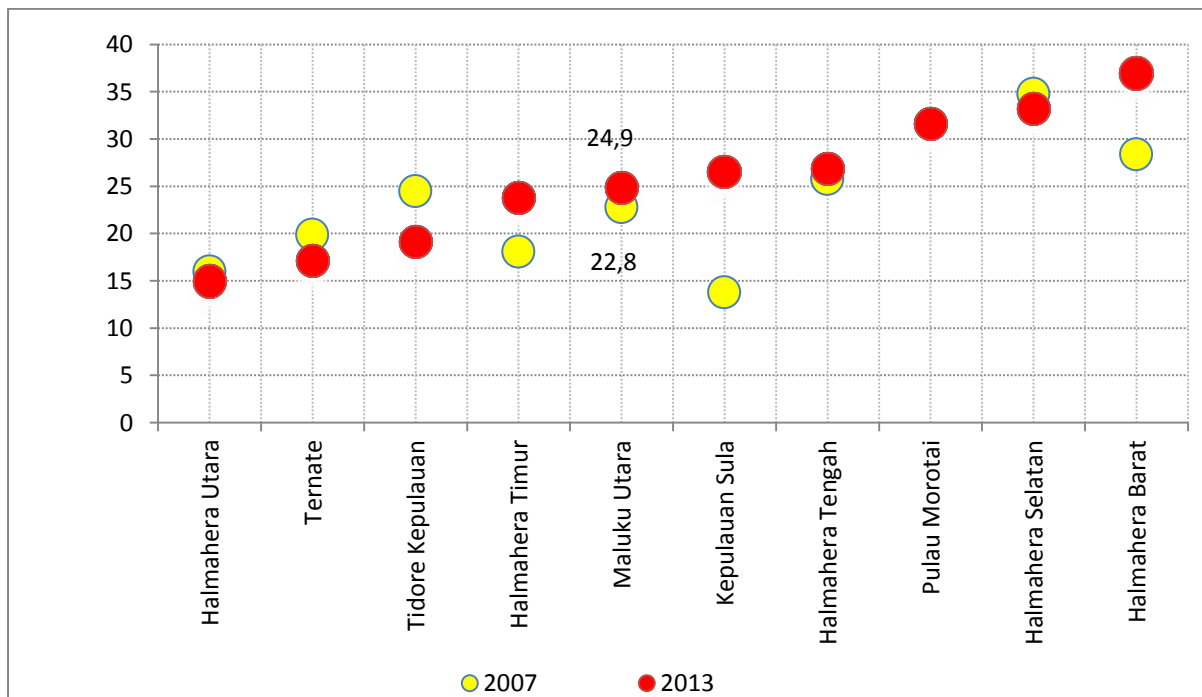
Prevalensi kekurusan di atas prevalensi nasional (13,6) terdapat di 4 kabupaten dengan urutan dari prevalensi tertinggi sampai terendah, adalah: (1) Halmahera Barat, (2) Halmahera Tengah, (3) Halmahera Selatan, (4) Kepulauan Sula.

Pada tahun 2013 prevalensi kegemukan di Propinsi Maluku adalah 7,3 persen, yang menunjukkan terjadi penurunan yaitu dari 12,8 persen pada tahun 2007. Tidak ada kabupaten/kota di Maluku Utara yang memiliki masalah kegemukan di atas angka nasional (11,8).

Menurut WHO 2010¹ masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi BB/TB Kurus antara 10,0 persen - 14,0 persen, dan dianggap kritis bila di atas atau sama dengan 15,0 persen. Pada tahun 2013, di Propinsi Maluku prevalensi BB/TB kurus pada balita masih 8,3 persen. Hal ini berarti bahwa masalah kekurusan di Propinsi Maluku Utara belum merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius.

Tabel 3.14.1
Prevalensi status gizi balita Berat Badan Menurut Umur (BB/U) menurut kabupaten/kota,
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

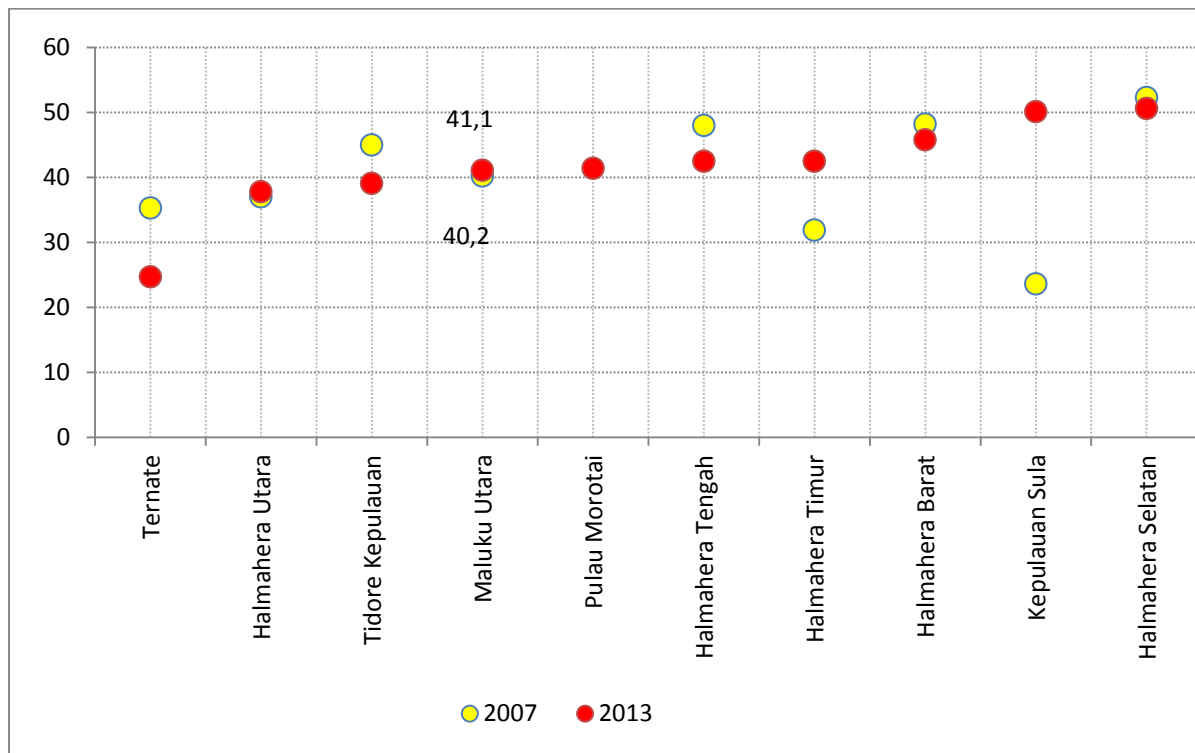
Kabupaten/Kota	Status Gizi Menurut BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	gizi baik	Gizi lebih
Halmahera Barat	9,6	27,4	56,0	7,0
Halmahera Tengah	9,2	17,7	69,8	3,3
Kepulauan Sula	14,0	12,6	66,7	6,7
Halmahera Selatan	15,3	17,9	63,5	3,3
Halmahera Utara	4,8	10,2	82,8	2,2
Halmahera Timur	5,5	18,3	72,5	3,7
Pulau Morotai	9,4	22,2	67,0	1,4
Ternate	4,3	12,9	81,0	1,9
Tidore Kepulauan	7,5	11,7	79,4	1,4
Maluku Utara	9,2	15,7	71,7	3,4



Gambar 3.14.1
Kecenderungan prevalensi status gizi BB/U < -2SD menurut kabupaten/kota, Maluku Utara
Riskesdas 2007 dan 2013

Tabel 3.14.2
Prevalensi status gizi balita Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

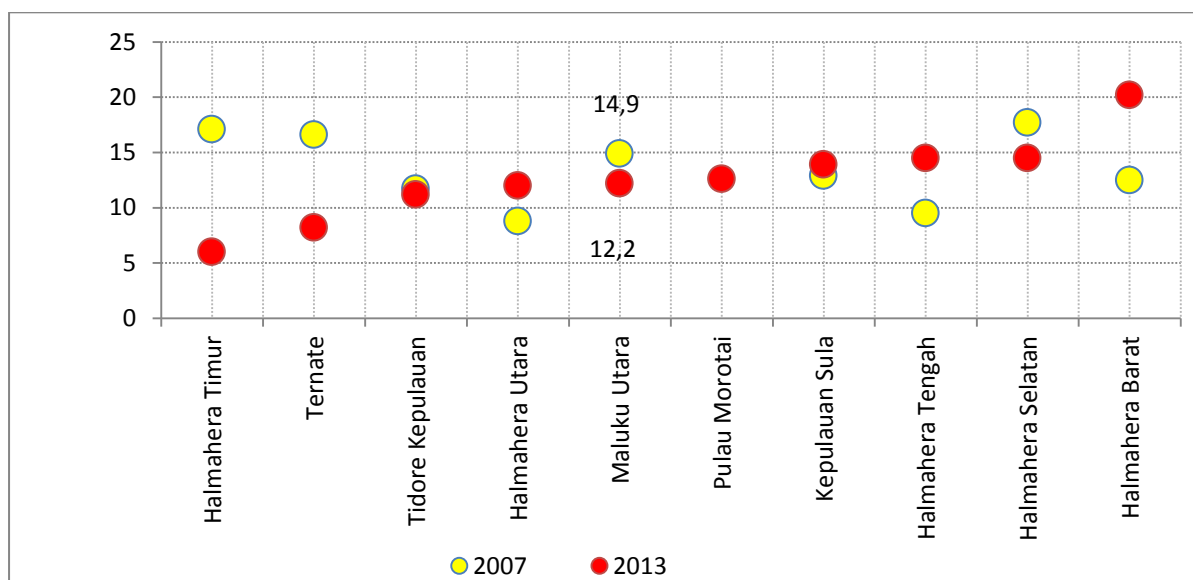
Kabupaten/Kota	Status Gizi Menurut TB/U		
	sangat pendek	pendek	normal
Halmahera Barat	24,3	21,5	54,2
Halmahera Tengah	18,7	23,8	57,5
Kepulauan Sula	21,5	28,6	49,9
Halmahera Selatan	27,0	23,6	49,4
Halmahera Utara	14,2	23,6	62,1
Halmahera Timur	18,0	24,5	57,5
Pulau Morotai	20,1	21,3	58,6
Ternate	8,3	16,4	75,3
Tidore Kepulauan	13,9	25,2	60,9
Maluku Utara	18,3	22,8	59,0



Gambar 3.14.2
Kecenderungan prevalensi status gizi TB/U <-2 SD menurut kabupaten/kota, Maluku Utara Riskesdas tahun 2007 dan 2013

Tabel 3.14.3
Prevalensi status gizi balita Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten	Status Gizi Menurut BB/TB			
	sangat kurus	kurus	normal	gemuk
Halmahera Barat	8,8	11,4	74,9	4,9
Halmahera Tengah	3,4	11,1	79,4	6,1
Kepulauan Sula	5,5	8,4	79,1	7,0
Halmahera Selatan	5,7	8,8	77,5	8,0
Halmahera Utara	4,0	8,0	82,7	5,3
Halmahera Timur	0,5	5,5	87,1	6,9
Pulau Morotai	2,8	9,8	80,4	7,1
Ternate	1,4	6,8	83,1	8,7
Tidore Kepulauan	2,7	8,5	78,8	10,1
Maluku Utara	3,9	8,3	80,5	7,3



Gambar 3.14.3.
Kecenderungan prevalensi status gizi BB/TB <-2 SD menurut kabupaten/kota, Maluku Utara, Riskesdas tahun 2007 dan 2013

3.14.1.6. Prevalensi Status Gizi Balita Menurut Karakteristik Responden

Tabel 3.14.4, sampai dengan Tabel 3.14.6, dan Gambar 3.14.4. menyajikan prevalensi status gizi balita berdasarkan indikator BB/U, TB/U, BB/TB menurut karakteristik responden yang mencakup kelompok umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pendidikan kepala rumahtangga, pekerjaan kepala rumahtangga, tempat tinggal dan kuintil indeks kepemilikan rumahtangga. Kuintil indeks kepemilikan rumahtangga disajikan mulai terbawah, menengah bawah, menengah, menengah atas dan teratas mengindikasikan tingkat kesejahteraan terbawah, menengah bawah, menengah, menengah atas dan teratas.

Prevalensi kependekan (sangat pendek dan pendek) terdapat pada balita kelompok umur 24 – 35 bulan (41,1%). Prevalensi berat kurang (gizi buruk & gizi kurang) menunjukkan bahwa semakin bertambah umur balita semakin tinggi prevalensi masalah gizinya. Pada masalah kekurusan dan kegemukan menunjukkan bahwa semakin bertambah umur semakin menurun

prevalensinya. Menurut jenis kelamin ditemukan bahwa prevalensi berat kurang dan kependekan pada balita laki-laki lebih tinggi daripada balita perempuan yaitu berturut-turut sebesar 41,2 persen dan 40,9 persen. Sedangkan menurut tempat tinggal, prevalensi berat kurang dan kependekan di perkotaan lebih rendah daripada balita di perdesaan yaitu berturut-turut 17,4 persen dan 27,3 persen. Secara umum prevalensi berat kurang dan prevalensi kependekan pada balita memiliki pola yang konsisten dengan ketiga karakteristik responden tersebut.

Prevalensi berat kurang, kependekan dan kekurusan semakin rendah seiring dengan meningkatnya pendidikan kepala rumahtangga.

Prevalensi anak balita kegemukan yang kepala rumah tangga tidak pernah sekolah, tamat SLTP, dan tamat D1-D3/PT memiliki prevalensi yang hampir sama. Hal yang perlu dikaji lebih lanjut adalah tingginya prevalensi kegemukan pada balita yang kepala rumahtangganya tidak pernah sekolah yaitu 12,8 persen sedikit di atas prevalensi kegemukan balita pada kepala rumahtangga yang berpendidikan SLTP (10,1 %) dan tamat D1-D3/PT yaitu 10,6%.

Jika dilihat prevalensi masalah gizi balita berdasarkan jenis pekerjaan kepala rumahtangga terlihat bahwa pada jenis pekerjaan yang berpenghasilan relatif tetap prevalensi berat kurang, prevalensi kependekan dan kekurusan lebih rendah dibandingkan dengan jenis pekerjaan yang berpenghasilan tidak tetap. Sebaliknya, prevalensi kegemukan terlihat relatif lebih tinggi pada jenis pekerjaan berpenghasilan tetap dibandingkan dengan pekerjaan yang tidak berpenghasilan tetap.

Pola antara prevalensi berat kurang, kependekan dan kekurusan dengan kuintil indeks kepemilikan terlihat jelas. Semakin baik keadaan kesejahteraan rumahtangga semakin rendah prevalensi berat kurang. Tidak terdapat pola yang jelas antara prevalensi kegemukan dengan tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita.

Tabel 3.14.4
Prevalensi status gizi balita BB/U menurut karakteristik
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

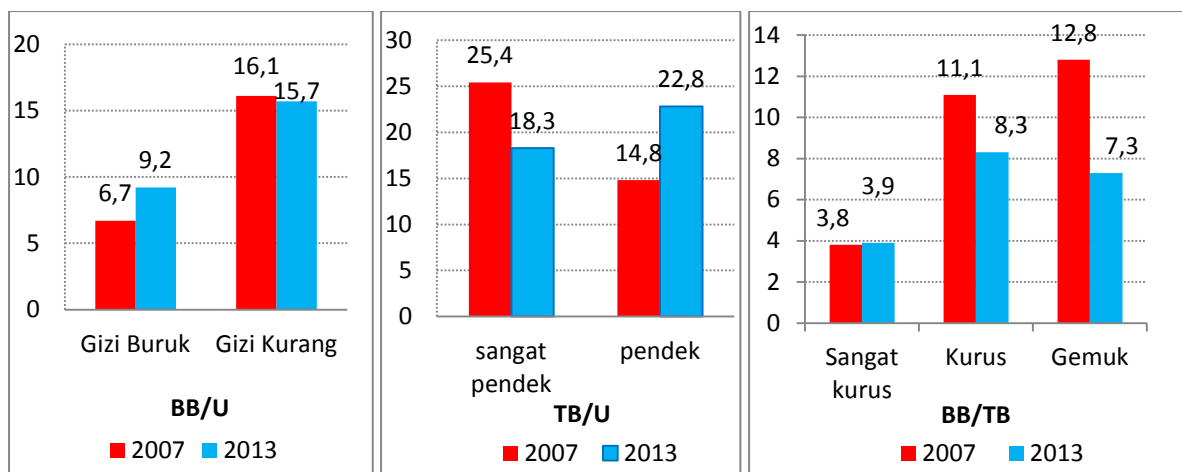
Karakteristik	Status Gizi BB/U			
	Gizi Buruk (%)	Gizi Kurang (%)	Gizi Baik (%)	Gizi Lebih (%)
Kelompok Umur				
0-5 bln	5,1	7,4	79,0	8,6
6-11 bln	4,8	13,5	76,8	4,9
12-23 bln	8,9	12,9	74,2	4,0
24-35 bln	12,0	18,5	66,3	3,3
36-47 bln	10,2	18,0	69,1	2,6
48-59 bln	9,7	18,0	71,4	9
Jenis Kelamin				
Laki-laki	9,5	15,1	71,6	3,9
Perempuan	8,9	16,5	71,8	2,8
Pendidikan				
Tidak sekolah	6,5	16,1	77,4	0,0
Tidak Tamat SD	11,9	20,9	61,8	5,4
Tamat SD	10,1	16,1	69,5	4,3
Tamat SLTP	13,1	14,6	69,5	2,8
Tamat SLTA	6,5	15,7	76,3	1,5
Tamat D1-D3/PT	1,0	11,1	82,8	5,0
Status Pekerjaan				
Tidak berkerja	5,6	15,7	75,3	3,4
Pegawai	2,2	15,6	78,3	4,0
Wiraswasta	9,5	11,4	76,8	2,3
Petani/Nelayan/Buruh	12,3	17,7	66,6	3,4
Lainnya	2,6	10,0	83,3	4,0
Tempat Tinggal				
Perkotaan	4,1	13,3	80,0	2,7
Pedesaan	11,1	16,7	68,5	3,7
Kuntil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	15,8	15,8	63,3	5,0
Menengah bawah	9,5	16,2	70,7	3,6
Menengah	10,5	17,3	69,9	2,3
Menengah atas	5,5	14,5	76,1	3,9
Teratas	3,0	15,1	80,3	1,6

Tabel 3.14.5
Prevalensi status gizi balita TB/U menurut karakteristik
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Kelompok Umur			
0-5 bln	20,1	9,8	70,1
6-11 bln	17,3	15,1	67,6
12-23 bln	21,0	25,3	53,7
24-35 bln	23,4	26,1	50,4
36-47 bln	20,3	24,2	55,6
48-59 bln	9,1	24,1	66,8
Jenis Kelamin			
Laki-laki	19,1	22,1	58,9
Perempuan	17,4	23,5	59,2
Pendidikan			
Tidak sekolah	30,4	15,9	53,7
Tidak Tamat SD	25,3	21,8	52,9
Tamat SD	22,0	27,8	50,2
Tamat SLTP	19,9	21,3	58,8
Tamat SLTA	12,2	23,2	64,6
Tamat D1-D3/PT	6,7	12,0	81,3
Status Pekerjaan			
Tidak berkerja	16,4	16,5	67,0
Pegawai	6,2	15,1	78,7
Wiraswasta	14,2	18,2	67,5
Petani/Nelayan/Buruh	23,9	25,6	50,5
Lainnya	10,9	33,6	55,5
Tempat Tinggal			
Perkotaan	10,6	16,7	72,8
Perdesaan	21,2	25,1	53,6
Kuntil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	26,9	25,9	47,1
Menengah bawah	18,7	28,4	52,9
Menengah	21,5	20,7	57,8
Menengah atas	15,1	21,9	63,0
Teratas	8,0	15,7	76,4

Tabel 3.14.6
Prevalensi status gizi balita BB/TB menurut karakteristik,
di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	Status Gizi Menurut BB/TB			
	Sangat Kurus (%)	Kurus (%)	Normal (%)	Gemuk (%)
Kelompok Umur				
0-5 bln	1,7	4,2	63,0	31,1
6-11 bln	4,4	14,7	69,0	11,9
12-23 bln	5,8	5,2	82,7	6,3
24-35 bln	4,7	8,7	84,2	2,3
36-47 bln	1,4	9,9	83,9	4,8
48-59 bln	4,3	7,6	83,0	5,2
Jenis Kelamin				
Laki-laki	4,0	8,0	80,5	7,5
Perempuan	3,8	8,6	80,6	7,1
Pendidikan				
Tidak sekolah	3,1	2,8	81,3	12,8
Tidak Tamat SD	6,1	11,7	76,0	6,2
Tamat SD	3,3	9,1	82,1	5,5
Tamat SLTP	6,4	8,4	75,1	10,1
Tamat SLTA	2,4	6,3	85,6	5,7
Tamat D1-D3/PT	1,2	8,0	80,3	10,6
Status Pekerjaan				
Tidak berkerja	2,0	10,6	76,6	10,8
Pegawai	0,6	6,8	86,3	6,4
Wiraswasta	3,1	6,3	84,5	6,0
Petani/Nelayan/Buruh	5,5	9,7	78,4	6,4
Lainnya	1,9	2,9	78,7	16,5
Tempat Tinggal				
Perkotaan	3,0	6,9	82,2	8,0
Pedesaan	4,2	8,9	79,9	7,1
Kuntil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	5,3	9,7	78,8	6,2
Menengah bawah	4,3	8,2	83,0	4,4
Menengah	5,5	6,7	79,4	8,3
Menengah atas	2,0	7,6	81,2	9,2
Teratas	2,2	8,2	80,4	9,1



Gambar 3.14.4
Kecenderungan prevalensi status gizi balita menurut indikator BB/U, TB/U dan BB/TB berdasarkan data Riskesdas tahun 2007 dan 2013

3.14.2. Status gizi anak umur 5-18 tahun

Status Gizi anak umur 5-18 tahun dikelompokkan menjadi tiga kelompok umur yaitu 5-12 tahun, 13-15 tahun dan 16-18 tahun. Indikator status gizi yang digunakan untuk kelompok umur ini didasarkan pada hasil pengukuran antropometri berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) yang disajikan dalam bentuk tinggi badan menurut umur (TB/U) dan Indeks Massa Tubuh menurut umur (IMT/U).

Berdasarkan baku antropometri anak 5-19 tahun WHO 2007 dihitung nilai Z_{score} TB/U dan IMT/U masing-masing anak. Selanjutnya berdasarkan nilai Z_{score} ini status gizi anak dikategorikan sebagai berikut:

Berdasarkan indikator TB/U:

- Sangat pendek : $Z_{score} < -3$,
- Pendek : $Z_{score} \geq -3,0$ s/d $< -2,0$ dan
- Normal : $Z_{score} \geq -2,0$

Berdasarkan indikator IMT/U:

- Sangat kurus : $Z_{score} < -3,0$
- Kurus : $Z_{score} \geq -3,0$ s/d $< -2,0$
- Normal : $Z_{score} \geq -2,0$ s/d $\leq 1,0$
- Gemuk : $Z_{score} > 1,0$ s/d $\leq 2,0$
- Obesitas : $Z_{score} > 2,0$

3.14.2.1 Status Gizi Anak Umur 5 -12 Tahun

Status Gizi Anak Umur 5 – 12 Tahun Menurut Indikator TB/U dan IMT/U

Pada Tabel 3.14.7. dapat dilihat bahwa di Propinsi Maluku prevalensi kependekan menurut TB/U pada anak umur 5-12 tahun, adalah 31,8 persen yang terdiri dari 10,4 persen sangat pendek dan 21,4 persen pendek. Prevalensi kependekan terendah di Kabupaten Ternate yaitu 15,9 persen dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Sula yaitu 43,6 persen.

Masih terdapat sebanyak 5 kabupaten/kota dengan prevalensi kependekan di atas prevalensi nasional (30,7) yaitu Kepulauan Sula, Halmahera Tengah, Halmahera Barat, Pulau Morotai, dan Halmahera Selatan.

Pada Tabel 3.14.8. dapat dilihat bahwa secara propinsi prevalensi kekurusan pada anak umur 5 -12 tahun adalah 12,7 persen, terdiri dari 3,9 persen sangat kurus dan 8,8 persen kurus. Prevalensi kekurusan terlihat paling rendah di Kabupaten Halmahera Timur yaitu 6 persen dan paling tinggi di Kabupaten Halmahera Barat yaitu 20,2 persen. Sebanyak 4 kabupaten dengan prevalensi kekurusan di atas nasional (13,6), yaitu Halmahera Barat, Halmahera Tengah, Halmahera Selatan, Kepulauan Sula.

Secara nasional masalah kegemukan pada anak umur 5-12 tahun masih tinggi yaitu 19,3 persen. Di Provinsi Maluku tidak ditemukan prevalensi kegemukan di atas prevalensi nasional.

Tabel 3.14.7
Prevalensi status gizi TB/U usia 5 – 12 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara
Risksdas 2013

Kabupaten/Kota	Status Gizi Menurut TB/U		
	sangat pendek	pendek	normal
Halmahera Barat	19,9	18,4	61,7
Halmahera Tengah	12,4	27,5	60,1
Kepulauan Sula	17,4	26,2	56,3
Halmahera Selatan	10,0	24,9	65,1
Halmahera Utara	9,2	19,8	71,1
Halmahera Timur	10,7	20,0	69,2
Pulau Morotai	8,8	26,2	64,9
Ternate	1,9	14,0	84,1
Tidore Kepulauan	4,6	17,6	77,8
Maluku Utara	10,4	21,4	68,2

Tabel 3.14.8
Prevalensi status gizi IMT/U usia 5 – 12 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara,
Risksdas 2013

Kabupaten/Kota	Status Gizi IMT/U				
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas
Halmahera Barat	5,2	6,4	64,7	11,4	12,4
Halmahera Tengah	3,3	5,5	84,8	4,4	2,0
Kepulauan Sula	3,9	6,7	82,6	5,9	,8
Halmahera Selatan	4,6	11,6	73,3	7,1	3,4
Halmahera Utara	4,8	9,8	75,5	4,7	5,1
Halmahera Timur	3,1	6,4	83,8	4,9	1,8
Pulau Morotai	3,5	5,6	84,0	2,8	4,0
Ternate	2,2	10,8	75,7	5,9	5,4
Tidore Kepulauan	2,5	9,0	82,0	5,4	1,2
Maluku Utara	3,9	8,8	77,1	6,1	4,0

Status Gizi Anak Umur 5-12 Tahun Menurut Karakteristik

Pada Tabel 3.14.9. berdasarkan jenis kelamin, prevalensi dapat dilihat bahwa kependekan pada anak laki laki lebih tinggi (34,4 %) dibandingkan anak perempuan (29,0 %). Sedangkan menurut tempat tinggal, prevalensi anak kependekan di perkotaan lebih rendah dari anak di perdesaan.

Prevalensi kependekan terlihat semakin rendah dengan meningkatnya pendidikan kepala rumah tangga. Prevalensi kependekan terlihat semakin rendah dengan meningkatnya pendidikan kepala rumahtangga yang bekerja sebagai pegawai dengan penghasilan tetap. Prevalensi kependekan juga semakin rendah dengan semakin tingginya kuintil indeks kepemilikan.

Pada prevalensi kecurusan (Tabel 3.14.10), terlihat pada anak laki laki lebih rendah yaitu 12,2 persen dibandingkan anak perempuan yaitu 13,3 persen. Menurut tempat tinggal prevalensi kecurusan di perkotaan sedikit lebih rendah dari anak di perdesaan yaitu berturut-turut sebesar 11,6 persen dan 13 persen. Prevalensi kecurusan berbanding terbalik dengan pendidikan kepala rumahtangga yaitu semakin tinggi pendidikan kepala rumahtangga semakin rendah prevalensi kecurusan. Prevalensi kecurusan terlihat paling rendah pada balita dengan kepala rumahtangga yang berpendidikan tamat D1 ke atas yaitu 2,3 persen.

Sedangkan menurut jenis pekerjaan kepala rumahtangga, terlihat lebih banyak yang kurus pada anak dengan KK yang tidak bekerja dan dengan jenis pekerjaan berpenghasilan tidak tetap (petani/nelayan/buruh) yaitu sebesar 9,0 persen. Prevalensi kecurusan juga berbanding terbalik dengan keadaan ekonomi rumahtangga, semakin baik keadaan kuintil indeks kepemilikan rumahtangga semakin rendah prevalensi kecurusannya. Prevalensi kecurusan tertinggi (15,6%) ada pada anak dalam keluarga dengan kuintil indeks kepemilikan menengah atas dan prevalensi terendah (10,2%) pada kuintil indeks kepemilikan teratas.

Prevalensi kegemukan pada anak laki-laki umur 5-12 tahun lebih tinggi dibandingkan anak perempuan yaitu sebesar 11,4 persen dan 8,9 persen. Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi kegemukan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan prevalensi di perdesaan yaitu berturut-turut sebesar 12,9 persen dan 9,4 persen. Prevalensi kegemukan terlihat semakin meningkat seiring dengan meningkatnya pendidikan kepala rumahtangga. Pada pendidikan kepala rumahtangga tidak tamat SD kebawah, prevalensi kegemukan pada anak umur 5-12 tahun 7,3 persen sampai 9,4 persen, sedangkan pada kepala rumahtangga yang berpendidikan tamat SD keatas berkisar dari 9,7 persen sampai 17,8 persen. Prevalensi kegemukan pada anak umur 5-12 tahun tidak memperlihatkan pola yang jelas dengan jenis pekerjaan kepala rumahtangga, namun prevalensi tertinggi dijumpai pada anak dengan kepala rumahtangga yang bekerja sebagai pegawai berpenghasilan tetap (16,6 persen) dan terkecil pada anak yang kepala rumahtangganya wiraswasta (8,9 persen). Menurut keadaan ekonomi rumahtangga, terlihat bahwa semakin meningkat keadaan ekonomi rumahtangga semakin tinggi prevalensi kegemukan pada anak umur 5-12 tahun. Prevalensi kegemukan tertinggi terlihat pada rumahtangga dengan kuintil indeks kepemilikan teratas (16,6 persen).

Tabel 3.14.9
Prevalensi status gizi TB/U usia 5 – 12 tahun menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara
Riskesdas 2013

Karakteristik	Status Gizi Menurut TB/U		
	sangat pendek	pendek	normal
Jenis Kelamin			
Laki-laki	11,6	22,8	65,6
Perempuan	9,2	19,8	70,9
Pendidikan			
Tidak sekolah	9,5	14,3	76,2
Tidak Tamat SD	12,4	24,3	63,3
Tamat SD	11,2	24,4	64,5
Tamat SLTP	11,4	23,8	64,8
Tamat SLTA	9,2	17,0	73,8
Tamat D1-D3/PT	3,6	9,6	86,8
Status Pekerjaan			
Tidak berkerja	10,7	18,8	70,4
Pegawai	6,2	14,1	79,7
Wiraswasta	7,0	20,5	72,5
Petani/Nelayan/Buruh	12,6	23,5	63,9
Lainnya	2,9	17,7	79,4
Tempat Tinggal			
Perkotaan	3,8	14,5	81,7
Pedesaan	12,3	23,3	64,3
Kuntil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	15,9	30,8	53,3
Menengah bawah	12,0	21,0	67,1
Menengah	9,2	20,1	70,8
Menengah atas	8,1	17,4	74,5
Teratas	3,7	12,8	83,5

Tabel 3.14.10
Prevalensi status gizi IMT/U Usia 5 – 12 tahun menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara
Riskesdas 2013

Karakteristik	Status Gizi IMT/U				
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas
Jenis Kelamin					
Laki-laki	3,5	8,7	76,4	6,8	4,6
Perempuan	4,3	9,0	77,9	5,4	3,5
Pendidikan					
Tidak sekolah	2,8	10,3	77,5	4,8	4,6
Tidak Tamat SD	3,1	9,4	80,2	5,8	1,5
Tamat SD	4,8	8,0	77,5	6,1	3,6
Tamat SLTP	3,0	8,3	79,0	5,4	4,3
Tamat SLTA	4,2	10,5	74,3	5,8	5,2
Tamat D1-D3/PT	2,3	6,5	73,5	12,2	5,6
Status Pekerjaan					
Tidak berkerja	6,5	4,8	78,4	9,3	1,1
Pegawai	2,6	9,9	71,0	7,6	9,0
Wiraswasta	3,1	9,9	78,0	4,8	4,1
Petani/Nelayan/Buruh	4,1	9,0	77,5	5,9	3,4
Lainnya	2,7	5,9	82,0	5,4	4,1
Tempat Tinggal					
Perkotaan	2,3	9,3	75,5	7,3	5,6
Pedesaan	4,3	8,7	77,6	5,8	3,6
Kuntil Indeks Kepemilikan					
Terbawah	3,8	7,3	80,1	5,8	3,0
Menengah bawah	4,9	8,8	78,6	4,8	2,9
Menengah	3,5	10,1	77,8	6,8	1,9
Menengah atas	4,5	11,1	73,9	5,6	4,9
Teratas	2,5	7,7	73,3	7,9	8,7

3.14.2.2 Status Gizi Remaja Umur 13 -15 Tahun

Status gizi remaja umur 13 – 15 tahun menurut indikator TB/U dan IMT/U

Pada Tabel 3.14.11. disajikan mengenai prevalensi kependekan pada remaja umur 13-15 tahun. Dapat dilihat bahwa di Propinsi Maluku Utara, prevalensi kependekan pada remaja umur 13 -15 tahun adalah 34,7 persen yang terdiri dari 12,5 persen sangat pendek dan 22,2 persen pendek. Prevalensi kependekan terendah di Kabupaten Tidore Kepulauan yaitu 15,7 persen dan tertinggi di Kabupaten Kepulauan Sula yaitu 56,2 persen. Sebanyak 3 kabupaten/kota dengan prevalensi kependekan di atas prevalensi nasional (35,1 %) yaitu Kepulauan Sula, Halmahera Tengah, Halmahera Utara.

Pada Tabel 3.14.12 dapat dilihat bahwa secara provinsi, prevalensi kekurusan pada remaja umur 13-15 tahun adalah 11,4 persen terdiri dari 2,4 persen sangat kurus dan 9 persen kurus. Prevalensi kekurusan terlihat paling rendah di Kota Ternate yaitu 7,9 persen dan paling tinggi di Kabupaten Halmahera Tengah yaitu 15,9 persen. Terdapat sebanyak 5 kabupaten/kota dengan prevalensi anak Kurus (IMT/U) di atas prevalensi nasional (11,1%) yaitu Kabupaten Halmahera Tengah, Halmahera Selatan, Kepulauan Sula, Halmahera Barat, Halmahera Timur.

Prevalensi kegemukan pada remaja umur 13-15 tahun di Propinsi Maluku Utara sebesar 7,2 persen, terdiri dari 6,2 persen gemuk dan 1 persen obesitas. Sebanyak 1 kabupaten dengan prevalensi kegemukan di atas prevalensi nasional (10,8 %), yaitu Kabupaten Halmahera Barat. Kabupaten dengan prevalensi kegemukan terendah adalah di Kabupaten Halmahera Selatan (2,6 %) dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Halmahera Barat (15,2 %).

Tabel 3.14.11
Prevalensi status gizi TB/U remaja umur 13 – 15 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Status Gizi TB/U		
	Usia 13 - 15		
	sangat pendek (%)	pendek (%)	normal (%)
Halmahera Barat	11,5	17,8	70,6
Halmahera Tengah	17,1	28,0	54,9
Kepulauan Sula	22,0	34,2	43,9
Halmahera Selatan	10,3	23,8	65,9
Halmahera Utara	18,5	25,1	56,4
Halmahera Timur	15,8	16,8	67,4
Pulau Morotai	9,5	19,6	70,8
Ternate	5,0	17,0	78,0
Tidore Kepulauan	3,7	12,0	84,3
Maluku Utara	12,5	22,2	65,3

Tabel 3.14.12
Prevalensi status gizi IMT/U Usia 13 – 15 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Status Gizi IMT/U				
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas
Halmahera Barat	5,2	6,4	73,2	13,9	1,3
Halmahera Tengah	5,0	10,9	78,5	4,8	,8
Kepulauan Sula	2,4	11,1	78,8	7,4	,3
Halmahera Selatan	2,1	12,8	82,5	1,8	,8
Halmahera Utara	2,4	7,4	80,2	9,4	,6
Halmahera Timur	3,3	8,2	82,5	5,7	,4
Pulau Morotai	1,5	8,4	83,9	5,4	,8
Ternate	,6	7,3	87,4	3,1	1,6
Tidore Kepulauan	2,3	6,9	80,1	8,2	2,5
Maluku Utara	2,4	9,0	81,4	6,2	1,0

Status Gizi Anak Umur 13 - 15 Tahun Menurut Karakteristik Responden

Menurut karakteristik responden (Tabel 3.14.13) , prevalensi kependekan pada remaja 13 – 15 tahun lebih banyak pada remaja laki-laki (38,8 %) daripada remaja perempuan (30,5 %). Prevalensi remaja yang tinggal di perdesaan lebih tinggi (39,7 %) daripada yang tinggal di perkotaan (21,3 %). Ada kecenderungan semakin rendah tingkat pendidikan kepala keluarga, semakin tinggi prevalensi kependekan remaja umur 13 – 15 tahun, yaitu antara 16,1 persen sampai 45,4 persen, namun demikian tertinggi justru pada tidak tamat SD yaitu 45,4 persen. Untuk kepala keluarga dengan penghasilan tetap (pegawai dan wiraswasta) prevalensinya lebih rendah daripada remaja dengan kepala keluarga yang bekerja dan berpenghasilan tidak tetap (tidak bekerja dan petani/nelayan/buruh serta lainnya). Menurut kuintil indeks kepemilikan, prevalensi kependekan remaja umur 13-15 tahun cenderung lebih tinggi pada kuintil indeks kepemilikan terbawah yaitu antara 18,6 persen (kuintil teratas) sampai 40,7 persen (kuintil terbawah).

Menurut karakteristik responden (Tabel 3.14.14), prevalensi kekurusan pada anak 13 – 15 tahun lebih banyak pada anak laki-laki (13,5 %) daripada anak perempuan (9,4 %). Prevalensi kekurusan anak yang tinggal di perdesaan lebih tinggi (12,4 %) daripada yang tinggal di perkotaan (8,8 %). Semakin rendah tingkat pendidikan kepala keluarga, semakin tinggi prevalensi kekurusan anak umur 13 – 15 tahun, yaitu antara 8,1 persen (tamat D1-D3/PT) sampai 24,0 persen (tidak sekolah). Pada kepala keluarga dengan penghasilan tetap (pegawai dan wiraswasta) prevalensi kekurusan lebih rendah dari anak dengan kepala keluarga yang bekerja dan berpenghasilan tidak tetap (tidak bekerja dan petani/nelayan/buruh serta lainnya). Menurut kuintil indeks kepemilikan, ada kecenderungan prevalensi kekurusan menurun dari kuintil terbawah sampai kuintil teratas, namun prevalensi kekurusan tertinggi justru pada kuintil menengah yaitu 14,7 persen.

Sebaliknya prevalensi kegemukan pada remaja laki-laki umur 16 – 18 tahun (7,2 %) lebih tinggi daripada remaja perempuan (7,1 %). Pada remaja umur tersebut yang tinggal di perkotaan prevalensi kegemukan (7,5 %) lebih tinggi dari pada yang tinggal di perdesaan (7,1 %). Semakin tinggi pendidikan kepala keluarga, prevalensi kegemukan semakin rendah yaitu 3,1 persen (D1-D3/PT) dan 13,4 persen (tidak sekolah).

Pada kepala keluarga dengan penghasilan tetap (pegawai dan wiraswasta) prevalensi kegemukan lebih rendah dari anak dengan kepala keluarga yang bekerja dan berpenghasilan tidak tetap (tidak bekerja dan petani/nelayan/buruh serta lainnya). Menurut kuintil indeks kepemilikan, prevalensi kegemukan tertinggi pada kuintil menengah atas yaitu 9,6 persen, dan kegemukan terendah pada kuintil teratas yaitu 4,9 persen.

Tabel 3.14.13
Prevalensi status gizi TB/U usia 13 – 15 tahun menurut karakteristik,
Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Karakteristik	Status Gizi Menurut TB/U		
	sangat pendek	pendek	normal
Jenis Kelamin			
Laki-laki	15,6	23,2	61,2
Perempuan	9,3	21,2	69,5
Pendidikan			
Tidak sekolah	25,8	18,5	55,7
Tidak Tamat SD	11,6	33,8	54,6
Tamat SD	12,6	23,0	64,3
Tamat SLTP	16,9	25,9	57,2
Tamat SLTA	9,4	14,5	76,1
Tamat D1-D3/PT	2,2	13,9	84,0
Status Pekerjaan			
Tidak berkerja	10,2	27,0	62,9
Pegawai	7,6	7,9	84,5
Wiraswasta	8,7	16,5	74,8
Petani/Nelayan/Buruh	15,4	25,3	59,3
Lainnya	5,3	26,1	68,6
Tempat Tinggal			
Perkotaan	5,3	16,0	78,7
Pedesaan	15,2	24,5	60,3
Kuntil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	14,5	26,2	59,3
Menengah bawah	15,0	25,5	59,4
Menengah	13,3	26,3	60,4
Menengah atas	13,7	17,9	68,4
Teratas	4,4	14,2	81,5

Tabel 3.14.14
Prevalensi status gizi IMT/U usia 13 – 15 tahun menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara
Riskesdas 2013

Karakteristik	Status Gizi IMT/U					Total
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas	
Jenis Kelamin						
Laki-laki	2,5	10,8	79,5	5,7	1,5	100,0
Perempuan	2,2	7,2	83,4	6,7	,4	100,0
Pendidikan						
Tidak sekolah	0	24,0	65,2	9,1	1,7	100,0
Tidak Tamat SD	3,1	7,1	76,5	13,2	,2	100,0
Tamat SD	1,7	9,1	81,2	6,2	1,7	100,0
Tamat SLTP	2,4	7,8	84,0	5,3	,5	100,0
Tamat SLTA	4,3	9,2	81,3	4,6	,6	100,0
Tamat D1-D3/PT	,3	7,8	88,8	2,3	,8	100,0
Status Pekerjaan						
Tidak berkerja	0	14,7	77,6	5,0	2,7	100,0
Pegawai	3,3	7,2	85,0	3,9	,6	100,0
Wiraswasta	2,6	7,3	85,6	3,2	1,3	100,0
Petani/Nelayan/Buruh	2,7	9,9	79,5	7,3	,7	100,0
Lainnya	0	2,6	87,4	8,2	1,9	100,0
Tempat Tinggal						
Perkotaan	1,0	7,8	83,8	6,3	1,2	100,0
Pedesaan	2,9	9,5	80,5	6,2	,9	100,0
Kuntil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	2,4	9,0	80,4	7,5	,7	100,0
Menengah bawah	3,7	7,6	82,2	5,9	,6	100,0
Menengah	2,3	12,4	79,7	3,9	1,7	100,0
Menengah atas	1,4	8,8	80,1	8,3	1,3	100,0
Teratas	1,8	8,6	84,8	4,0	,9	100,0

3.12.2.3 Status Gizi Remaja Umur 16 – 18 Tahun

Status Gizi Remaja Umur 16 – 18 tahun Menurut TB/U dan IMT/U

Data yang disajikan pada Tabel 3.14.15 adalah mengenai status gizi remaja umur 16 – 18 tahun, dan secara proporsional prevalensi kependekan adalah 34,5 persen yang terdiri dari 6,9 persen sangat pendek dan 27,6 persen pendek. Sebanyak 7 kabupaten dengan prevalensi kependekan di atas prevalensi nasional (31,4 persen), yaitu (sesuai urutan tertinggi): Kabupaten Kepulauan Sula, Halmahera Tengah, Halmahera Timur, Halmahera Utara, Halmahera Barat, Halmahera Selatan, Pulau Morotai.

Prevalensi kecurusan pada remaja umur 16 – 18 tahun seperti disajikan pada tabel 3.14.16 menunjukkan bahwa secara nasional prevalensi kecurusan sebesar 7,7 persen, terdiri dari 2,1

persen sangat kurus dan 5,6 persen kurus. Sebanyak 1 kabupaten dengan prevalensi kekurusan diatas nasional, yaitu Kabupaten Halmahera Selatan (12,6 %).

Prevalensi kegemukan pada remaja umur 16 – 18 tahun sebanyak 5,0 persen (3,7 % gemuk dan 1,3 % obesitas). Kabupaten dengan prevalensi kegemukan tertinggi adalah Kabupaten Tidore Kepulauan (10,3 %) dan terendah adalah Kabupaten Pulau Morotai (0,9 %). Tiga kabupaten dengan prevalensi kegemukan di atas prevalensi nasional, yaitu Tidore Kepulauan, Halmahera Barat, dan Halmahera Utara..

Tabel 3.14.15
Prevalensi status gizi TB/U usia 16 – 18 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara
Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Status Gizi Menurut TB/U			Total
	sangat pendek	pendek	normal	
Halmahera Barat	12,2	24,7	63,2	100,0
Halmahera Tengah	14,6	28,8	56,6	100,0
Kepulauan Sula	17,8	36,8	45,4	100,0
Halmahera Selatan	6,3	29,9	63,9	100,0
Halmahera Utara	1,6	36,7	61,7	100,0
Halmahera Timur	16,1	27,2	56,7	100,0
Pulau Morotai	2,7	30,2	67,1	100,0
Ternate	1,1	15,5	83,4	100,0
Tidore Kepulauan	4,7	23,7	71,7	100,0
Maluku Utara	6,9	27,6	65,5	100,0

tabel 3.14.16
Prevalensi status gizi IMT/U usia 16 – 18 tahun menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara
Riskesdas 2013

Kabupaten	Status Gizi IMT/U					Total
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas	
Halmahera Barat	3,1	2,2	84,6	5,1	5,0	100,0
Halmahera Tengah	0	7,7	88,7	3,5	,1	100,0
Kepulauan Sula	,3	10,4	86,6	2,1	,6	100,0
Halmahera Selatan	3,4	9,2	84,6	1,2	1,6	100,0
Halmahera Utara	1,2	1,5	88,5	7,8	1,0	100,0
Halmahera Timur	1,2	6,1	89,0	3,7	0	100,0
Pulau Morotai	3,5	5,4	90,2	0	,9	100,0
Ternate	2,5	4,3	90,6	2,6	0	100,0
Tidore Kepulauan	1,0	4,5	84,2	8,0	2,3	100,0
Maluku Utara	2,1	5,6	87,3	3,7	1,3	100,0

Status Gizi Anak Umur 16 - 18 Tahun Menurut Karakteristik Responden

Menurut Karakteristik responden (Tabel 3.14.17), prevalensi kependekan pada remaja laki-laki umur 16 – 18 tahun lebih tinggi (38,3 persen) dari anak perempuan (30,7 %). Prevalensi kependekan anak yang tinggal di perdesaan lebih tinggi (38,6 %) dari anak yang tinggal di perkotaan (24,5 %). Dilihat pendidikan kepala keluarga, ada kecenderungan prevalensi kependekan semakin tinggi pada remaja yang pendidikan kepala keluarga semakin rendah, yaitu tamat D1-D3/PT (20,7 %) sampai dengan tamat SD (42,8 %), menurun lagi untuk tidak tamat SD

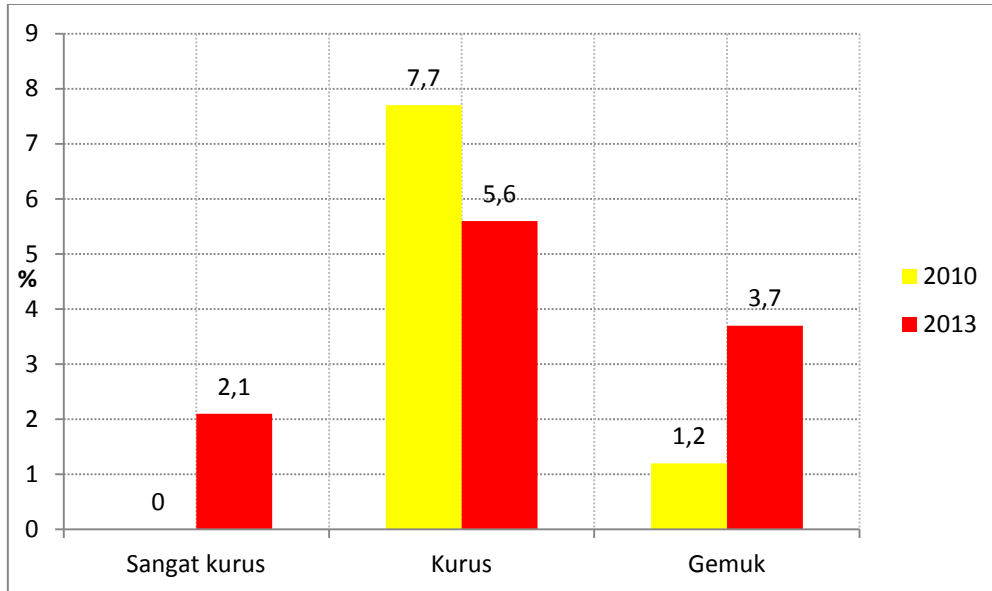
dan tidak sekolah yaitu 32,9 % dan 25,0 %. Menurut pekerjaan kepala keluarga, yang berpenghasilan tetap (pegawai dan wiraswasta), prevalensi kependekan lebih rendah pada anak dengan kepala keluarga berpenghasilan tidak tetap (petani/nelayan/buruh dan tidak bekerja). Menurut kuintil indeks kepemilikan, ada kecenderungan prevalensinya semakin rendah pada responden yang berada pada kuintil teratas, yaitu 41,8 persen (kuintil terbawah) dan 22,4 persen (kuintil teratas).

Tabel 3.14.17
Prevalensi status gizi TB/U anak umur 16 – 18 tahun menurut karakteristik,
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	Status Gizi Menurut TB/U		
	sangat pendek	pendek	normal
Jenis Kelamin			
Laki-laki	9,9	28,4	61,7
Perempuan	3,8	26,9	69,3
Pendidikan			
Tidak sekolah	8,4	16,6	75,0
Tidak Tamat SD	9,3	23,6	67,1
Tamat SD	8,2	34,6	57,3
Tamat SLTP	5,6	30,1	64,3
Tamat SLTA	5,9	22,9	71,2
Tamat D1-D3/PT	3,3	14,5	82,2
Status Pekerjaan			
Tidak berkerja	1,5	34,0	64,6
Pegawai	5,2	21,1	73,6
Wiraswasta	3,9	19,9	76,2
Petani/Nelayan/Buruh	9,0	30,8	60,2
Lainnya	7,1	27,1	65,9
Tempat Tinggal			
Perkotaan	2,4	22,1	75,5
Perdesaan	8,7	29,9	61,4
Kuntil Indeks Kepemilikan			
Terbawah	11,9	29,9	58,2
Menengah bawah	4,6	25,7	69,7
Menengah	12,7	27,3	60,0
Menengah atas	3,7	34,7	61,6
Teratas	2,4	20,0	77,5

Menurut Karakteristik responden (Tabel 3.14.18), prevalensi kekurusan pada remaja umur 16-18 tahun lebih banyak pada anak laki-laki (8,2 %) daripada anak perempuan (7,1 %). Sebaliknya prevalensi kegemukan lebih banyak pada remaja perempuan (5,9 %) dari pada anak laki-laki (4,1 %). Prevalensi kekurusan remaja yang tinggal di perdesaan (8,1 %) lebih tinggi dibandingkan dengan yang tinggal di perkotaan (6,7 %). Prevalensi kegemukan pada remaja yang tinggal di perkotaan (6,3 %) lebih tinggi dari yang tinggal di perdesaan (4,1 %). Dilihat dari segi pendidikan, prevalensi kekurusan tertinggi pada kepala keluarga dengan pendidikan tamat SLTA (13,9 %), terendah pada kepala keluarga yang tidak sekolah (2,5 %). Prevalensi kegemukan pada anak remaja dilihat dari segi pendidikan keluarga, tertinggi pada kepala keluarga dengan pendidikan tamat SLTP (9,7 %), diikuti tamat SLTA (5,9 %) dan tamat SD

(3,5%). Prevalensi kekurusan remaja umur 16-18 tahun menurut pekerjaan kepala keluarga, prevalensi tinggi pada keluarga dengan penghasilan tetap (pegawai dan wiraswasta) Sebaliknya untuk kegemukan remaja umur 16-18 tahun, pada keluarga yang berpenghasilan tetap (pegawai dan wiraswasta) prevalensinya rendah yaitu 4,2 persen dan 4,5 persen, prevalensi tertinggi pada pekerja tak berpenghasilan tetap (pekerjaan lainnya) yaitu 15,3 persen.



Gambar 3.14.5.
Kecenderungan status gizi IMT/U > 2 Z-score anak umur 16 – 18 tahun berdasarkan data Riskesdas 2010 dan 2013, Provinsi Maluku Utara

Tabel 3.14.18
Prevalensi status gizi IMT/U usia 16 – 18 tahun menurut karakteristik,
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	Status Gizi IMT/U					Total
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas	
Jenis Kelamin						
Laki-laki	2,6	5,6	87,7	2,7	1,4	100,0
Perempuan	1,6	5,5	86,9	4,7	1,2	100,0
Pendidikan						
Tidak sekolah	0	2,5	97,5	0	0	100,0
Tidak Tamat SD	0,4	6,4	91,0	2,2	0	100,0
Tamat SD	0,9	4,6	91,1	2,6	0,9	100,0
Tamat SLTP	3,7	2,7	83,9	6,6	3,1	100,0
Tamat SLTA	4,0	9,9	80,1	5,0	0,9	100,0
Tamat D1-D3/PT	0,7	3,8	93,0	0,6	1,9	100,0
Status Pekerjaan						
Tidak berkerja	4,7	5,0	85,5	4,8	0	100,0
Pegawai	2,3	10,1	83,4	3,2	1,0	100,0
Wiraswasta	3,7	5,5	86,3	3,6	0,9	100,0
Petani/Nelayan/Buruh	1,4	5,2	89,2	3,4	0,8	100,0
Lainnya			84,7	6,5	8,8	100,0
Tempat Tinggal						
Perkotaan	2,0	4,7	86,0	6,0	1,3	100,0
Pedesaan	2,1	6,0	87,8	2,8	1,3	100,0
Kuntil Indeks Kepemilikan						
Terbawah	1,9	7,8	86,7	2,3	1,3	
Menengah bawah	0,3	2,8	96,5	0,5	0	
Menengah	3,4	4,6	84,1	5,0	3,0	
Menengah atas	0,2	4,6	89,9	4,4	0,8	
Teratas	4,6	7,9	80,6	5,7	1,2	

3.14.3. Status Gizi Dewasa

Status gizi dewasa adalah penilaian status gizi penduduk diatas 18 tahun yang dinilai dengan Indeks Massa Tubuh (IMT). Rumus perhitungan IMT adalah sebagai berikut:

$$IMT = \text{Berat Badan (kg)} \div \text{Tinggi Badan (m)}^2$$

Batasan IMT yang digunakan untuk menilai status gizi pendudukdewasa adalah sebagai berikut:

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

3.14.3.1 Status Gizi Dewasa Menurut Indeks Masa Tubuh (IMT)

Tabel 3.14.19. menyajikan prevalensi penduduk umur dewasa menurut status IMT di masing masing kabupaten/kota. Secara propinsi dapat dilihat masalah gizi pada penduduk dewasa di atas 18 tahun adalah: 7,2 persen kurus, 11,0 persen BB lebih, dan 11,5 persen obesitas. Permasalahan gizi pada orang dewasa cenderung lebih dominan untuk kelebihan berat badan. Prevalensi tertinggi untuk obesitas adalah di Kabupaten Ternate (20,1%), dan yang terendah adalah 7 persen di Kabupaten Halmahera Barat.

Berdasarkan jenis kelamin (Tabel 3.14.20), prevalensi penduduklaki-laki dewasa kurus adalah 7,2 persen dan pada perempuan adalah 8,3 persen. Prevalensi Obesitas pada laki-lakilebih rendah (11,5%) dibanding perempuan (25,6%).

Tabel 3.14.21menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi penduduk dewasa menurut IMTdengan beberapa variabel karakteristik responden. Berdasarkan tabel tersebut dapat dilihat bahwa prevalensi kurus, baik pada laki-laki maupun perempuan cenderung lebih tinggi pada kelompok umur muda (19 tahun) dan kelompok umur tua (65 tahun keatas). Prevalensi obesitas cenderung mulai meningkat sampai umur 40 tahun, dan kemudian prevalensinya semakin rendah pada setiap kelompok umur. Prevalensi obesitas lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding daerah perdesaan. Prevalensi kurus cenderung lebih tinggi pada perempuan di perdesaan dibanding perkotaan, sedangkan untuk laki-laki di perkotaan lebih tinggi.

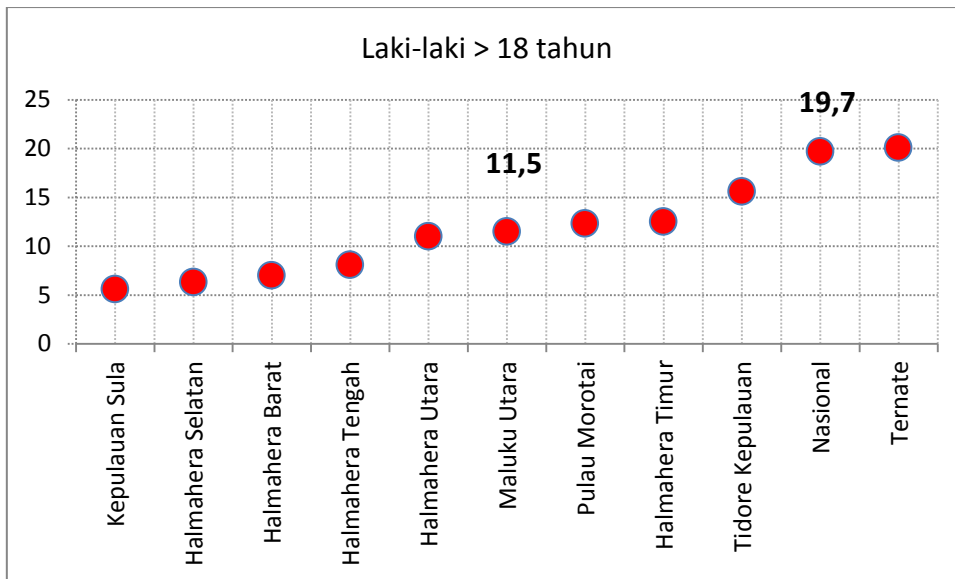
Tabel 3.14.22 menyajikan prevalensi obesitas cenderung lebih tinggi pada kelompok penduduk dewasa yang berpendidikan lebih tinggi, dan sebaliknya prevalensi terendah pada responden yang tidak bekerja dan petani/nelayan/buruh. Semakin tinggi kuintil Indeks Kepemilikan rumah tangga cenderung semakin tinggi pula prevalensi obesitas.

Tabel 3.14.19
 Persentase status gizi penduduk dewasa (>18 Tahun) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Status Gizi Menurut IMT			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Halmahera Barat	5,4	75,9	11,7	7,0
Halmahera Tengah	7,1	74,5	10,3	8,1
Kepulauan Sula	7,7	78,5	8,1	5,6
Halmahera Selatan	7,6	78,6	7,6	6,3
Halmahera Utara	6,1	68,9	14,0	11,0
Halmahera Timur	5,9	72,7	8,9	12,5
Pulau Morotai	7,6	71,8	8,3	12,3
Ternate	8,9	57,3	13,7	20,1
Tidore Kepulauan	7,0	64,2	13,3	15,6
Maluku Utara	7,2	70,3	11,0	11,5

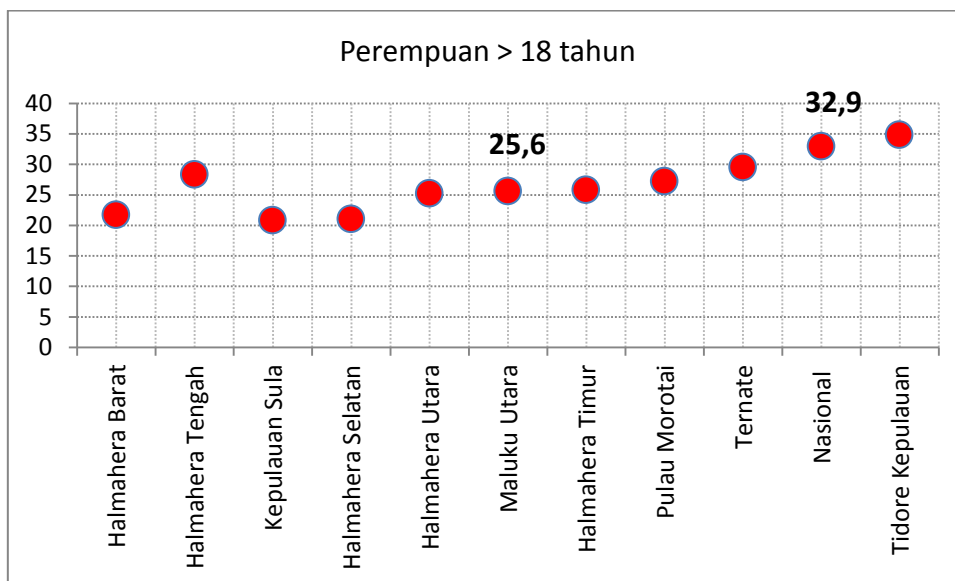
Tabel 3.14.20
 Persentase status gizi penduduk dewasa (>18 Tahun) menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Status Gizi Menurut IMT Laki Laki				Status Gizi Menurut IMT Perempuan			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Halmahera Barat	5,4	75,9	11,7	7,0	8,0	56,8	13,5	21,7
Halmahera Tengah	7,1	74,5	10,3	8,1	11,9	47,4	12,5	28,3
Kepulauan Sula	7,7	78,5	8,1	5,6	8,9	57,1	13,3	20,8
Halmahera Selatan	7,6	78,6	7,6	6,3	9,0	56,0	14,0	21,0
Halmahera Utara	6,1	68,9	14,0	11,0	5,8	55,7	13,3	25,2
Halmahera Timur	5,9	72,7	8,9	12,5	9,9	52,6	11,7	25,8
Pulau Morotai	7,6	71,8	8,3	12,3	13,3	47,5	12,0	27,2
Ternate	8,9	57,3	13,7	20,1	7,9	47,3	15,4	29,5
Tidore Kepulauan	7,0	64,2	13,3	15,6	6,3	45,3	13,5	34,8
Maluku Utara	7,2	70,3	11,0	11,5	8,3	52,5	13,7	25,6



Gambar 3.14.6

Prevalensi obesitas (IMT>25) pada laki-laki umur > 18 tahun berdasarkan data Riskesdas 2013



Gambar 3.14.7

Kecenderungan prevalensi obesitas (IMT>25) pada perempuan umur > 18 tahun berdasarkan data Riskesdas 2007, 2010, dan 2013

Tabel 3.14.21
 Persentase status gizi penduduk dewasa (> 18 Tahun) menurut karakteristik, Provinsi Maluku
 Utara Riskesdas 2013

Karakteristik	Status Gizi Menurut IMT Laki-laki				Total	Status Gizi Menurut IMT Perempuan			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese		Kurus	Normal	BBLebih	Obese
Kelompok Umur									
19	15,8	77,4	6,1	,7	100,0	16,8	77,6	1,2	4,4
20-24	10,1	78,4	6,5	4,9	100,0	14,9	64,8	8,2	12,1
25-29	7,7	74,3	9,0	9,0	100,0	6,9	61,0	11,3	20,9
30-34	3,7	72,1	12,6	11,6	100,0	6,5	50,1	17,7	25,7
35-39	5,2	67,7	12,2	15,0	100,0	4,1	43,4	17,5	35,0
40-44	4,2	64,2	17,8	13,8	100,0	5,6	39,7	18,7	36,0
45-49	6,4	59,4	11,9	22,3	100,0	6,0	42,7	15,9	35,5
50-54	3,2	65,4	15,4	16,0	100,0	4,0	51,1	17,5	27,3
55-59	5,3	70,3	11,8	12,5	100,0	8,9	46,6	13,9	30,7
60-64	8,1	76,1	7,5	8,3	100,0	11,6	54,9	5,6	27,9
65+	23,5	62,8	7,4	6,3	100,0	20,3	53,7	7,8	18,2
Pendidikan									
Tidak sekolah	8,9	80,0	9,7	1,4	100,0	12,2	54,9	11,4	21,5
Tidak Tamat SD	10,4	73,7	9,9	6,0	100,0	12,2	53,0	12,5	22,3
Tamat SD	7,2	76,3	9,2	7,4	100,0	7,6	51,1	15,4	25,9
Tamat SLTP	6,9	72,4	8,6	12,0	100,0	5,7	54,1	12,7	27,6
Tamat SLTA	7,7	67,4	12,3	12,7	100,0	8,7	54,6	12,9	23,8
Tamat D1-D3/PT	2,2	50,6	19,5	27,8	100,0	7,7	45,8	14,5	31,9
Status Pekerjaan									
Tidak berkerja	13,3	71,9	7,9	6,9	100,0	9,6	51,8	14,0	24,6
Pegawai	3,0	53,2	18,9	24,9	100,0	5,4	41,6	19,3	33,6
Wiraswasta	5,5	56,4	14,7	23,5	100,0	5,1	44,4	14,6	35,9
Petani/Nelayan/Buruh	6,6	78,1	9,2	6,0	100,0	7,1	58,9	12,1	21,9
Lainnya	8,3	69,7	9,3	12,7	100,0	8,7	53,3	7,7	30,2
Tempat Tinggal									
Perkotaan	7,9	58,6	14,0	19,6	100,0	7,7	45,1	14,5	32,7
Pedesaan	6,9	75,1	9,8	8,2	100,0	8,5	55,5	13,3	22,7
Kuntil Indeks Kepemilikan									
Terbawah	9,5	80,4	7,0	3,0	100,0	11,8	58,9	14,2	15,1
Menengah bawah	7,3	80,5	8,9	3,2	100,0	8,9	58,4	13,0	19,7
Menengah	5,0	73,0	10,5	11,4	100,0	8,4	57,1	10,5	24,0
Menengah atas	7,0	66,3	13,0	13,7	100,0	4,5	46,0	15,4	34,2
Teratas	7,1	53,3	15,1	24,5	100,0	8,0	43,6	14,8	33,7

Tabel 3.14.22
Prevalensi status gizi penduduk dewasa (> 18 tahun) menurut karakteristik,
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

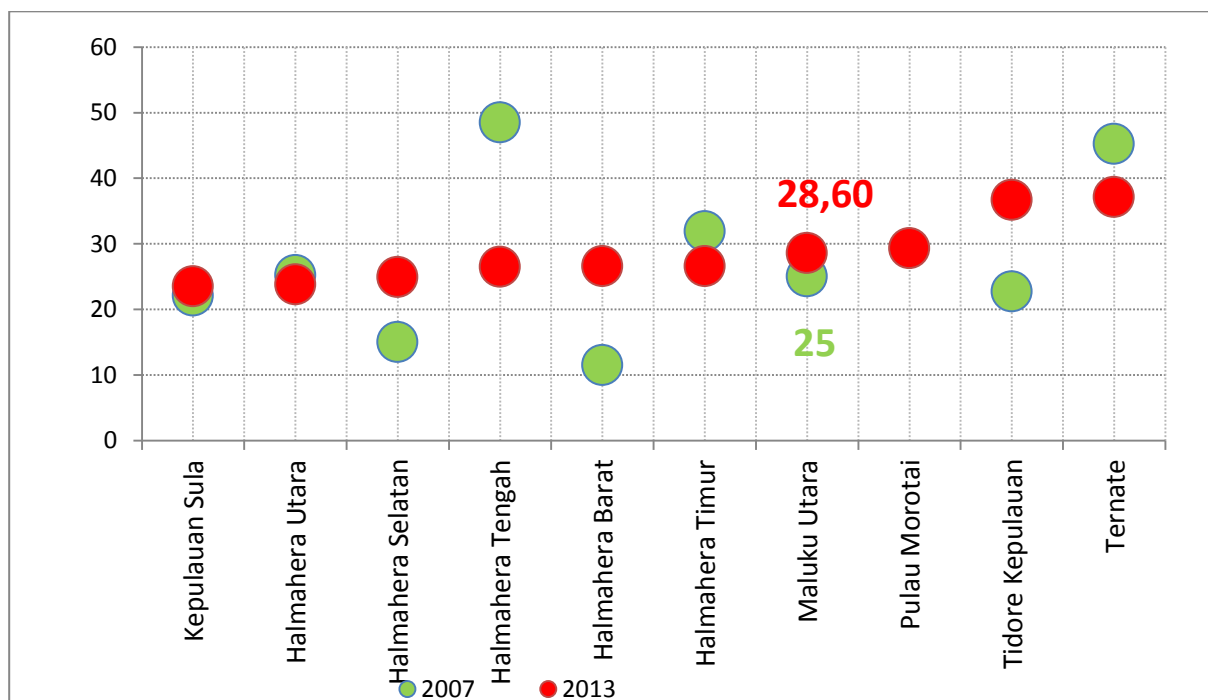
Karakteristik	Status Gizi Menurut IMT			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Kelompok Umur				
19	15,8	77,4	6,1	,7
20-24	10,1	78,4	6,5	4,9
25-29	7,7	74,3	9,0	9,0
30-34	3,7	72,1	12,6	11,6
35-39	5,2	67,7	12,2	15,0
40-44	4,2	64,2	17,8	13,8
45-49	6,4	59,4	11,9	22,3
50-54	3,2	65,4	15,4	16,0
55-59	5,3	70,3	11,8	12,5
60-64	8,1	76,1	7,5	8,3
65+	23,5	62,8	7,4	6,3
Pendidikan				
Tidak sekolah	8,9	80,0	9,7	1,4
Tidak Tamat SD	10,4	73,7	9,9	6,0
Tamat SD	7,2	76,3	9,2	7,4
Tamat SLTP	6,9	72,4	8,6	12,0
Tamat SLTA	7,7	67,4	12,3	12,7
Tamat D1-D3/PT	2,2	50,6	19,5	27,8
Status Pekerjaan				
Tidak berkerja	13,3	71,9	7,9	6,9
Pegawai	3,0	53,2	18,9	24,9
Wiraswasta	5,5	56,4	14,7	23,5
Petani/Nelayan/Buruh	6,6	78,1	9,2	6,0
Lainnya	8,3	69,7	9,3	12,7
Tempat Tinggal				
Perkotaan	7,9	58,6	14,0	19,6
Pedesaan	6,9	75,1	9,8	8,2
Kuntil Indeks Kepemilikan				
Terbawah	9,5	80,4	7,0	3,0
Menengah bawah	7,3	80,5	8,9	3,2
Menengah	5,0	73,0	10,5	11,4
Menengah atas	7,0	66,3	13,0	13,7
Teratas	7,1	53,3	15,1	24,5

3.14.3.2 Status Gizi Dewasa Berdasarkan Indikator Lingkar Perut (LP)

Tabel 3.14.22 dan Tabel 3.14.23, serta Gambar 3.14.10 tersedia informasi mengenai prevalensi obesitas sentral menurut kabupaten, jenis kelamin dan karakteristik responden. Obesitas sentral dianggap sebagai faktor risiko yang erat kaitannya dengan beberapa penyakit degeneratif/kronis. Untuk laki-laki dengan LP di atas 90 cm atau perempuan dengan LP di atas 80 cm dinyatakan sebagai obesitas sentral (WHO Asia-Pasifik, 2005). Prevalensi obesitas sentral untuk tingkat nasional adalah 26.6 persen, lebih tinggi dari prevalensi pada Riskesdas 2007 (18,8 %). Sebanyak 3 kabupaten diantaranya memiliki prevalensi obesitas sentral di atas angka prevalensi nasional, yaitu Ternate (37,1 %), Tidore Kepulauan (36,7 %), dan Pulau Morotai (29,3 %).

Tabel 3.14.23
Prevalensi obesitas sentral pada penduduk umur 15 tahun ke atas menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Obesitas Sentral (LP: L > 90, P > 80)
Halmahera Barat	26,6
Halmahera Tengah	26,5
Kepulauan Sula	23,5
Halmahera Selatan	24,9
Halmahera Utara	23,8
Halmahera Timur	26,6
Pulau Morotai	29,3
Ternate	37,1
Tidore Kepulauan	36,7
Maluku Utara	28,6



Gambar 3.14.8

Kecenderungan prevalensi obesitas sentral penduduk umur 15 tahun ke atas menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara berdasarkan data Riskesdas 2007 dan 2013

Menurut kelompok umur, prevalensi obesitas sentral cenderung meningkat sampai umur 45-54 tahun, selanjutnya berangsur menurun kembali. Prevalensi obesitas sentral pada perempuan (46,9 %) lebih tinggi dibanding laki-laki (11,5 %). Menurut tipe daerah tampak lebih tinggi di daerah perkotaan (36,9 %) dibandingkan daerah pedesaan (25,2 %). Terjadi peningkatan obesitas sentral dipedesaan dari 31,9 % (Riskesdas 2007) menjadi 25,2 % (Riskesdas 2013). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan rumah tangga, semakin tinggi prevalensi obesitas sentral. Menurut tingkat pendidikan responden, prevalensi obesitas sentral tidak menunjukkan pola yang jelas. Sedangkan menurut pekerjaan, prevalensi obesitas sentral paling tinggi pada responden berpenghasilan tetap (pegawai dan wiraswasta) yaitu 42,3 persen dan 35,5 persen (Tabel 3.14.24).

Tabel 3.14.24
Prevalensi obesitas sentral pada penduduk umur 15 tahun ke atas
menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Karakteristik	Obesitas Sentral (LP: L > 90, P >80)
Kelompok Umur	
15-24	10,1
25-34	28,2
35-44	39,8
45-54	42,3
55-64	38,5
65-74	27,6
75 +	30,5
Jenis Kelamin	
Laki-laki	11,5
Perempuan	46,9
Pendidikan	
Tidak sekolah	31,9
Tidak Tamat SD	32,1
Tamat SD	29,7
Tamat SLTP	23,0
Tamat SLTA	26,6
Tamat D1-D3/PT	43,8
Status Pekerjaan	
Tidak berkerja	31,4
Pegawai	42,3
Wiraswasta	35,5
Petani/Nelayan/Buruh	19,7
Lainnya	29,2
Tempat Tinggal	
Perkotaan	36,9
Pedesaan	25,2
Kuintil Indeks Kepemilikan	
Terbawah	20,6
Menengah bawah	21,9
Menengah	26,7
Menengah atas	31,7
Teratas	40,6

3.14.4. Status risiko kurang energikronis (KEK) pada Wanita Umur 15 -49 tahun (WUS) dan Wanita Hamil

Tabel 3.14.25 dan 3.14.26 disajikan gambaran masalah gizi pada wanita usia subur (WUS) 15-49 tahun dan wanita hamil berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LiLA). Hasil pengukuran LiLA disajikan menurut kabupaten dan karakteristik responden. Untuk menggambarkan adanya risiko kurang energi kronis (KEK) dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi pada WUS digunakan ambang batas nilai rerata LiLA < 23,5 cm. Tabel 3.14.25 menggambarkan prevalensi risiko KEK tingkat propinsi berdasarkan umur. Secara propinsi, prevalensi risiko KEK penduduk wanita usia 15 – 49 tahun sebanyak 24,7 persen. Nampak adanya kecenderungan, dengan meningkatnya umur nilai rerata LiLA juga meningkat.

Tabel 3.14.26 menunjukkan prevalensi risiko KEK wanita hamil lebih tinggi dari wanita tidak hamil. Terdapat 4 kabupaten dengan prevalensi risiko KEK pada wanita hamil dan wanita tidak hamil di atas angka nasional (24,2 %) yaitu Halmahera Selatan (35,8 %), Halmahera Tengah (33,6 %), Halmahera Utara (33,5 %), Kepulauan Sula (31,4 %).

Prevalensi risiko KEK berdasarkan tabulasi silang antara prevalensi risiko KEK dengan karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.14.26, adalah:

- a. Pada wanita hamil maupun tidak hamil, prevalensi risiko KEK lebih tinggi pada kelompok umur lebih muda daripada kelompok umur yang lebih tua. Akan tetapi jika dilakukan pengelompokan umur, maka tidak terlihat adanya pola yang jelas.
- b. Prevalensi risiko KEK pada wanita hamil urutan tertinggi pada responden dengan tingkat pendidikan tamat SLTP, kemudian tamat SD, tamat SLTA, baru tamat PT.
- c. Menurut pekerjaan responden, prevalensi risiko KEK wanita hamil tertinggi pada responden yang bekerja sebagai wirswasta, dan pada wanita tidak hamil tertinggi pada responden yang tidak bekerja.
- d. Secara propinsi, prevalensi risiko KEK pada wanita hamil lebih tinggi pada wanita yang di daerah perdesaan dibanding perkotaan, namun untuk wanita tidak hamil lebih tinggi yang di perkotaan..
- e. Berdasarkan Kuintil Indeks Kepemilikan rumah tangga, menunjukkan prevalensi risiko KEK wanita hamil dan wanita tidak hamil tertinggi pada kuintil indeks kepemilikan terbawah.

Tabel 3.14.25
 Nilai rerata lingkaran lengan atas (LILA) penduduk wanita umur 15-49 tahun dan wanita hamil,
 Provinsi Maluku, Riskesdas 2013

Umur (Tahun)	Hamil		Tidak Hamil	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
15			22,9	2,7
16	21,5	0,0	23,2	3,2
17	24,0	1,2	23,9	2,7
18	25,3	5,2	23,9	3,6
19	23,1	1,3	24,2	2,7
20	26,2	2,3	24,5	2,9
21	26,9	3,5	25,7	3,5
22	25,30	2,4	25,9	5,1
23	27,4	1,3	25,3	3,9
24	24,5	1,8	25,2	3,5
25	27,3	1,7	25,7	4,2
26	23,8	2,7	25,4	3,1
27	27,2	1,5	25,7	3,1
28	26,0	2,9	27,0	3,9
29	25,4	2,5	26,8	3,7
30	21,6	2,2	26,8	4,3
31	26,3	3,5	26,4	3,8
32	25,5	2,0	26,8	3,6
33	27,8	6,0	27,0	3,9
34	28,8	3,1	27,1	3,4
35	30,7	3,1	27,8	4,2
36	27,7	6,4	28,0	4,3
37	29,0	2,0	27,8	3,5
38	24,4	3,9	27,7	4,5
39	27,1	0,7	26,8	4,1
40	24,0	0,0	27,0	3,9
41	27,3	2,3	27,8	3,6
42	26,0	0,0	27,9	4,1
43	30,5	0,0	28,2	4,4
44	31,0	0,0	27,3	3,9
45			27,3	4,6
46			27,6	3,5
47			28,3	4,3
48			27,1	3,7
49			28,6	3,8
Rerata	25,8	3,6	26,2	4,1

Tabel 3.14.26
Prevalensi risiko KEK penduduk wanita umur 15-49 tahun menurut kabupaten/kota, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten	KEK (LILA < 23,5 cm)	
	Hamil	Tidak Hamil
Halmahera Barat	20,1	20,1
Halmahera Tengah	33,6	27,0
Kepulauan Sula	31,4	34,4
Halmahera Selatan	35,8	29,2
Halmahera Utara	33,5	17,7
Halmahera Timur	6,2	17,5
Pulau Morotai	0	25,3
Ternate	20,2	30,1
Tidore Kepulauan	5,3	23,0
Maluku Utara	24,7	25,8

Tabel 3.14.27
Prevalensi risiko KEK penduduk wanita umur 15-49 tahun menurut karakteristik, di Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Karakteristik	KEK (LILA < 23,5 cm)	
	Hamil	Tidak Hamil
Pendidikan		
Tidak sekolah	0	24,0
Tidak Tamat SD	10,3	22,9
Tamat SD	28,3	19,6
Tamat SLTP	30,6	32,4
Tamat SLTA	23,6	28,3
Tamat D1-D3/PT	7,9	21,4
Status Pekerjaan		
Tidak berkerja	17,3	29,3
Pegawai	8,9	17,6
Wiraswasta	52,0	16,2
Petani/Nelayan/Buruh	39,3	21,8
Lainnya	41,4	23,7
Tempat Tinggal		
Perkotaan	14,6	28,2
Pedesaan	28,9	24,7
Kuntil Indeks Kepemilikan		
Terbawah	41,9	30,0
Menengah bawah	25,9	21,8
Menengah	17,5	28,5
Menengah atas	28,1	23,2
Teratas	12,9	25,5

3.14.5. Wanita hamil berisiko tinggi

Pada Riskesdas 2013 disajikan prevalensi wanita hamil berisiko tinggi yaitu wanita hamil dengan tinggi badan < 150 cm. Data pada Tabel 3.14.27 menunjukkan prevalensi wanita hamil berisiko tinggi di Provinsi Maluku Utara sebesar 30,0 persen. Terdapat 4 kabupaten dengan prevalensi wanita hamil berisiko tinggi di atas prevalensi nasional (31,3 %), yaitu Halmahera Selatan, Halmahera Tengah, Kepulauan Sula, dan Pulau Morotai. Prevalensi wanita hamil risiko tinggi terbanyak di Kabupaten Halmahera Selatan (43,4 %), dan terendah di Kabupaten Tidore Kepulauan. (8,4 %).

Tabel 3.14.28
Prevalensi wanita hamil berisiko tinggi menurut kabupaten/kota,
Provinsi Maluku Utara, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Berisiko Tinggi (Tinggi Badan < 150cm)
Halmahera Barat	21,0
Halmahera Tengah	42,6
Kepulauan Sula	40,5
Halmahera Selatan	43,4
Halmahera Utara	20,3
Halmahera Timur	18,4
Pulau Morotai	38,7
Ternate	30,4
Tidore Kepulauan	8,4
Maluku Utara	30,0

Kecenderungan prevalensi wanita hamil risiko tinggi berdasarkan tabulasi silang dengan karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.18.28. adalah:

- Prevalensi wanita hamil berisiko tinggi lebih tertinggi pada responden yang berpendidikan tamat SLTA (40,4 %), sedangkan terendah pada tamatan PT (12,6 %).
- Prevalensi wanita hamil risiko tinggi lebih tinggi pada responden yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh dan lainnya.
- Menurut tempat tinggal responden, prevalensi risiko wanita hamil berisiko tinggi lebih banyak pada responden yang tinggal di perdesaan. .
- Berdasarkan Kuintil Indeks Kepemilikan rumah tangga, prevalensi wanita hamil berisiko tinggi cenderung lebih banyak pada kuintil indeks kepemilikan terbawah, menengah bawah, dan menengah atas.

Tabel 3.14.29
Prevalensi ibu hamil berisiko tinggi
menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Karakteristik	Berisiko Tinggi (Tinggi Badan <150cm)
Pendidikan	
Tidak sekolah	38,4
Tidak Tamat SD	34,2
Tamat SD	36,2
Tamat SLTP	19,4
Tamat SLTA	40,4
Tamat D1-D3/PT	12,6
Status Pekerjaan	
Tidak berkerja	26,4
Pegawai	14,0
Wiraswasta	35,0
Petani/Nelayan/Buruh	38,6
Lainnya	45,0
Tempat Tinggal	
Perkotaan	17,7
Pedesaan	35,0
Kuntil Indeks Kepemilikan	
Terbawah	44,0
Menengah bawah	37,3
Menengah	23,2
Menengah atas	31,6
Teratas	16,5

3.15 Kesehatan Indera

Sistem indera merupakan salah satu sistem yang sangat berperan dalam mengoptimalkan proses perkembangan setiap individu. Sejak bayi sistem indera merupakan alat utama manusia untuk mengumpulkan berbagai informasi visual, audio, olfaktoris, rasa, dan fisik. Informasi visual ditangkap oleh mata (indera penglihatan), informasi audio ditangkap oleh telinga (indera pendengaran), informasi olfaktoris diterima oleh hidung (indera penciuman), informasi rasa ditangkap oleh lidah (indera perasa) dan informasi fisik diterima melalui permukaan kulit (indera peraba). Sekitar 90 persen informasi berupa informasi visual dan audio, yang dikumpulkan melalui indera penglihatan dan pendengaran. Pengukuran fungsi indera yang lazim dilakukan secara objektif adalah pengukuran fungsi penglihatan (tajam penglihatan/visus) dan fungsi pendengaran (tajam pendengaran).

Data nasional yang menggambarkan besaran masalah gangguan indera penglihatan dan pendengaran terakhir dikumpulkan antara tahun 1993-1997 dan belum diperbarui hingga saat ini. Riskesdas 2007 bermaksud menyediakan data tentang prevalensi kebutaan yang lebih mutakhir, tetapi karena metoda pengumpulan data masih dianggap tidak adekuat oleh organisasi profesi, maka data angka kebutaan yang dihasilkan dari Riskesdas 2007 juga dinilai kontroversial. Pada Riskesdas 2007, data termutakhir untuk prevalensi gangguan pendengaran masyarakat tidak dikumpulkan.

Riskesdas 2013 kembali mengumpulkan data prevalensi kebutaan dengan metoda yang serupa dengan Riskesdas 2007, tetapi sudah disempurnakan dan merupakan hasil diskusi dengan organisasi profesi. Organisasi profesi Persatuan Dokter Spesialis Mata Indonesia (PERDAMI) dan Perhimpunan Dokter Spesialis Telinga Hidung Tenggorok Indonesia (PERHATI) juga melengkapi Riskesdas dengan studi validasi yang akan dilaksanakan segera setelah semua data Riskesdas 2013 terkumpul. Studi validasi tersebut dimaksudkan untuk memperkuat reliabilitas pengukuran prevalensi kebutaan dan ketulian dalam survei nasional berbasis komunitas.

3.15.1. Kesehatan Mata

Data yang dikumpulkan untuk mengetahui indikator kesehatan mata pada Riskesdas 2013 meliputi pengukuran tajam penglihatan menggunakan kartu *tumbling-E* (dengan dan tanpa *pin-hole*) pada responden umur 6 tahun keatas serta pemeriksaan segmen anterior mata terhadap responden semua umur. Pemeriksaan visus dan observasi morbiditas permukaan mata dilakukan di luar ruangan dengan sumber cahaya matahari, tetapi pemeriksaan lensa dilakukan dalam ruangan redup dengan bantuan *pen-light*. Pemeriksaan visus dilakukan dengan jarak pengukuran 6 atau 3 meter, dengan kartu E yang dapat diputar ke segala arah (*tumbling E*) disesuaikan dengan tinggi mata responden yang diperiksa. Responden yang sakit berat dan tidak memungkinkan untuk duduk dan diperiksa visus dieksklusi dalam penghitungan prevalensi kebutaan, begitu pula responden yang menolak atau tidak dapat bekerja sama dengan tim enumerator.

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus dengan atau tanpa kaca mata/lensa kontak koreksi. Kebutaan didefinisikan sebagai visus pada mata terbaik <3/60 atau dengan kata lain buta bilateral. *Severe low vision* didefinisikan sebagai visus pada mata terbaik <6/60-3/60 atau mencakup *severe low vision* bilateral dan buta unilateral yang disertai *severe low vision* unilateral. Prevalensi pterygium, kekeruhan kornea, dan katarak dihitung berdasarkan hasil pemeriksaan dan observasi nakes pada semua responden tanpa batasan umur.

Keterbatasan pengumpulan data visus adalah tidak dilakukannya koreksi visus, tetapi dilakukan pemeriksaan visus tanpa *pin-hole* dan jika visus tidak normal (kurang dari 6/6 atau 20/20) dilanjutkan dengan pemeriksaan dengan *pin-hole*, seperti yang dilakukan saat Riskesdas 2007. Keterbatasan pengumpulan data prevalensi morbiditas permukaan mata dan lensa adalah kemampuan klinis pengumpul data (*surveyor*) yang bervariasi dalam menilai permukaan mata dan lensa menggunakan alat bantu *pen-light*, sehingga prevalensi tersebut cenderung kurang valid.

3.15.1.1 Prevalensi Kebutaan

Alat yang dipergunakan untuk pemeriksaan visus adalah tali pengukur jarak sepanjang 6 meter, satu set kartu *tumbling E* (ukuran besar untuk visus 6/60, sedang untuk visus 6/18, dan kecil untuk visus 6/6), serta penutup mata dengan *pin-hole*. Disediakan 6 pilihan jawaban untuk kategori visus, yaitu:

1. Dapat melihat E kecil (jarak 6m)
2. Tidak dapat melihat E kecil, tetapi dapat melihat E sedang (jarak 6m)
3. Tidak dapat melihat E sedang, tetapi dapat melihat E besar (jarak 6m)
4. Tidak dapat melihat E besar (jarak 6m), tetapi dapat melihat E besar (jarak 3m)
5. Tidak dapat melihat E besar pada jarak 3m
6. TIDAK DIPERIKSA

Interpretasi kode visus tiap mata adalah sebagai berikut: kode 1 berarti visus normal (6/6), kode 2 berarti gangguan visus ringan (visus kurang dari 6/6 sampai 6/18), kode 3 berarti *low vision* (visus kurang dari 6/18 sampai 6/60), kode 4 berarti *severe low vision* (kurang dari 6/60 sampai 3/60) dan kode 5 berarti buta (kurang dari 3/60). Visus tidak diperiksa jika responden berumur 6 tahun keatas, tetapi tidak kooperatif, atau tidak memungkinkan untuk diperiksa visusnya, seperti responden dengan kelainan jiwa berat atau mereka yang mengalami kelumpuhan total.

Terdapat perbedaan metoda pengukuran tajam penglihatan/visus antara Riskesdas 2007 yang menggunakan Snellen *chart* dan Riskesdas 2013 yang menggunakan *tumbling E*, peraga yang lebih sederhana daripada Snellen *chart* dan mempunyai keterbatasan mengidentifikasi visus dengan rentang tertentu, bukan visus satu nilai seperti Snellen *chart*. *Tumbling E* lebih mudah digunakan dan dilaporkan cukup spesifik mengidentifikasi adanya gangguan penglihatan (Limburg, 2002).

Tabel 3.15.1
Proporsi ketersediaan koreksi refraksi serta prevalensi *severe low vision* dan kebutaan pada penduduk umur ≥ 6 tahun tanpa/dengan koreksi optimal menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Karakteristik	Pakai Kacamata / Lensa Kontak	Low Vision	Kebutaan
Kelompok umur			
6-14	0,3	0,0	0,0
15-24	0,5		0,1
25-34	1,5	0,1	
35-44	1,8	0,7	
45-54	6,2	1,3	0,3
55-64	9,9	3,3	1,7
65-74	8,1	7,0	7,5
75+	8,9	18,0	13,3
Jenis Kelamin			
Laki-laki	1,8	0,5	0,4
Perempuan	2,6	1,0	0,5
Tempat Tinggal			
Perkotaan	4,5	0,5	0,4
Pedesaan	1,3	0,9	0,5
Pendidikan			
Tidak sekolah	1,2	2,7	1,8
Tidak tamat SD/MI	1,2	1,1	0,5
Tamat SD/MI	1,9	1,0	0,7
Tamat SLTP/MTS	1,7	0,2	0,2
Tamat SLTA/MA	2,5	0,3	0,1
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	8,5	0,1	0,0
Status Pekerjaan			
Tidak bekerja	2,7	1,2	1,2
Sedang mencari kerja	0,0		0,5
Sekolah	0,5	0,0	0,1
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD	8,0	0,1	0,0
Pegawai swasta	4,1	0,0	
Wiraswasta	4,6	0,5	0,0
Petani	2,3	1,8	0,5
Nelayan	1,5	0,8	0,8
Buruh	0,3		
Lainnya	2,0	0,4	0,0
Kuintil Indeks Kepemilikan			
Teratas	0,9	0,8	0,7
Menengah Atas	0,9	1,1	0,2
Menengah	2,0	0,9	0,7
Menengah Bawah	2,5	0,7	0,4
Terbawah	4,7	0,3	0,2

Tabel 3.15.1 menunjukkan kecenderungan kepemilikan dan pemakaian alat bantu penglihatan jauh (kaca mata atau lensa kontak) meningkat sesuai kelompok umur, tetapi menurun kembali pada kelompok responden lanjut usia (65 tahun keatas). Responden perempuan cenderung lebih banyak yang menggunakan kaca mata atau lensa kontak. Makin tinggi pendidikan maka makin tinggi pula proporsi responden yang memiliki kaca mata atau lensa kontak untuk melihat jauh, Demikian juga pada kuintil indeks kepemilikan, proporsi pakai kacamata/lensa kontak, persentase tertinggi justru pada kuintil terbawah (4,7 %), sedangkan kebutaan tertinggi pada kuintil teratas dan menengah. Proporsi pegawai yang mempunyai kaca mata atau lensa kontak 4-5 kali lebih banyak dibanding kelompok petani/nelayan/buruh. Proporsi responden yang mempunyai kaca mata atau lensa kontak di perkotaan sekitar tiga kali lebih banyak dibandingkan responden di perdesaan.

Tabel 3.15.1 juga menunjukkan kecenderungan prevalensi penderita *severe low vision* dan kebutaan yang meningkat pesat pada kelompok umur 45 tahun keatas, rata-rata peningkatan sekitar hampir tiga kali lipat setiap 10 tahunnya. Kebutuhan tertinggi pada kelompok umur 75+ (13,3%). Prevalensi *severe low vision* dan kebutaan cenderung lebih tinggi pada perempuan dan pada penduduk perdesaan. Penduduk yang tidak bekerja atau bekerja sebagai petani/nelayan/buruh juga cenderung lebih banyak yang menderita *severe low vision* dan kebutaan. Prevalensi *severe low vision* dan kebutaan cenderung menurun pada kelompok penduduk dengan tingkat pendidikan formal dan kuintil indeks kepemilikan yang lebih tinggi.

Tabel 3.15.2 memperlihatkan distribusi ketersediaan kaca mata atau lensa kontak untuk melihat jauh menurut kabupaten. Proporsi ketersediaan kaca mata atau lensa kontak paling tinggi ditemukan di kota Ternate (4,3%) diikuti Tidore Kepulauan (3,1%), dan Halmahera Barat (2,8%).

Tabel 3.15.2

Proporsi ketersediaan koreksi refraksi serta prevalensi *severe low vision* dan kebutaan pada penduduk umur ≥ 6 tahun tanpa/dengan koreksi optimal menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Pakai Kacamata / Lensa Kontak	Low Vision	Kebutaan
Halmahera Barat	2,8	1,2	0,4
Halmahera Tengah	1,8	0,6	0,6
Kepulauan Sula	2,1	0,7	0,5
Halmahera Selatan	1,0	1,7	0,4
Halmahera Utara	1,1	0,3	0,3
Halmahera Timur	1,1	0,2	0,6
Pulau Morotai	1,3	0,7	1,3
Ternate	4,3	0,4	0,3
Tidore Kepulauan	3,1	0,7	0,4
Maluku Utara	2,2	0,8	0,4

Tabel 3.15.2 memperlihatkan distribusi pemakaian kaca mata atau lensa kontak untuk melihat jauh menurut kabupaten pada kelompok umur ≥ 6 tahun. Proporsi pemakaian kaca mata atau lensa kontak paling tinggi ditemukan di kota Ternate (4,3%) diikuti Tidore Kepulauan (3,1%), dan Halmahera Barat (2,8%). Sedangkan untuk low vision dijumpai di Halmahera Selatan (1,7%), dan kebutaan di Pulau Morotai (1,3%).

3.15.1.2 Kelainan Permukaan Mata dan Lensa

Kelainan atau morbiditas permukaan mata yang diperiksa oleh surveyor adalah pterygium dan kekeruhan kornea, sedangkan kelainan lensa yang diharapkan dapat diidentifikasi oleh surveyor adalah kekeruhan lensa (katarak) yang tebal dan biasanya sudah disertai gangguan penglihatan. Pemeriksaan morbiditas permukaan mata dan lensa ini dilakukan pada semua responden.

Ada kecenderungan baik pterygium maupun kekeruhan kornea terus meningkat prevalensinya setelah umur 25 tahun. Demikian juga dari segi pekerjaan, tertinggi untuk keduanya banyak ditemukan pada nelayan. Dan lebih banyak ditemukan pada laki-laki daripada perempuan. Dari segi tempat tinggal, lebih banyak ditemukan di pedesaan untuk pterygium (14,7%), sedangkan kekeruhan kornea lebih banyak di perkotaan (6,3%). Kedua penyakit mata tersebut banyak ditemukan pada anak-anak, pterygium tertinggi pada anak tamat SD/MI (22,4%), dan kekeruhan kornea justru pada anak tidak sekolah (10,4%). Ada perbandingan terbalik bila dilihat dari segi kepemilikan (kuintil), pterygium justru pada kelompok paling kaya (16,2%), sedangkan kekeruhan kornea pada kuintil terbawah (6,8%).

Tabel 3.15.3
Prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea pada penduduk semua umur menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Pterigium	Kekeruhan Kornea
Kelompok umur		
0-4	1,0	1,1
5-14	0,9	0,9
15-24	5,5	1,8
25-34	14,8	3,9
35-44	26,6	7,1
45-54	40,3	15,0
55-64	44,7	27,1
65-74	50,6	38,7
75+	41,5	51,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	15,8	6,9
Perempuan	12,7	5,2
Tempat Tinggal		
Perkotaan	13,2	6,3
Pedesaan	14,7	5,9
Pendidikan		
Tidak sekolah	16,6	10,4
Tidak tamat SD/MI	11,9	5,7
Tamat SD/MI	22,4	9,2
Tamat SLTP/MTS	15,4	4,7
Tamat SLTA/MA	14,5	6,4
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	17,2	5,2
Status Pekerjaan		
Tidak bekerja	17,7	9,6
Sedang mencari kerja	11,8	3,8
Sekolah	2,9	1,4
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD	20,2	7,1
Pegawai swasta	20,8	11,8
Wiraswasta	24,8	8,7
Petani	29,0	10,3
Nelayan	34,8	16,0
Buruh	27,1	11,2
Lainnya	20,0	6,1
Kuintil Indeks Kepemilikan		
Teratas	16,2	5,3
Menengah Atas	13,8	5,1
Menengah	14,6	7,0
Menengah Bawah	14,3	6,1
Terbawah	12,3	6,8

Tabel 3.15.4
Prevalensi pterygium dan kekeruhan kornea pada penduduk semua umur menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Pterigium	Kekeruhan Kornea
Halmahera Barat	9,0	3,4
Halmahera Tengah	19,9	5,7
Kepulauan Sula	17,0	8,7
Halmahera Selatan	15,5	3,1
Halmahera Utara	5,9	1,7
Halmahera Timur	23,7	10,0
Pulau Morotai	20,1	11,5
Ternate	12,8	7,9
Tidore Kepulauan	18,0	9,2
Maluku Utara	14,3	6,0

Bila dilihat berdasarkan Kabupaten/Kota, kasus pterygium tertinggi adalah Halmahera Timur (23,7%), kemudian disusul Pulau Morotai (20,1%), sedangkan kekeruhan kornea, prevalensi tertinggi di Pulau Morotai (11,5%).

Prevalensi katarak cenderung meningkat sesuai dengan bertambahnya usia. Prevalensi tertinggi pada usia 75 + (43,5%). alasan tidak mau dioperasi adalah faktor ketidak tahuan kalau itu penyakit katarak (72,3%). Kelompok laki-laki lebih banyak yang menderita katarak dibandingkan perempuan. Dari segi tempat tinggal, masyarakat perdesaan lebih banyak yang katarak daripada perkotaan, dan mereka tidak tahu kalau menderita katarak sehingga tidak dioperasi. Dari segi pendidikan, pada kelompok yang tidak bersekolah paling besar menderita katarak (4,3%). Sedangkan dalam hal pekerjaan, masyarakat dengan mata pencaharian sebagai nelayan dan “tidak bekerja” yang paling banyak menderita katarak (4,6%). Dilihat dari segi kepemilikan, justru pada masyarakat mampu (kuintil tinggi) yang banyak menderita katarak (2,7%).

Tabel 3.15.5
Prevalensi katarak dan tiga alasan utama belum menjalani operasi katarak pada penduduk semua umur menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Karakteristik	katarak	Alasan Belum Dioperasi		
		Tidak tahu kalau katarak	Tidak mampu membiayai	Takut dioperasi
Kelompok umur				
0-4	0,0	100,0		
5-14	0,1	29,0	44,6	
15-24	0,1			
25-34	0,6	72,3	2,0	2,3
35-44	2,0	33,0	13,5	15,7
45-54	6,5	47,8	4,7	17,8
55-64	11,9	53,7	9,0	6,6
65-74	21,9	45,2	19,1	8,6
75+	43,5	35,9	12,5	15,6
Jenis Kelamin				
Laki-laki	2,5	49,1	11,6	12,1
Perempuan	2,2	42,6	9,9	11,3
Tempat Tinggal				
Perkotaan	2,0	42,8	20,0	17,0
Pedesaan	2,5	47,1	7,9	10,1
Pendidikan				
Tidak sekolah	4,3	56,4	19,1	12,6
Tidak tamat SD/MI	3,6	47,9	8,9	12,6
Tamat SD/MI	3,6	45,2	11,5	6,4
Tamat SLTP/MTS	2,0	48,9	16,1	4,9
Tamat SLTA/MA	1,3	26,1	2,1	34,2
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	1,3	57,9	3,7	21,3
Status Pekerjaan				
Tidak bekerja	4,6	44,1	14,0	11,2
Sedang mencari kerja	0,4	10,4	37,3	
Sekolah	0,3	46,4	37,8	
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD	1,4	17,7		65,1
Pegawai swasta	1,1	49,0		
Wiraswasta	4,0	64,8	3,4	5,5
Petani	4,5	44,2	9,9	9,1
Nelayan	4,6	34,5		36,0
Buruh	2,0	58,6	20,0	
Lainnya	1,9	66,4		27,7
Kuntil Indeks Kepemilikan				
Teratas	2,6	60,2	11,3	6,8
Menengah Atas	2,7	47,8	13,3	7,4
Menengah	2,6	30,7	5,5	20,0
Menengah Bawah	1,7	28,5	12,1	12,2
Terbawah	2,0	55,6	11,7	14,4

Tabel 3.15.6
Prevalensi katarak dan tiga alasan utama belum menjalani operasi katarak pada penduduk semua umur menurut kabupaten, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Karakteristik	katarak	Alasan Belum Dioperasi		
		Tidak tahu kalau katarak	Tidak mampu membiayai	Takut dioperasi
Halmahera Barat	2,8	15,7	8,8	30,1
Halmahera Tengah	3,0	58,4	14,5	1,6
Kepulauan Sula	1,6	43,9	10,2	13,3
Halmahera Selatan	4,7	52,5	2,8	3,4
Halmahera Utara	1,1	41,2	22,2	33,4
Halmahera Timur	1,5	30,4	36,4	2,3
Pulau Morotai	2,2	56,8	9,3	7,8
Ternate	2,1	58,3	12,1	11,9
Tidore Kepulauan	0,8	16,8	42,6	28,0
Maluku Utara	2,3	46,1	10,8	11,7

Bila dilihat dari sebaran Kabupaten/Kota di Propinsi Maluku Utara, penderita katarak tertinggi di Halmahera Selatan, kemudian disusul Halmahera Tengah, dan Halmahera Barat. Ketiga kabupaten tersebut prevalensi kataraknya lebih tinggi daripada Propinsi Maluku Utara (2,3%). Alasan terbesar belum dioperasi dikarenakan ketidaktahuan kalau menderita katarak (di Pulau Morotai 56,8%), tidak mampu membiayai (di Tidore Kepulauan 42,6%), dan takut dioperasi (di Halmahera Utara 33,4%).

3.15.2 Kesehatan Telinga

Data yang dikumpulkan terkait status kesehatan telinga meliputi anatomi liang telinga, kelainan pada telinga tengah dan daerah retroaurikular, keutuhan gendang telinga, serta adanya gangguan fungsi pendengaran. Pengumpulan data dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik oleh nakes terlatih pada responden berumur 2 tahun keatas dan untuk fungsi pendengaran dilakukan tes konversasi bagi responden yang kooperatif dan tidak tuna wicara.

Keterbatasan pengumpulan data terkait kesehatan telinga adalah kemampuan klinis nakes yang sangat bervariasi dalam mengenali kelainan telinga dan retroaurikular. Keterbatasan untuk pengukuran tajam pendengaran adalah tidak tersedianya alat audiometer di lapangan, sehingga hanya dilakukan uji/tes konversasi.

3.15.2.1 Prevalensi Ketulian

Pada survei ini interpretasi dari skor yang digunakan adalah sebagai berikut:

Pemeriksa **membisikkan** kalimat sederhana dan responden diminta mengulangnya. Jika responden dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, maka skor responden adalah **“0”**. Jika responden tidak dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, pemeriksa akan mengucapkan satu kalimat dengan volume suara normal dan responden kembali diminta mengulangnya. Jika responden dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, maka skor responden adalah **“1”** → **pendengaran NORMAL**.

Jika responden tidak dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, pemeriksa akan mengucapkan satu kalimat dengan volume suara yang lebih keras dan responden kembali diminta mengulangnya dan jika responden dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, maka skor responden adalah **“2”** → gangguan pendengaran **ringan**.

Jika responden tidak dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, pemeriksa akan meneriakkan satu kalimat pada telinga dengan fungsi pendengaran lebih baik dan responden kembali diminta mengulangnya dan jika responden dapat mengikuti kata-kata pemeriksa, maka skor responden adalah **“3”** → gangguan pendengaran **sedang**.

Jika responden **tidak dapat** mengikuti teriakan kata-kata pemeriksa, maka skor responden adalah **“4”** → **ketulian**.

Tabel 3.15.7 menggambarkan karakteristik gangguan pendengaran dan ketulian. Dilihat dari segi kelompok umur, gangguan pendengaran ada kecenderungan meningkat prevalensinya sesuai dengan meningkatnya umur seseorang, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (35,3%). Jenis kelamin laki-laki lebih banyak mengalami gangguan pendengaran dibandingkan kaum perempuan. Gangguan pendengaran ini banyak dijumpai pada masyarakat yang tinggal di perdesaan. Dari segi pendidikan, pada kelompok tidak sekolah (6,0%) yang terbanyak mengalami gangguan pendengaran. Kelompok dengan mata pencaharian buruh paling banyak mengalami gangguan pendengaran dan ketulian. Namun bila dilihat dari segi kepemilikan (kuintil), pada kelompok menengah atas yang tertinggi memiliki gangguan pendengaran (3,6%).

Tabel 3.15.7
Prevalensi gangguan pendengaran dan ketulian penduduk umur ≥ 5 tahun sesuai tes konversasi menurut karakteristik, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Karakteristik	Gangguan Pendengaran	Ketulian
Kelompok umur		
5-14	1,5	0,1
15-24	1,6	0,2
25-34	2,2	
35-44	1,9	0,1
45-54	4,4	
55-64	5,9	0,1
65-74	16,7	0,1
75+	35,3	2,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	3,1	0,1
Perempuan	2,7	0,1
Tempat Tinggal		
Perkotaan	2,7	0,1
Pedesaan	3,0	0,1
Pendidikan		
Tidak sekolah	6,0	0,3
Tidak tamat SD/MI	3,2	0,2
Tamat SD/MI	3,4	0,0
Tamat SLTP/MTS	2,1	0,1
Tamat SLTA/MA	2,0	
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	2,8	0,0
Status Pekerjaan		
Tidak bekerja	4,3	0,2
Sedang mencari kerja	3,0	
Sekolah	1,8	0,0
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD	2,7	
Pegawai swasta	3,1	
Wiraswasta	3,4	
Petani	3,0	0,0
Nelayan	2,0	
Buruh	5,8	1,3
Lainnya	4,0	
Kuntil Indeks Kepemilikan		
Teratas	2,4	0,0
Menengah Atas	3,6	0,1
Menengah	3,1	0,2
Menengah Bawah	3,3	0,2
Terbawah	2,3	0,0

Tabel 3.15.8
Prevalensi gangguan pendengaran dan ketulian penduduk umur \geq 5 tahun sesuai tes konversasi menurut kabupaten/kota, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	Gangguan Pendengaran	Ketulian
Halmahera Barat	2,1	
Halmahera Tengah	2,8	
Kepulauan Sula	3,5	0,1
Halmahera Selatan	4,1	
Halmahera Utara	2,2	0,1
Halmahera Timur	1,4	0,4
Pulau Morotai	4,4	0,5
Ternate	2,8	0,0
Tidore Kepulauan	2,6	0,0
Maluku Utara	2,9	0,1

Apabila dilihat per kabupaten, gangguan pendengaran pada penduduk umur \geq 5 tahun dengan prevalensi melebihi Propinsi Maluku Utara yaitu Kabupaten Pulau Morotai (4,4%), disusul Halmahera Selatan (4,1%), dan Kepulauan Sula (3,5%). Untuk ketulian tertinggi di Pulau Morotai (0,5%).

3.15.2.2 Morbiditas Telinga

Tabel 3.15.9
Prevalensi morbiditas telinga lainnya pada penduduk umur ≥ 2 tahun menurut karakteristik,
Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	serumen	sekret dalam liang telinga	abses / fistel retroaurikular
Kelompok umur			
0-4	1,3	21,5	4,6
5-14	1,1	24,4	6,4
15-24	1,2	18,3	6,2
25-34	1,1	16,8	5,5
35-44	0,9	19,3	7,3
45-54	0,6	21,1	8,7
55-64	0,6	22,6	10,3
65-74	1,5	29,3	6,1
75+	3	27	11,2
Jenis Kelamin			
laki laki	1,1	21,6	6,8
Perempuan	1,2	20	6,4
Pendidikan			
Tidak sekolah	1,4	29,9	6,6
Tidak tamat SD/MI	1,2	24,6	7,2
Tamat SD/MI	1	22,7	6,9
Tamat SLTP/MTS	1	18,3	7,3
Tamat SLTA/MA	0,9	14,7	5,9
Tamat Diploma / Perguruan Tinggi	1,1	15,3	4,9
Status Pekerjaan			
Tidak bekerja	1,2	20,6	7,2
Pegawai	0,8	11	5,2
Wiraswasta	0,7	19,8	8,6
Petani/Nelayan/Buruh	1	21,1	6,4
Lainnya	1,5	18	4,5
Tempat Tinggal			
Perkotaan	1,4	22,5	8,7
Pedesaan	1	20,1	5,9
Kuntil Indeks Kepemilikan			
Teratas	1,1	23	7,7
Menengah Atas	0,7	20,1	5,1
Menengah	0,9	21,6	6
Menengah Bawah	1,2	21,6	6,5
Terbawah	1,5	17,5	7,6

Tabel 3.15. 9 menunjukkan prevalensi morbiditas telinga (serumen, sekret dalam liang telinga, dan abses / fistel retroaurikular. Ada kecenderungan meningkat prevalensi pada usia 35 tahun ke atas. Pada kelompok laki-laki lebih banyak menderita sekret dan abses daripada perempuan. Dilihat dari segi pendidikan, serumen dan sekret banyak diderita pada kelompok yang tidak sekolah, khusus untuk abses banyak diderita pada tamat SLTP/MTS Bila dilihat dari segi pekerjaan, kelompok nelayan, buruh dan petani banyak menderita sekret dalam liang telinga (21,1%). Penduduk di perkotaan, prevalensi morbiditas telinga (serumen, sekret dalam liang telinga, dan abses / fistel retroaurikular) lebih banyak dari yang tinggal di perdesaan. Dilihat dari segi kuintil indeks kepemilikan, penderita serumen banyak diderita kelompok kuintil terbawah (1,5%), sekret dalam liang telinga pada kelompok kuintil menengah (21,6%), dan abses banyak diderita pada kuintil teratas (kaya).

Tabel 3.15.10
Prevalensi morbiditas telinga lainnya pada penduduk umur ≥ 2 tahun menurut kabupaten, Provinsi Maluku Utara Riskesdas 2013

Kabupaten / Kota	serumen	sekret dalam liang telinga	abses / fistel retroaurikular
Halmahera Barat	0,1	0,1	0,7
Halmahera Tengah	0,7	8,3	4,6
Kepulauan Sula	1,1	16,8	7,4
Halmahera Selatan	1,4	17,8	8,9
Halmahera Utara	0,9	10	2,4
Halmahera Timur	1,1	32,1	6,5
Pulau Morotai	1,4	41,5	8,3
Ternate	1,9	21,9	9,7
Tidore Kepulauan	0,4	57,6	8,7
Maluku Utara	1,1	20,7	6,6

Pada tabel 3.15.10 menunjukkan bahwa prevalensi morbiditas telinga pada kelompok umur ≥ 2 tahun di kabupaten/kota, tertinggi di Kabupaten Ternate untuk serumen (1,9%) dan abses/fistel retroaurikular (9,7%), dan Tidore Kepulauan untuk sekret dalam liang telinga (57,6%).

LAMPIRAN

- 1) SK Menkes untuk Riskesdas 2013
- 2) SK Korwil
- 3) Kuesioner Rumah Tangga (RKD13.RT)
- 4) Kuesioner Individu (RKD13.IND)
- 5) Persetujuan Etik
- 6) *Informed consent*
- 7) Rekomendasi Penelitian

Lampiran

Tim Riset Kesehatan Dasar Propinsi Maluku Utara:

Ketua Koordinator Wilayah 3 : drg. Agus Suprpto, M.Kes.
Wakil Koordinator Wilayah 3 : dr. Betty Roosihermiati, M.Sc., Ph.D.
Koordinator Teknis Propinsi (PJT Propinsi) : Noor Edi Widya Sukoco, MPS., MSc.PH.

Koordinator Teknis Kabupaten/Kota (PJT Kabupaten/Kota):

1. Halmahera Barat : Yunita Fitriani, S.Ant.
2. Halmahera Tengah : Meda Permana, S,Sos.Msi.
3. Kepulauan Sula : Ns.Ervan, S.Kep.
4. Halmahera Selatan : Muhamad Nurul Huda, M.Si.
5. Halmahera Utara : Masruroh, S.Kep.Ns., M.Kes.
6. Halmahera Timur : Menik Palupi, S.Kep.
7. Pulau Morotai : dr.Eko Priyono, Mkes.
8. Ternate : Indah Pawitaningtyas, SKM.
9. Tidore Kepulauan : Riayudha Permata R., SKM

Koordinator Kabupaten/Kota:

1. Halmahera Barat : dr.Hizkia Hohakay
2. Halmahera Tengah : Fauzi Almari, S.Pd.M.Kes.
3. Kepulauan Sula : dr. Makmur Tamani
4. Halmahera Selatan : dr.Juri Hendrajadi
5. Halmahera Utara : dr.Devie C Bitjoli, M.Si.
6. Halmahera Timur : drg. Baharuddin IB.MKes.
7. Pulau Morotai : Kausil Umakaapa, SKM.M.Kes.
8. Ternate : Nurbaity Radjabessy,SH.MPH
9. Tidore Kepulauan : dr.Abd. Maradjabessy, Mkes

Penanggung Jawab Operasional Propinsi : Hj.Rosdiana Turuy,S.Pd.M.Kes.

Penanggung Jawab Operasional Kabupaten/Kota:

1. Halmahera Barat : Hairudin Saifuddin, M.Kes.
2. Halmahera Tengah : Munir Kamarullah, S.Kep.
3. Kepulauan Sula : Aryadi Mandaya, SKM.
4. Halmahera Selatan : Chairil Toloa, SKM.
5. Halmahera Utara : Celcius Hontong, SE.
6. Halmahera Timur : Irman Gola, SKM.
7. Pulau Morotai : Arif Rizaldi, SKM.MPH.
8. Ternate : Rachmat Sudin,S.Si.MPH.Apt.
9. Tidore Kepulauan : Ridwan Yamko,SKM.M.Kes

Penanggung Jawab Administrasi dan Logistik Korwil 3: Titik Ernawati, S.Sos.

Penanggung Jawab Administrasi dan Logistik Propinsi: Kartini Marsaoly, S.Fram, Apt.

Penanggung Jawab Administrasi dan Logistik Kabupaten/Kota:

1. Halmahera Barat : Asmani Djamaludin, SKM.
2. Halmahera Tengah : Dedi A.Barham, SKM
3. Kepulauan Sula : Nurhuda Umahuk, SKM
4. Halmahera Selatan : Warda, Ssi. T

5. Halmahera Utara : James H F Mekanoneng
6. Halmahera Timur : Murniyati Karim, AMG.
7. Pulau Morotai : Syahrir id Adam
8. Ternate : Anwar Kamaruddin,SKM.Mkes
9. Tidore Kepulauan : Muhammad Hatta Ismail,SKM