



**Indikator Kesejahteraan Rakyat
Maluku Utara 2019/2020**





**Indikator Kesejahteraan Rakyat
Maluku Utara 2019/2020**



Indikator Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019/2020

ISSN : 2460-7495
No. Publikasi : 82550.2006
Katalog : 4102004.82

Ukuran Buku : 17,6 x 25 cm
Jumlah Halaman : x + 103 halaman

Naskah :
Bidang Neraca Wilayah dan Analisis Statistik

Penyunting :
Bidang Neraca Wilayah dan Analisis Statistik

Gambar :
Bidang Neraca Wilayah dan Analisis Statistik

Design Cover :
Freepik

Diterbitkan oleh :
© BPS Provinsi Maluku Utara

Dilarang mengumumkan, mendistribusikan, mengomunikasikan, dan/atau menggandakan sebagian atau seluruh isi buku ini untuk tujuan komersial tanpa izin tertulis dari Badan Pusat Statistik



KATA PENGANTAR

Indikator Kesejahteraan Rakyat Provinsi Maluku Utara 2019/2020 merupakan publikasi tahunan BPS Provinsi Maluku Utara penerbitan ke-19 yang menyajikan data mengenai tingkat kesejahteraan rakyat Maluku Utara antar kabupaten/kota dan tipe daerah. Data utama yang digunakan bersumber dari Proyeksi Penduduk Maluku Utara 2010-2035, Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas), dan Maluku Utara Dalam Angka 2020.

Publikasi ini menyajikan berbagai aspek kesejahteraan yang datanya tersedia dan terukur. Untuk memudahkan interpretasi, perubahan taraf kesejahteraan dikaji menurut berbagai bidang yang mencakup kependudukan, kesehatan dan gizi, pendidikan, ketenagakerjaan, pola konsumsi, perumahan dan lingkungan, dan sosial lainnya yang menjadi acuan dalam upaya peningkatan kualitas hidup.

Pada tahun 2020 publikasi ini menambahkan penyajian topik khusus yaitu pemerataan pelayanan kesehatan di Maluku Utara. Topik ini memberikan gambaran tentang pemerataan pelayanan kesehatan yang dilihat dari dua aspek yakni kondisi umum kesehatan dan pemerataan sarana prasarana kesehatan.

Kami memberikan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang berpartisipasi dalam penyusunan publikasi ini. Akhirnya, kami mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan publikasi serupa di masa mendatang.

Ternate, November 2020
Kepala Badan Pusat Statistik
Provinsi Maluku Utara

Atas Parlindungan Lubis

<https://malut.bps.go.id>

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
SINGKATAN DAN AKRONIM	x
1. PENDAHULUAN	1
2. KONDISI UMUM KESEHATAN MALUKU UTARA	7
3. PEMERATAAN SARANA dan PRASARANA KESEHATAN	29
4. PERKEMBANGAN INDIKATOR KESEJAHTERAAN RAKYAT	43
LAMPIRAN	83

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Persentase Penduduk yang Mempunyai Keluhan Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota dan Jenis Kelamin Tahun 2019	13
Tabel 2.2 Angka Kesakitan di Maluku Utara Menurut Kabupaten/Kota dan Jenis Kelamin Tahun 2019	14
Tabel 2.3 Persentase Penduduk Umur 0-59 Bulan (Balita) yang Mendapat Imunisasi Lengkap Menurut Kabupaten/Kota dan Jenis Kelamin	19
Tabel 3.1 Persentase Penduduk yang Mempunyai Keluhan Kesehatan dan Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir menurut Daerah Tempat Tinggal, Jenis Kelamin dan Tempat Berobat Jalan, 2019	35
Tabel 4.1 Persentase Pemberian ASI pada Anak Usia Kurang dari 2 tahun Menurut Lama Diberi ASI dan tipe daerah di Maluku Utara, 2019	49
Tabel 4.2 Struktur Lapangan Usaha Penduduk Bekerja di Maluku Utara berdasarkan Tipe Daerah, Agustus 2019	60
Tabel 4.3 Rata-Rata Pengeluaran per Kapita Sebulan Menurut Golongan Pengeluaran dan Tipe Daerah di Maluku Utara (Rupiah), 2019	64
Tabel 4.4 Rata-rata Konsumsi Kalori (kkal) dan Protein (gram) per Kapita per Hari Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, 2018 – 2019	67
Tabel 4.5 Persentase Rumah Tangga Menurut Beberapa Indikator Kualitas Perumahan, 2018-2019	68
Tabel 4.6 Persentase Rumah Tangga Menurut Beberapa Fasilitas Perumahan, 2018-2019	69
Tabel 4.7 Persentase Rumah Tangga Menurut Status Kepemilikan Rumah Tinggal, 2018-2019	70
Tabel 4.8 Persentase Penduduk yang Mempunyai Akses Teknologi Informasi dan Komunikasi Menurut Jenis Alat Komunikasi dan Informasi, 2018-2019	79
Tabel 4.9 Persentase Rumah Tangga yang Memiliki atau Menerima Jaminan Sosial dalam Setahun Terakhir, 2018-2019	80
Tabel 4.10 Persentase Penduduk yang Pernah Menjadi Korban Kejahatan, 2008-2019	80

DAFTAR GAMBAR

2.1 Analisis Derajat Kesehatan Hendrik L Blum	9
2.2 Umur Harapan Hidup Menurut Jenis Kelamin, 2015-2019	11
2.3 Umur Harapan Hidup Menurut Menurut Kabupaten/Kota, 2019	12
2.4 Persentase Ibu Melahirkan dengan Penolong Persalinan Tenaga Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota 2019	16
2.5 Hubungan Umur Harapan Hidup dan Persentase Ibu Melahirkan dengan Penolong Kelahiran Tenaga Kesehatan, 2019	17
2.6 Persentase Ibu yang Melahirkan Anak Lahir Hidup dalam Dua Tahun Terakhir di Tempat Pelayanan Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota,2019	17
2.7 Persentase Ibu yang Melahirkan Anak Lahir Hidup dalam Dua Tahun Terakhir Menurut Tipe Daerah dan Tempat Melahirkan, 2019	18
2.8 Hubungan Umur Harapan Hidup dan Persentase Ibu Melahirkan di Tempat Pelayanan Kesehatan, 2019	19
2.9 Persentase Balita Usia 0 – 59 Bulan yang Diberi ASI Menurut Tipe Daerah dan Jenis Kelamin, 2019	22
2.10 Angka Notifikasi Semua Kasus Tuberkulosis per 100.000 Penduduk di Maluku Utara Tahun 2015 - 2019	23
2.11 Persentase Rumah Tangga dengan Air Minum Bersih dan Layak Menurut Kabupaten/Kota, 2019	26
2.12 Persentase Rumah Tangga dengan Fasilitas Tempat Buang Air Besar Milik Sendiri, 2019	27
3.1 Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Maluku Utara , 2019	32
3.2 Persentase Penduduk yang Sakit tetapi Tidak Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Tipe Daerah dan Alasan Utama Tidak Berobat Jalan, 2019	33
3.3 Hubungan Antara Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dan Umur Harapan Hidup (UHH) Menurut Kabupaten/Kota, 2019	34
3.4 Persentase Penduduk yang Memiliki JKN PBI Menurut Kabupaten/Kota, 2019	39
3.5 Persentase Penduduk yang Menggunakan Jaminan Kesehatan untuk Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota, 2019	40
4.1 Jumlah Penduduk dan Laju Pertumbuhan Penduduk Maluku Utara, 2015 - 2019	45
4.2 Laju Pertumbuhan Penduduk Kabupaten/Kota di Maluku Utara, 2019	46
4.3 Persentase Wilayah Daratan dan Persebaran Penduduk, 2019	47
4.4 Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita Maluku Utara dan Indonesia, SDKI 2012.	48
4.5 Umur Harapan Hidup (UHH) Maluku Utara dan Indonesia 2016 – 2019	48
4.6 Pertumbuhan Harapan Lama Sekolah Maluku Utara Tahun 2015 – 2019	52
4.7 Pertumbuhan Rata-Rata Lama Sekolah Maluku Utara Tahun 2015 – 2019.	52



4.8	Persentase Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas Menurut Ijazah STTB Tertinggi yang Dimiliki di Maluku Utara, 2019	53
4.9	Pertumbuhan Jumlah Penduduk Usia Kerja (15 Tahun ke Atas) Maluku Utara Agustus 2015 – 2019	54
4.10	Jumlah Penduduk Bekerja dan Pengangguran Maluku Utara, Agustus 2015 – 2019	55
4.11	Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, Agustus 2017 – 2019	56
4.12	Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja Menurut Jenis Kelamin di Maluku Utara, Agustus 2017 - 2019	56
4.13	Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, Agustus 2017 – 2019	57
4.14	Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Menurut Jenis Kelamin di Maluku Utara, Agustus 2017 – 2019	58
4.15	Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Menurut Ijazah Tertinggi yang Dimiliki di Maluku Utara, Agustus 2018-2019	59
4.16	Persentase Penduduk 15 Tahun ke Atas yang Bekerja Menurut Lapangan Usaha Pekerjaan di Jawa Barat, Agustus 2019	60
4.17	Struktur Status Pekerjaan Utama Penduduk Bekerja di Maluku Utara, Agustus 2019	61
4.18	Struktur Status Pekerjaan Utama Penduduk Bekerja di Maluku Utara, Agustus 2019	61
4.19	Persentase Status Pekerjaan Utama Penduduk Bekerja sebagai Buruh/karyawan/Pegawai menurut Kabupaten Kota di Maluku Utara, Agustus 2019	62
4.20	Persentase Penduduk Bekerja Menurut Jam Kerja Seluruhnya di Maluku Utara, Agustus 2019	63
4.21	Persentase Rata-rata Pengeluaran per Kapita Sebulan Menurut Tipe Daerah dan Jenis Pengeluaran, 2019	65
4.22	Persentase Rata-rata Pengeluaran per Kapita Sebulan Menurut Kelompok Barang, 2019	65
4.23	Indeks Gini Maluku Utara, 2015 – 2019	66
4.24	Persentase Penduduk Miskin di Maluku Utara, 2015 – 2019 (Maret)	72
4.25	Garis Kemiskinan Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, 2018 - 2019 (Ribu Rupiah/Kapita/Bulan)	72
4.26	Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1) Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, 2015 – 2019	73
4.27	Indeks Keparahan Kemiskinan (P2) Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, 2015 – 2019	74
4.28	Angka Melek Huruf Penduduk Miskin Maluku Utara, 2018 – 2019	75
4.29	Persentase Penduduk Miskin Usia 15 tahun ke Atas Menurut Pendidikan yang Ditamatkan di Maluku Utara Tahun 2019	75
4.30	Penduduk Miskin Usia 15 Tahun ke Atas Menurut Status Bekerja di Maluku Utara, 2019	76





4.31 Penduduk Miskin Usia 15 Tahun ke Atas Menurut Bidang Pekerjaan di Maluku Utara 2019	77
4.32 Persentase Penduduk Miskin yang Menggunakan Air Layak di Maluku Utara Tahun 2018 – 2019	77
4.33 Persentase Penduduk Miskin yang Menggunakan Jamban Milik Sendiri/Bersama di Maluku Utara Tahun 2018 – 2019	78

<https://malut.bps.go.id>

SINGKATAN DAN AKRONIM

APK	: Angka Partisipasi Kasar
APM	: Angka Partisipasi Murni
ASI	: Air Susu Ibu
BPS	: Badan Pusat Statistik
D1/D2/D3	: Diploma 1/ Diploma 2 / Diploma3
K	: Perkotaan
D	: Perdesaan
K + D	: Perkotaan + Perdesaan
L	: Laki-laki
P	: Perempuan
L+P	: Laki-laki + Perempuan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	: Puskesmas Pembantu
MI	: Madrasah Ibtidaiyah
Sakernas	: Survey Angkatan Kerja Nasional
SD	: Sekolah Dasar
SM	: Sekolah Menengah
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
SMLB	: Sekolah Menengah Luar Biasa
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMPLB	: Sekolah Menengah Pertama Luar Biasa
SP	: Sensus Penduduk
Susenas	: Survey Sosial Ekonomi Nasional
TPAK	: Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja
TPT	: Tingkat Pengangguran Terbuka
Wajar	: Wajib Belajar

1

PENDAHULUAN

Halaman ini sengaja dikosongkan

<https://malut.kps.go.id>

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan isu penting yang menjadi salah satu indikator pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pembangunan kesehatan nasional diarahkan pada peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang demi terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tujuan pembangunan kesehatan menurut Sistem Kesehatan Nasional ditandai oleh penduduk yang hidup dalam lingkungan sehat, berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), serta mempunyai kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata dalam wilayah Kesatuan Negara RI yang kuat.

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas, yaitu SDM yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, serta cerdas. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk memberikan kesempatan yang seluas-luasnya bagi masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Sasaran pembangunan kesehatan pada RPJMN 2015–2019 diantaranya adalah: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan *universal* melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan sistem jaminan sosial nasional (SJSN) Kesehatan; (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.

Pada rencana strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2015 – 2019 pembangunan kesehatan diarahkan melalui Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Prioritas ini didasari oleh permasalahan kesehatan yang mendesak seperti angka kematian ibu dan bayi yang masih tinggi, angka gizi buruk, serta angka harapan hidup yang sangat ditentukan oleh kualitas pelayanan primer. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah memiliki komitmen untuk pembangunan manusia, agar peringkat pembangunan manusia Indonesia meningkat. Program Indonesia Sehat dituangkan dalam sasaran pokok RPJMN 2015–2019 (Bappenas, 2014).

Terdapat 3 pilar utama pada Program Indonesia Sehat, yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional. Pilar paradigma sehat dilakukan melalui strategi pengutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat. Pilar penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Sementara untuk pilar jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan manfaat serta kendali mutu dan kendali biaya.

Untuk mencapai sasaran tersebut, pemerataan kesehatan antar daerah

menjadi salah satu tantangan bagi pemerintah. Salah satu indikator yang digunakan untuk melihat kualitas kinerja sistem kesehatan adalah dengan melihat perbedaan dalam penggunaan fasilitas kesehatan. Dimensi dalam menganalisis disparitas dalam penggunaan layanan kesehatan yang sering digunakan adalah dimensi perdesaan-perkotaan, sosial ekonomi, geografis, dan wilayah. Perkembangan kesehatan yang telah berjalan menunjukkan masih adanya kesenjangan antara daerah perkotaan dan pedesaan. Daerah perkotaan cenderung memiliki akses pelayanan kesehatan yang lebih baik daripada pedesaan. Alasan ini adalah dasar dari asumsi bahwa daerah pedesaan lebih rentan daripada di daerah perkotaan.

Kesenjangan dalam pelayanan kesehatan yang terjadi antara daerah perkotaan dan pedesaan berkontribusi pada peningkatan jumlah orang yang menderita penyakit kronis di pedesaan. Jika dibiarkan berlanjut, akan ada peluang hilang yang besar yang harus ditanggung oleh masyarakat dan pemerintah (Agung dkk, 2019).

Hasil analisis dari data Riskesdas 2013 membenarkan fakta tersebut. Analisis lanjutan dari data riskesdas diperoleh bahwa pemanfaatan puskesmas di wilayah Indonesia bagian barat cenderung lebih baik daripada di timur. Kondisi ini berbanding lurus dengan pembangunan ekonomi di Indonesia, yang memang menunjukkan ketimpangan antara barat dan timur. Pembangunan di wilayah timur cenderung tertinggal dari daerah lain, termasuk pembangunan kesehatan.

Terkait hal tersebut, perlu adanya upaya pemerintah baik pusat maupun daerah untuk menyudahi kesenjangan yang terjadi. Maluku Utara termasuk salah satu provinsi kepulauan di Indonesia dengan akses antar Kabupaten/Kota yang masih cukup sulit. Beberapa desa di Kabupaten tertentu dicapai dengan waktu yang cukup panjang dan medan yang sulit. Hal ini dikhawatirkan akan berdampak juga pada kondisi kesehatan masyarakatnya akibat akses untuk memperoleh pelayanan kesehatan juga sulit. Salah satu visi Pemerintah Provinsi Maluku Utara dalam Rencana Jangka Menengah Provinsi Maluku Utara Tahun 2014-2019 adalah mewujudkan sumberdaya manusia yang berkualitas, unggul, amanah, dan berdaya saing melalui pendidikan dan kesehatan. Tujuan yang akan dicapai adalah terwujudnya upaya pelayanan kesehatan *promotive*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitative* untuk mendukung derajat kesehatan masyarakat. Pencapaian kinerja program kesehatan Provinsi Maluku Utara mengacu pada beberapa jenis indikator kinerja program sebagaimana yang termuat dalam indikator kinerja program yang ditetapkan secara nasional, Standar Pelayanan Minimal (SPM), serta target Sustainable Development Goals (SDGs) bidang kesehatan.

Berdasarkan kebijakan tersebut maka tema inkesra tahun 2019/2020 adalah pemerataan di bidang kesehatan, terutama masalah akses sarana dan prasarana kesehatan. Diharapkan pemerataan ini dapat meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia khususnya di Maluku Utara.

1.2. Tujuan

Tujuan dari Analisis Tematik Pemerataan Akses Sarana dan Prasarana Kesehatan Menuju Maluku Utara Sehat adalah untuk memberikan gambaran tentang kondisi umum kesehatan serta pemerataan akses sarana dan prasarana kesehatan. Pemerataan akan mengarah pada pengurangan kesenjangan antar wilayah, jenis kelamin, serta status ekonomi penduduk.

Pemerataan akses sarana dan prasarana sebagai faktor penunjang kesehatan penduduk dilihat dari sisi akses pelayanan kesehatan dan pengguna, kepadatan dan distribusi tenaga kesehatan, kepadatan dan distribusi fasilitas kesehatan, pemerataan jaminan kesehatan, serta pemerataan anggaran kesehatan.

Analisis ini diharapkan dapat menyajikan data dan informasi mengenai kondisi kesejahteraan rakyat khususnya dalam bidang kesehatan sehingga dapat menjadi acuan dalam masukan pembentukan program pembangunan yang akan berdampak bagi peningkatan kesejahteraan masyarakat. Publikasi ini juga menyajikan perkembangan kesejahteraan rakyat antar waktu secara umum.

1.3. Ruang Lingkup

Analisis pemerataan akses sarana dan prasarana kesehatan di Maluku Utara menyajikan data dan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber data. Data utama dalam analisis pemerataan akses sarana dan prasarana kesehatan ini bersumber dari BPS, yaitu dari hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), Potensi Desa (Podes), Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), serta publikasi Profil Kesehatan Indonesia yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

1.4. Sistematika Penulisan

Penulisan laporan tentang pemerataan akses sarana dan prasarana kesehatan ini diawali dengan Bab 1 (Pendahuluan) yang membahas latar belakang, tujuan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. Bab 2 mengupas kondisi umum kesehatan di Maluku Utara dan disparitas antar kabupaten/kota, seperti angka harapan hidup, morbiditas, kesehatan ibu dan anak, status gizi, pengendalian penyakit, serta kesehatan lingkungan. Bab 3 membahas tentang pemerataan sarana dan prasarana kesehatan sebagai faktor penunjang kesehatan penduduk. Selanjutnya Bab 4 membahas tentang perkembangan kesejahteraan rakyat secara umum dalam hal kependudukan, kesehatan dan gizi, pendidikan, ketenagakerjaan, taraf dan pola konsumsi, perumahan dan lingkungan, kemiskinan, dan sosial lainnya.

Halaman ini sengaja dikosongkan

<https://malut.kps.go.id>

2

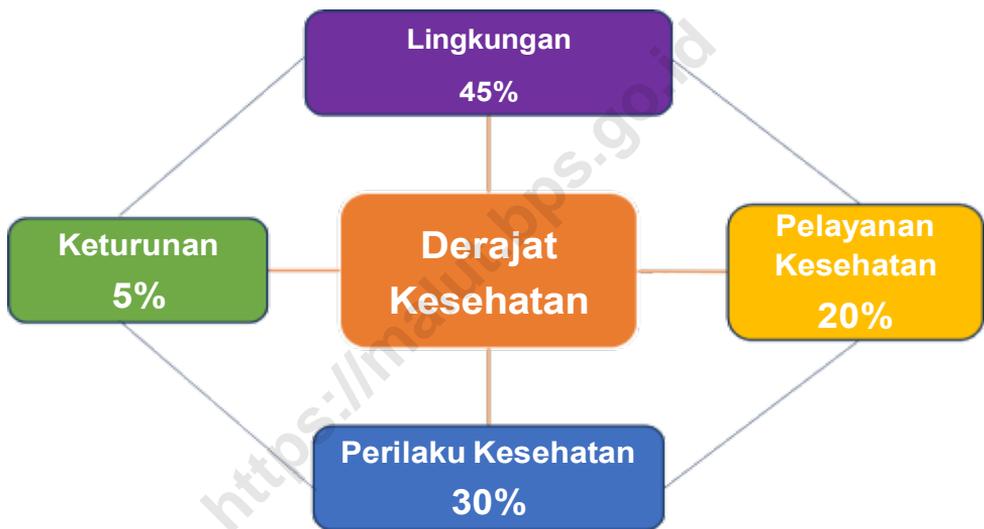
KONDISI UMUM KESEHATAN MALUKU UTARA

Halaman ini sengaja dikosongkan

<https://malut.kps.go.id>

Kondisi umum kesehatan di Maluku Utara digambarkan oleh derajat kesehatan masyarakat. Derajat kesehatan masyarakat dapat dicerminkan melalui beberapa indikator terpilih, seperti angka harapan hidup, angka kesakitan, angka kematian, dan status gizi. Kesehatan masyarakat bukan hanya berasal dari sektor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, tetapi juga dipengaruhi faktor demografi seperti ekonomi dan pendidikan, faktor lingkungan, dan faktor keturunan. Teori derajat kesehatan yang dikembangkan Hendrik L. Blum menjawab hubungan ini dalam sebuah diagram.

Gambar 2.1 Analisis Derajat Kesehatan Hendrik L. Blum



Sumber : Indeks Pembangunan Manusia, 2016

Hendrik L. Blum mengembangkan teori derajat kesehatan yang dipengaruhi empat determinan yang saling terkait yaitu lingkungan, perilaku kesehatan, pelayanan kesehatan, dan keturunan (Etrawati, 2004). Lingkungan merupakan determinan yang paling dominan memengaruhi derajat kesehatan sebesar 45 persen. Perilaku kesehatan memiliki pengaruh 30 persen, pelayanan kesehatan 20 persen, dan keturunan 5 persen. Lingkungan memberikan pengaruh paling tinggi karena berhubungan langsung dengan masyarakat.

Lingkungan umumnya dibagi menjadi aspek fisik dan sosial. Lingkungan yang menyangkut aspek fisik seperti sampah, air, udara, tanah, iklim, dan perumahan. Sementara lingkungan yang menyangkut aspek sosial seperti kebudayaan, pendidikan, dan ekonomi. Contoh indikator lingkungan dalam aspek fisik yang mudah untuk diukur yaitu ketersediaan sanitasi layak dan air bersih. Perilaku merupakan faktor kedua yang memengaruhi derajat kesehatan, mencakup perilaku individu, keluarga, maupun masyarakat. Perilaku hidup yang sehat tentunya akan meningkatkan derajat

kesehatan masyarakat. Perilaku dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, tingkat sosial, dan tingkat ekonomi yang melekat pada individu.

Pelayanan kesehatan adalah faktor ketiga yang memengaruhi situasi derajat kesehatan masyarakat. Ketersediaan fasilitas kesehatan sangat menentukan pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit, serta pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap layanan kesehatan. Pelayanan kesehatan harus diimbangi dengan fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau dan ketersediaan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan dan informasi kesehatan. Faktor terakhir yang memengaruhi derajat kesehatan yaitu keturunan. Keturunan adalah faktor yang melekat dalam diri individu sejak lahir, seperti penyakit genetik (Badan Pusat Statistik, 2017). Berikut indikator kesehatan yang menggambarkan derajat kesehatan masyarakat:

2.1. Perkembangan Umur Harapan Hidup

Umur Harapan Hidup (UHH) merupakan salah satu indikator penting yang berperan sebagai alat ukur kinerja pemerintah dalam merencanakan dan mengevaluasi pembangunan nasional, khususnya bidang kesehatan. UHH menggambarkan jumlah tahun yang diharapkan dapat dicapai bayi yang baru lahir untuk hidup, pada suatu tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku di lingkungan masyarakatnya. Nilai UHH yang tinggi mencerminkan derajat kesehatan penduduk yang tinggi dan kemampuan pemerintah untuk menyediakan fasilitas kesehatan, terpenuhinya kecukupan gizi dan kalori penduduk, serta kesehatan lingkungan yang baik. Apabila nilai UHH rendah di suatu daerah, maka perlu dipelajari lebih lanjut penyebabnya dan bagaimana solusi untuk mengatasinya.

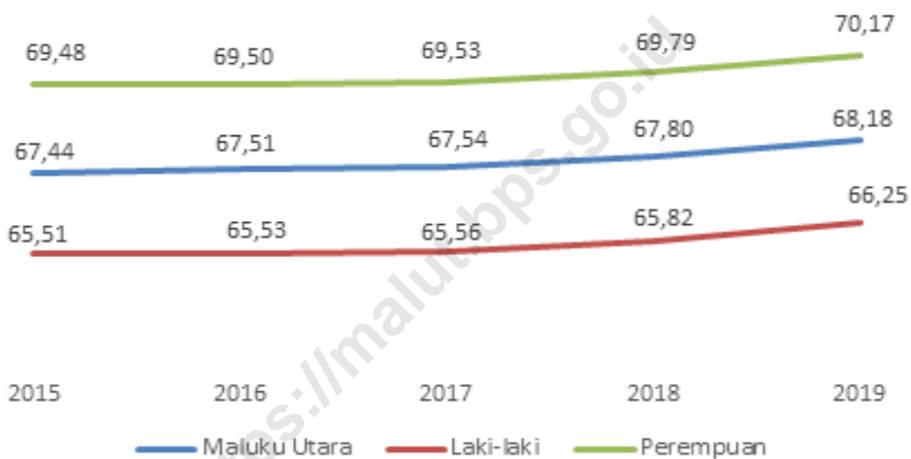
Dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2015-2019, disebutkan bahwa sasaran pembangunan kesehatan tahun 2025 yaitu meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang dicerminkan dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, dan menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita (Kementerian Kesehatan, 2015). Faktor-faktor yang memengaruhi UHH di Indonesia antara lain indeks produksi pangan, pendapatan per kapita, pertumbuhan penduduk, dan emisi CO₂ (Yenti, 2016). Penelitian oleh Ali dan Ahmad (2014) menyimpulkan bahwa produksi pangan, angka partisipasi kasar, pertumbuhan penduduk, inflasi, pendapatan per kapita, dan emisi CO₂ memengaruhi UHH di Negara Oman (Ali & Ahmad, 2014). Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Sede dan Ohemeng (2015) di Nigeria memperoleh hasil variabel tingkat pengangguran dan nilai tukar signifikan memengaruhi UHH. Berdasarkan penelitian-penelitian tersebut, dapat disimpulkan jika faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan berpengaruh terhadap UHH.

BPS mencatat perkembangan UHH di Maluku Utara tahun 2015 mencapai 67,44 tahun. Pada tahun 2018 meningkat menjadi 67,80 tahun, dan terus meningkat menjadi 68,18 tahun di tahun 2019. Series data menunjukkan, UHH Maluku Utara cenderung stabil dari tahun 2015 hingga 2017 kemudian sedikit

mengalami peningkatan mulai tahun 2018. (BPS Provinsi Maluku Utara, 2020).

Jika ditinjau dari jenis kelamin, umur harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Fakta ini terjadi hampir di seluruh provinsi, termasuk Maluku Utara. Selama periode 2015 - 2019, UHH perempuan di Maluku Utara sebesar 69-70 tahun atau empat tahun lebih tinggi dibandingkan UHH laki-laki sebesar 66 tahun. Angka ini mencerminkan bahwa bayi perempuan saat lahir memiliki peluang hidup hingga mencapai usia 70 tahun, atau empat tahun lebih lama dibandingkan bayi laki-laki yang diperkirakan dapat mencapai usia 66 tahun. Hal ini didukung dengan persentase penduduk lansia perempuan yang lebih tinggi dibandingkan penduduk lansia laki-laki.

Gambar 2.2 Umur Harapan Hidup Menurut Jenis Kelamin, 2015 – 2019



Sumber : <http://bps.go.id/pilihdata> Tabel Dinamis Gender

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa UHH perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki disebabkan oleh faktor genetik, gaya hidup, dan risiko selama menjalani hidup. Perempuan cenderung memiliki kemampuan regenerasi sel yang lebih baik dibandingkan laki-laki, kebiasaan merokok dan minum minuman keras lebih rendah dari laki-laki, serta risiko pekerjaan yang lebih rendah dibandingkan laki-laki. Laki-laki juga lebih rentan terhadap penyakit dan kecelakaan sebagai bagian dari tanggung jawabnya selama bekerja.

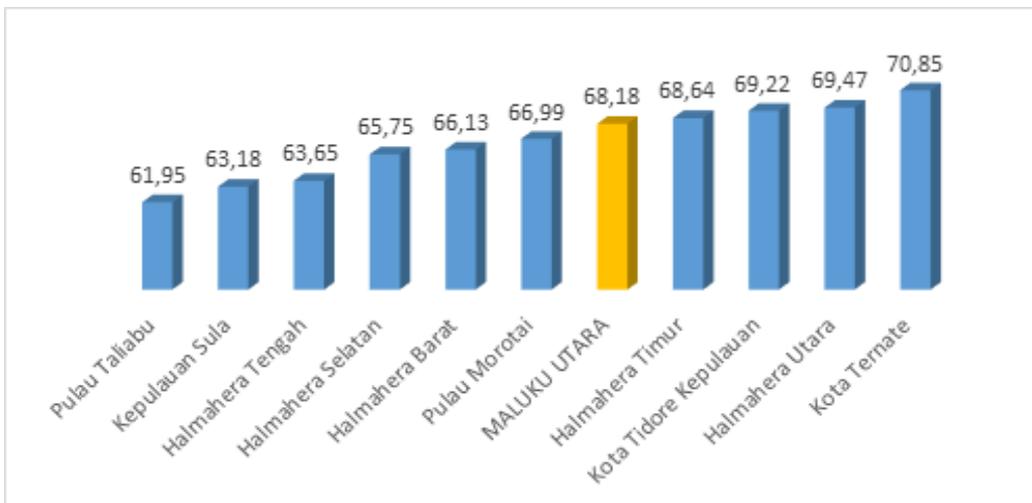
Perls dan Fretts (1998) menjelaskan secara rinci mengapa perempuan dapat hidup lebih lama dibandingkan laki-laki. Hormon jenis kelamin merupakan faktor penting yang menentukan kerentanan relatif jenis kelamin terhadap penuaan dan penyakit. Di samping itu, metabolisme laki-laki lebih cepat dibandingkan perempuan. Metabolisme yang cepat membuat sel laki-laki lebih rentan mengalami kerusakan, atau dapat dituliskan siklus hidup laki-laki menjadi lebih cepat berakhir dibandingkan perempuan (Perls & Ruth C Fretts, 1998). Perempuan memiliki keuntungan biologis dengan hormon estrogen. Estrogen menurunkan kolesterol Low-Density Lipoprotein (LDL) atau yang dikenal dengan kolesterol jahat, dan meningkatkan kolesterol

High-Density Lipoprotein (HDL) atau kolesterol baik yang mengurangi risiko penyakit kardiovaskular. Sementara itu, laki-laki memiliki hormon testosteron yang berkebalikan dengan sistem kerja hormon estrogen. Testosteron meningkatkan kadar kolesterol jahat dalam darah dan menurunkan kadar kolesterol baik, sehingga laki-laki lebih rentan terhadap risiko penyakit hipertensi, jantung, dan stroke. Dari segi kepedulian terhadap faktor kesehatan, perempuan cenderung lebih sadar terhadap kesehatan dirinya dibandingkan laki-laki. Hal ini bisa dilihat dari gaya hidup perempuan yang lebih sehat dengan tidak mengonsumsi obat terlarang dan alkohol.

Di satu sisi, peningkatan UHH merupakan cerminan peningkatan derajat kesehatan penduduk. Namun di sisi lain, peningkatan UHH berarti semakin bertambahnya populasi penduduk lanjut usia (lansia). Perhatian yang serius perlu diberikan guna mempersiapkan dan mengarahkan penduduk lansia agar tetap sehat, produktif, dan sejahtera. Penduduk lansia yang tidak sehat dan tidak mandiri akan memberikan dampak sosial ekonomi yang buruk bagi bangsa dan negara.

Jika dilihat UHH pada tahun 2019, dari sepuluh Kabupaten/Kota hanya terdapat empat kabupaten/kota dengan UHH di atas angka provinsi (68,18 tahun). Kota Ternate merupakan kabupaten/kota dengan UHH tertinggi di Maluku Utara dengan capaian UHH tahun 2019 sebesar 70,85 tahun. Dengan UHH yang tinggi, capaian IPM di Kota Ternate merupakan yang tertinggi di Maluku Utara (BPS Provinsi Maluku Utara, 2020). Tingginya angka tersebut dipengaruhi oleh Umur Harapan Hidup sebagai salah satu dimensi pembentuk Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang merupakan indikator penting untuk mengukur keberhasilan pembangunan kualitas hidup manusia. Sementara itu, kabupaten/kota dengan UHH terendah adalah Kabupaten Pulau Taliabu dengan capaian pada tahun 2019 sebesar 61,95 tahun. Angka ini 9 tahun lebih rendah dibandingkan capaian UHH di Kota Ternate. Dengan kata lain, rata-rata bayi baru lahir di Kabupaten Pulau Taliabu akan hidup 9 tahun lebih pendek dibandingkan bayi yang lahir di Kota Ternate.

Gambar 2.3 Umur Harapan Hidup Menurut Kabupaten/Kota 2019



Sumber : Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Selain Umur Harapan Hidup, indikator morbiditas juga dapat mencerminkan kondisi kesehatan penduduk Maluku Utara Tahun 2019, sebanyak 17,99 persen penduduk mempunyai keluhan kesehatan. Keluhan kesehatan yang dimaksud yaitu keadaan seseorang yang mengalami gangguan kesehatan atau kejiwaan, baik karena penyakit akut, penyakit kronis (meskipun selama sebulan terakhir tidak mempunyai keluhan), kecelakaan, kriminal atau hal lain. Kabupaten/kota dengan persentase tertinggi penduduk yang mengalami keluhan kesehatan yaitu Kota Ternate sebesar 22,06 persen dan Kota Tidore Kepulauan sebesar 20,84 persen.

Kedua daerah dengan keluhan kesehatan tertinggi berada pada areal perkotaan. Hal ini bisa disebabkan karena gaya hidup masyarakat perkotaan yang kurang memperhatikan kesehatan atau sebaliknya akibat fasilitas kesehatan yang ada cukup memadai sehingga apabila sedikit mengalami keluhan kesehatan maka memerlukan tindak lanjut lebih ke tenaga kesehatan. Di lain hal, kabupaten dengan persentase terendah penduduk yang mengalami keluhan kesehatan yaitu Kabupaten Pulau Taliabu yang hanya sebesar 13,56 persen.

Tabel 2.1 Persentase Penduduk yang Mempunyai Keluhan Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota dan Jenis Kelamin Tahun 2019

Kabupaten/Kota	Jenis Kelamin		
	Laki-Laki	Perempuan	Total
(1)	(2)	(3)	(4)
Halmahera Barat	15,45	18,33	16,86
Halmahera Tengah	17,85	20,77	19,28
Kepulauan Sula	16,44	14,04	15,26
Halmahera Selatan	16,97	17,79	17,37
Halmahera Utara	13,48	16,42	14,93
Halmahera Timur	17,08	20,61	18,77
Pulau Morotai	17,99	18,5	18,24
Pulau Taliabu	13,69	13,42	13,56
Ternate	19,95	24,28	22,06
Tidore Kepulauan	16,22	25,53	20,84
Maluku Utara	16,70	19,34	17,99

Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Provinsi Maluku Utara 2019 dan Susenas KOR Maret 2019, diolah

Jika ditinjau menurut jenis kelamin, penduduk perempuan lebih banyak mengalami keluhan kesehatan dibandingkan penduduk laki-laki. Persentase penduduk perempuan di Maluku Utara tahun 2019 yang mengalami keluhan

kesehatan mencapai 19,34 persen, sedangkan penduduk laki-laki sebanyak 16,7 persen. Kabupaten/kota dengan persentase penduduk laki-laki yang mempunyai keluhan kesehatan tertinggi yaitu Kota Ternate sebesar 19,95 persen sementara Kabupaten/Kota dengan persentase penduduk perempuan yang mempunyai keluhan kesehatan tertinggi yaitu Kota Tidore Kepulauan, sebesar 25,53 persen.

Keluhan kesehatan yang diikuti dengan terganggunya aktivitas seperti bekerja, sekolah, atau kegiatan sehari-hari dibagi total penduduk disebut angka kesakitan. Tahun 2019 tercatat angka kesakitan di Maluku Utara sebesar 10,74 persen, dengan angka kesakitan penduduk laki-laki dan perempuan masing-masing 10,18 persen dan 11,33 persen. Kabupaten/kota dengan persentase angka kesakitan tertinggi yaitu Pulau Morotai, di mana angka kesakitan mencapai 14,16 persen. Sementara itu, angka kesakitan terendah terdapat di Kabupaten Pulau Taliabu yaitu sebesar 8,77 persen. Serupa dengan keluhan kesehatan, angka kesakitan penduduk perempuan cenderung lebih tinggi dibandingkan penduduk laki-laki. Hanya 2 kabupaten/kota dengan angka kesakitan perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki.

Tabel 2.2 Angka Kesakitandi Maluku Utara Menurut Kabupaten/Kota dan Jenis Kelamin Tahun 2019

Kabupaten/Kota	Jenis Kelamin		
	Laki-Laki	Perempuan	Total
(1)	(2)	(3)	(4)
Halmahera Barat	9,94	11,38	10,65
Halmahera Tengah	9,89	11,13	10,50
Kepulauan Sula	10,74	7,54	9,16
Halmahera Selatan	10,76	12,18	11,46
Halmahera Utara	8,57	9,11	8,83
Halmahera Timur	9,33	11,09	10,17
Pulau Morotai	14,04	14,28	14,16
Pulau Taliabu	9,53	7,99	8,77
Ternate	10,34	13,17	11,72
Tidore Kepulauan	9,99	13,40	11,68
Maluku Utara	10,18	11,33	10,74

Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Provinsi Maluku Utara 2019 dan Susenas KOR Maret 2019, diolah

2.2. Kesehatan Ibu dan Anak

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu persoalan pembangunan yang masih terus bergulir di seluruh wilayah Indonesia. Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Neonatal (AKN), dan Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator strategis pembangunan kesehatan yang mencerminkan derajat kesehatan dan kualitas penduduk. Ketiga angka ini digunakan sebagai dasar evaluasi kebijakan pemerintah di bidang kesehatan dan kependudukan. Rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak ditengarai menjadi penyebab utama tingginya angka kematian ibu dan bayi. Pelayanan dapat berupa akses terhadap tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, dan kualitas layanan kesehatan.

Data Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan AKB di Maluku Utara yaitu 62 bayi per 1.000 kelahiran hidup (<https://www.bps.go.id/tabeldinamis>). Atau dapat dikatakan bahwa satu di antara 61 bayi meninggal sebelum mencapai usia satu tahun. Sementara itu, AKN atau bayi di bawah usia 1 bulan di Maluku Utara tercatat sebesar 37 bayi per 1.000 kelahiran hidup. Kondisi ini menunjukkan bahwa pemerintah dan jajarannya harus bekerja keras mengejar ketertinggalan target pembangunan kesehatan seperti yang tercantum dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs). Dalam SDGs tujuan ketiga disebutkan salah satu target yang harus dicapai oleh setiap negara yaitu menurunkan Angka Kematian Neonatal menjadi 12 per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita menjadi 25 per 1.000 kelahiran hidup.

Maluku Utara merupakan provinsi dengan AKN tertinggi diantara Provinsi lainnya di Indonesia. Angka kematian Neonatal di Maluku Utara tiga kali lipat lebih besar dibandingkan Angka Kematian Neonatal terendah di Indonesia yaitu Kalimantan Timur dengan angka kematian sebanyak 12 per 1000 kelahiran hidup. Sebagian besar provinsi dengan nilai AKN di atas angka nasional berada di wilayah timur Indonesia.

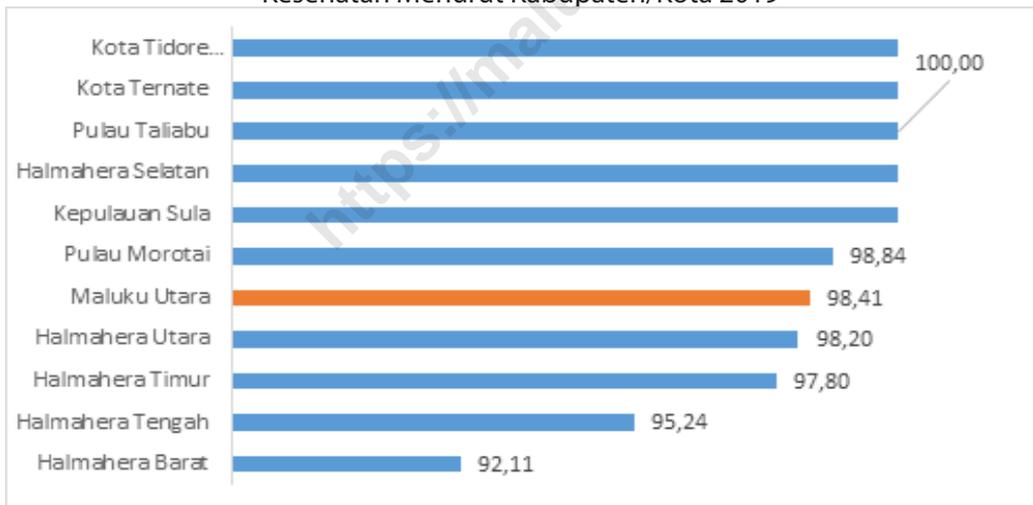
Banyak hal yang menyebabkan angka kematian ibu masih tinggi. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan penyebab utama kematian ibu di Indonesia yaitu pendarahan setelah melahirkan, hipertensi, dan infeksi setelah melahirkan. Wakil Menteri Kesehatan menyebutkan bahwa kematian ibu juga dapat disebabkan karena terlambat di rumah, di perjalanan, dan di unit layanan kesehatan (detik.com, 2013). Yang dimaksud terlambat di rumah yaitu kurangnya pengetahuan suami dan istri terkait kehamilan dan proses persalinan, serta faktor pembiayaan untuk persalinan. Terlambat di perjalanan artinya belum tersedianya sarana transportasi yang siap siaga, terutama di daerah perdesaan atau daerah yang jauh dari unit layanan kesehatan. Waktu dan jarak tempuh yang jauh tentunya semakin meningkatkan risiko keterlambatan pertolongan pada proses persalinan. Dan yang terakhir yaitu terlambat di unit layanan kesehatan, di mana sarana dan prasarana yang tersedia kurang memadai, termasuk ketersediaan tenaga kesehatan terlatih.

Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa disparitas kesehatan ibu dan anak dipengaruhi faktor geografis, seperti daerah terpencil dan kepulauan; ketersediaan fasilitas kesehatan dan obat-obatan terjangkau belum terpenuhi; kurangnya tenaga

kesehatan; dan masalah finansial dalam mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah (Kementerian Kesehatan, 2015). Angka kematian ibu erat kaitannya dengan proses persalinan, apakah ditolong oleh tenaga kesehatan atau tidak. Publikasi Statistik Kesejahteraan Maluku Utara 2019 menunjukkan sebanyak 98,41 persen ibu di Maluku Utara melahirkan dengan penolong persalinan tenaga kesehatan (BPS Provinsi Maluku Utara, 2019). Yang dimaksud tenaga kesehatan di sini yaitu dokter kandungan, dokter umum, bidan, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Seluruh ibu melahirkan pada tenaga kesehatan berada di Kabupaten Kepulauan Sula, Kabupaten Halmahera Selatan, Kabupaten Pulau Taliabu, Kota Ternate, dan Kota Tidore Kepulauan. Secara umum hampir seluruh ibu di Maluku Utara dditolong oleh tenaga kesehatan pada saat melahirkan.

Menurut tipe daerah, persentase ibu melahirkan dengan penolong persalinan tenaga kesehatan yang tinggal di perkotaan ternyata lebih rendah daripada di perdesaan yaitu sebesar 98,08 persen, sementara untuk perdesaan sebesar 99,53 persen, meskipun demikian keduanya masih berada diatas 95 persen, atau dengan kata lain secara umum hampir seluruh ibu di Maluku Utara telah ditolong oleh tenaga kesehatan pada saat persalinan.

Gambar 2.4 Persentase Ibu Melahirkan dengan Penolong Persalinan Tenaga Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota 2019

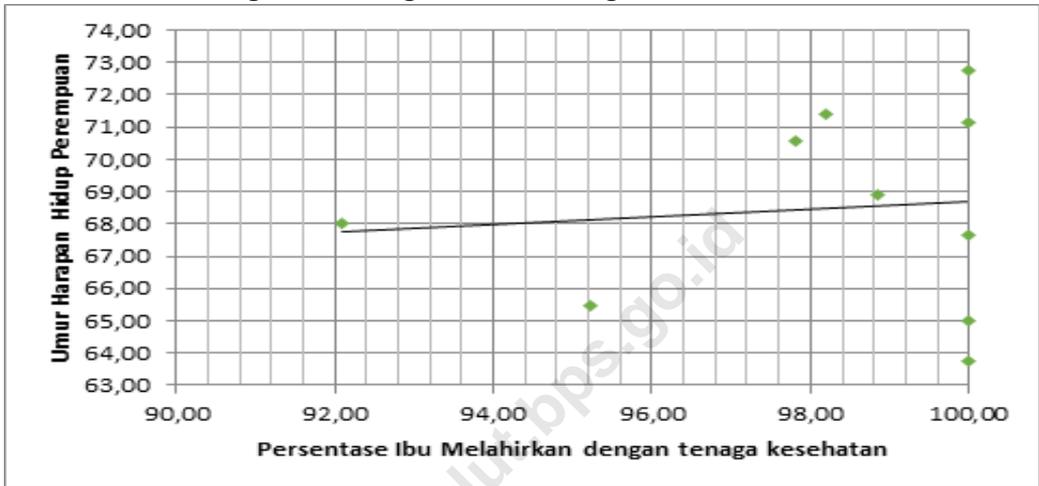


Sumber : Susenas KOR Maret 2019, diolah

Proses persalinan merupakan salah satu faktor tidak langsung yang dianggap memengaruhi angka harapan hidup. Kematian bayi lebih rentan terjadi pada ibu yang dalam proses persalinannya tidak ditolong oleh tenaga kesehatan. Suatu daerah dengan angka kematian bayi yang tinggi mencerminkan adanya permasalahan kesehatan yang berdampak pada usia harapan hidup. Pentingnya ibu melahirkan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan perlu didukung dengan melahirkan di tempat pelayanan kesehatan seperti klinik/bidan/praktek dokter, Rumah Sakit/Rumah Sakit Bersalin, atau Puskesmas/Polindes/Pustu.

Berdasarkan grafik 2.4 umur harapan hidup berbanding lurus dengan persentase ibu yang melahirkan dengan penolong kelahiran tenaga kesehatan. Semakin banyak ibu yang ditolong oleh tenaga kesehatan ketika melahirkan, maka umur harapan hidupnya semakin tinggi juga.

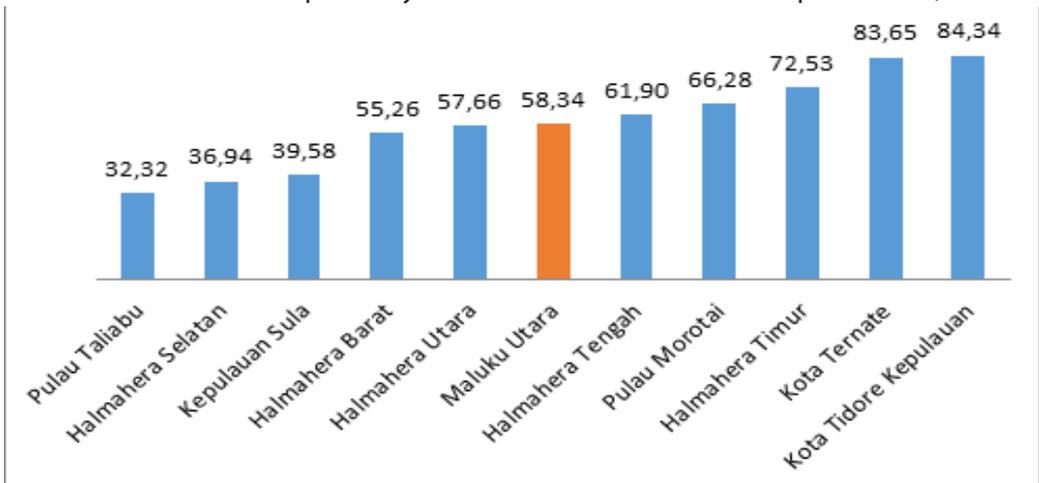
Gambar 2.5 Hubungan Umur Harapan Hidup dan Persentase Ibu Melahirkan dengan Penolong Kelahiran Tenaga Kesehatan, 2019



Sumber : Susenas KOR Maret 2019 dan data lainnya BPS Provinsi Maluku Utara , diolah

Ibu yang melalui proses persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan di tempat pelayanan kesehatan. Mengingat betapa pentingnya proses persalinan terhadap kelangsungan hidup ibu dan bayi, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Pasal 14 ayat 1 yang berbunyi "Persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan" (Kementerian Kesehatan, 2014).

Gambar 2.6 Persentase Ibu yang Melahirkan Anak Lahir Hidup dalam Dua Tahun Terakhir di Tempat Pelayanan Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota, 2019

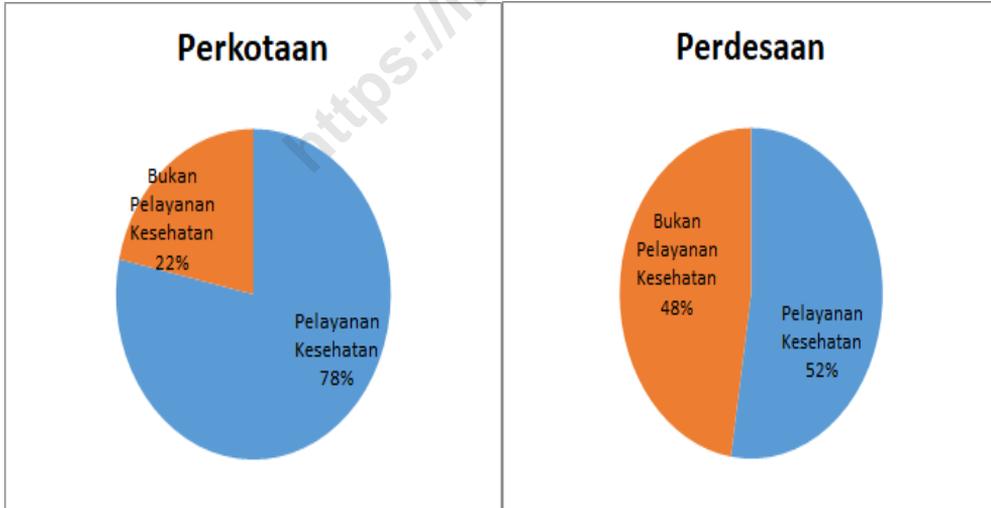


Sumber : Susenas KOR Maret 2019 dan data lainnya BPS Provinsi Maluku Utara , diolah

Di Maluku Utara secara umum sudah 58,34 persen ibu melakukan proses persalinan di tempat pelayanan kesehatan. Mayoritas ibu berasal dari Kota Ternate dan Kota Tidore Kepulauan. Masih terdapat 5 Kabupaten/ Kota dengan persentase ibu yang melakukan persalinan di tempat pelayanan kesehatan yang berada di bawah provinsi, yaitu Kabupaten Halmahera Barat, Kepulauan Sula, Halmahera Selatan, Halmahera Utara, dan Pulau Taliabu. Persentase terendah berada di Pulau Taliabu, yakni hanya sebesar 32,32 persen.

Menurut tipe daerah, persentase ibu yang melahirkan di tempat pelayanan kesehatan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan. Lebih dari 78 persen ibu yang tinggal di perkotaan melahirkan di tempat pelayanan kesehatan seperti RS/ RSBersalin /Klinik /Bidan/Praktek Dokter /Puskesmas/Polindes/ Pustu. Sementara itu, baru sekitar 52 persen ibu yang tinggal di perdesaan melahirkan di tempat pelayanan kesehatan. Faktor pendidikan, pendapatan, dan pengetahuan dinilai memengaruhi pemilihan tempat melahirkan. Karakteristik penduduk perkotaan dengan tingkat pendidikan, pendapatan, dan pengetahuan yang lebih tinggi mendasari pemilihan tempat pelayanan kesehatan untuk melahirkan. Ketersediaan tempat pelayanan kesehatan yang lebih banyak dan mudah dijangkau juga berkontribusi terhadap tingginya persentase ibu yang tinggal di perkotaan dan melahirkan di tempat pelayanan kesehatan.

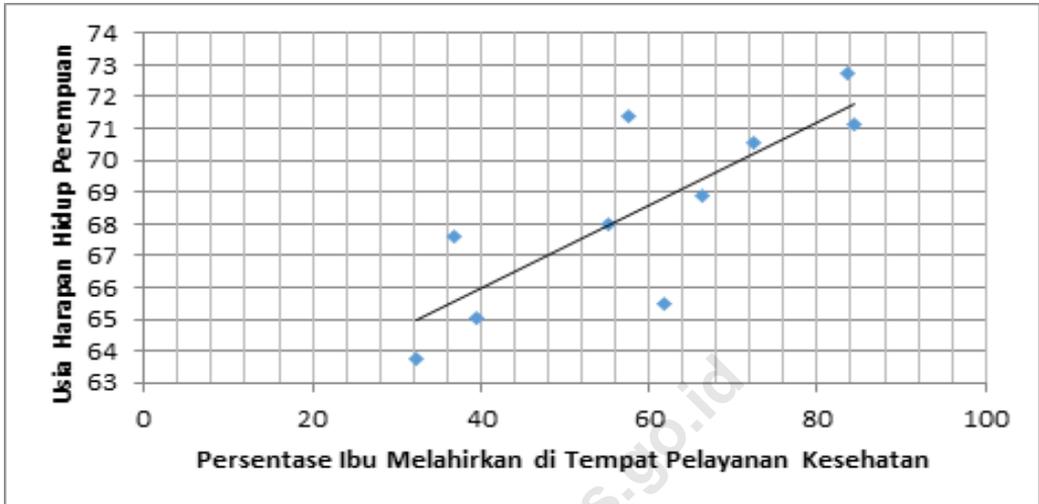
Gambar 2.7 Persentase Ibu yang Melahirkan Anak Lahir Hidup dalam Dua Tahun Terakhir Menurut Tipe Daerah dan Tempat Melahirkan, 2019



Sumber : Susenas KOR Maret 2019, diolah

Gambar di bawah menunjukkan adanya kecenderungan usia harapan hidup yang rendah diiringi rendahnya persentase ibu melahirkan di tempat pelayanan kesehatan. Sebaliknya, usia harapan hidup yang tinggi cenderung diiringi persentase ibu melahirkan di tempat pelayanan kesehatan yang tinggi.

Gambar 2.8 Hubungan Umur Harapan Hidup dan Persentase Ibu Melahirkan di Tempat Pelayanan Kesehatan, 2019



Sumber : Sumber : Susenas KOR Maret 2019 dan data lainnya BPS Provinsi Maluku Utara 2019 , diolah

Tabel 2.3 Persentase Penduduk Umur 0-59 Bulan (Balita) yang Mendapat Imunisasi Lengkap Menurut Kabupaten/Kota dan Jenis Kelamin, 2019

Kabupaten/Kota	Jenis Kelamin		
	Laki-Laki	Perempuan	Total
(1)	(2)	(3)	(4)
Halmahera Barat	69,12	54,41	61,76
Halmahera Tengah	47,83	56,04	52,50
Kepulauan Sula	39,73	40,22	40,00
Halmahera Selatan	44,17	53,26	48,11
Halmahera Utara	40,40	55,56	47,62
Halmahera Timur	69,84	59,70	64,62
Pulau Morotai	29,25	33,00	31,07
Pulau Taliabu	34,12	40,91	37,95
Ternate	65,91	62,32	64,33
Tidore Kepulauan	72,00	78,46	75,65
Maluku Utara	48,72	51,66	50,21

Sumber : Susenas KOR Maret 2019 , diolah

Dari sisi anak, upaya pembangunan kesehatan dimulai dari imunisasi. Imunisasi merupakan upaya perlindungan terhadap penyakit menular yang dapat dicegah, seperti Tuberkulosis, Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B, Polio dan Campak. Program imunisasi di Indonesia mewajibkan setiap bayi usia 0-11 bulan memperoleh imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari 1 dosis Hepatitis B, 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-HB-Hib, 4 dosis polio tetes, dan 1 dosis campak. Menginjak usia 12 bulan, seharusnya seorang balita telah memenuhi imunisasi dasar lengkap. Pada tahun 2019, 50,21 persen balita (0-59 bulan) di Maluku Utara memperoleh imunisasi dasar lengkap. Kabupaten/kota dengan persentase tertinggi balita (0-59 bulan) yang memperoleh imunisasi dasar lengkap yaitu Kota Tidore Kepulauan (75,65 persen), sementara yang terendah yaitu Kabupaten Pulau Morotai (31,07 persen). Balita berjenis kelamin perempuan cenderung lebih banyak diberikan imunisasi lengkap daripada laki-laki, yaitu sebesar 51,66 persen.

2.3. Status Gizi di Maluku Utara

Status gizi merupakan salah satu persoalan kesehatan yang perlu perhatian mendalam. Prevalensi status gizi balita perlu dipandang sebagai tantangan pembangunan karena menentukan nasib generasi masa depan. Pengukuran status gizi didasarkan atas standar *World Health Organization* (WHO, 2005) yang telah ditetapkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Menurut standar tersebut, status gizi balita dapat diukur berdasarkan tiga indeks, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) (Profil Kesehatan Indonesia, 2019)

Gambaran status gizi di Maluku Utara dapat tercermin dari prevalensi gizi buruk dan gizi kurang (*underweight*) pada anak usia di bawah lima tahun atau balita, prevalensi pendek dan sangat pendek (*stunting*) pada anak usia di bawah dua tahun atau baduta, prevalensi kurus dan sangat kurus (*wasting*), serta pemberian ASI eksklusif.

Gizi kurang dan gizi buruk merupakan status gizi yang didasarkan pada indeks berat badan menurut umur (BB/U). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa presentase gizi buruk pada balita usia 0 – 23 bulan di Maluku Utara adalah sebesar 6,5 persen, sedangkan persentase gizi kurang adalah 14,4 persen.

Pada balita usia 0 – 59 bulan, hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan bahwa persentase gizi buruk di Maluku utara adalah sebesar 5,6 persen, naik 1,5 persen daripada tahun 2017. Persentase ini lebih rendah daripada balita usia 0 – 23 bulan. Sementara untuk gizi kurang, pada balita usia 0 – 59 bulan mencapai 16,60 persen, naik 3,2 persen daripada tahun sebelumnya. Namun persentase gizi kurang lebih tinggi daripada balita usia 0 – 23 bulan di tahun 2018.

Gizi buruk erat kaitannya dengan kekurangan energi dan protein dalam jangka waktu yang lama akibat asupan gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. Faktor-faktor yang menyebabkan gizi buruk antara lain asupan gizi yang kurang baik, pemahaman mengenai makanan yang aman untuk dimakan, penyakit

menular, lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan, dan pola asuh.

Pendek dan sangat pendek atau yang sering disebut sebagai stunting merupakan status gizi yang berdasarkan Indeks tinggi badan menurut umur. Persentase balita pendek dan sangat pendek usia 0-23 bulan di Maluku Utara tahun 2018 yaitu 12,3 persen dan 19,6 persen. Sementara untuk balita usia 0 – 59 bulan, persentase pendek dan sangat pendek masing-masing sebesar 20,40 persen dan 11,00 persen (Risikesdas, 2018).

Sustainable Development Goals (SDGs) atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) sebagai agenda pembangunan berkelanjutan, dalam tujuan kedua target 2.2 disebutkan tahun 2030 menghilangkan segala bentuk kekurangan gizi. Untuk mencapai target tersebut, RPJMN 2015-2019 menetapkan beberapa target nasional antara lain menurunnya prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek pada anak di bawah dua tahun/baduta pada tahun 2019 menjadi 28 persen; menurunnya prevalensi wasting (kurus) pada anak balita pada tahun 2019 menjadi 9,5 persen; terkendalinya prevalensi obesitas pada balita tahun 2019 menjadi 11,9 persen; menurunnya prevalensi anemia pada ibu hamil pada tahun 2019 menjadi 28 persen; dan persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif menjadi 50 persen pada tahun 2019.

Persentase kurus dan sangat kurus pada balita 0-23 bulan pada tahun 2018 di Maluku Utara masing-masing sebesar 3,9 persen dan 10,2 persen. Sementara untuk balita usia 0 – 59 bulan, persentase kurus dan sangat kurus pada tahun 2018 adalah sebesar 4 persen dan 7,9 persen, naik 1,3 persen untuk kondisi kurus dan turun 0,3 persen untuk kategori sangat kurus jika dibandingkan dengan hasil Pemantauan Status Gizi pada tahun 2017 (Risikesdas, 2018).

Organisasi Kesehatan Dunia atau WHO telah menetapkan target terkait gizi, yaitu balita kurang gizi di bawah 10 persen, *stunting* di bawah 20 persen, dan balita kurus di bawah lima persen. *Stunting* sangat berbahaya bagi balita karena saat dewasa berisiko melahirkan bayi *stunting*. Di samping itu, *stunting* juga memiliki korelasi dengan penyakit tidak menular seperti diabetes dan jantung.

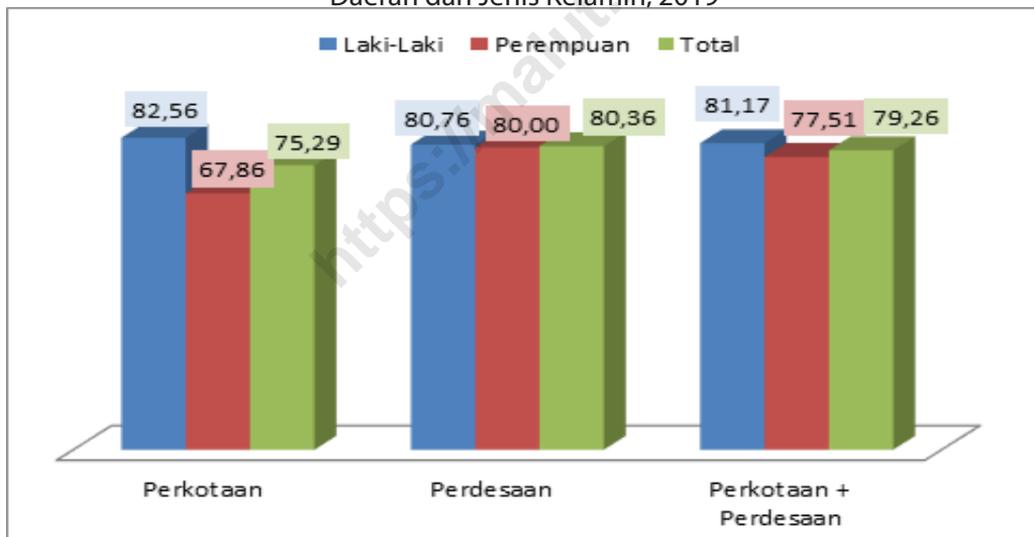
Upaya-upaya yang dapat dilakukan dalam menangani masalah status gizi yaitu melalui intervensi gizi terhadap ibu dan anak. Hal ini penting mengingat status gizi bayi ditentukan sejak masih dalam kandungan. Pemenuhan gizi ibu hamil akan berdampak pada kesehatan bayi yang dikandung hingga dilahirkan. Pertama, intervensi perubahan perilaku melalui pemberian ASI eksklusif, pemberian Makanan Pendamping Asi (MP-ASI) yang tepat, pemantauan berat dan tinggi badan secara teratur, dan kesadaran untuk hidup bersih dan sehat. Kedua, dengan penambahan asupan gizi mikro seperti vitamin A, tablet Fe, dan garam beryodium. Ketiga, dengan penanganan yang tepat untuk pemulihan kondisi anak dengan gizi buruk atau gizi kurang, serta pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil. Pemberdayaan kader Posyandu sebagai ujung tombak yang bersentuhan langsung dengan masyarakat juga perlu ditingkatkan. Para kader inilah yang diharapkan mampu memberikan pengetahuan yang benar seputar kesehatan dan gizi pada ibu hamil dan balita.

Indikator selanjutnya yang dapat digunakan untuk mengukur status gizi yaitu pemberian ASI eksklusif. Menurut UNICEF pemberian ASI eksklusif merupakan pemberian ASI saja tanpa diberikan makanan lain selama enam bulan (UNICEF,

2012). Berdasarkan penelitian, bayi yang diberi ASI eksklusif cenderung tidak mudah sakit, tumbuh lebih baik, dan lebih pintar dibandingkan bayi yang tidak diberi ASI eksklusif. Prevalensi bayi dengan gizi buruk dan gizi kurang pada bayi yang diberi ASI eksklusif lebih rendah dibandingkan bayi yang tidak diberi ASI eksklusif. Hal ini terkait kandungan gizi yang terdapat dalam ASI yang melindungi bayi dari penyakit dan infeksi. ASI mengandung kolostrum yang dapat menjaga kekebalan tubuh, sehingga bayi yang memperoleh ASI eksklusif akan tumbuh lebih sehat dan menurunkan angka kesakitan dan angka kematian bayi. Tidak salah jika disebutkan pembangunan kesehatan manusia sejak dini dapat dimulai dari pemberian ASI eksklusif.

BPS mencatat cakupan pemberian ASI bayi usia 0-59 bulan pada tahun 2019 mencapai 79,26 persen. Persentase di daerah perdesaan sedikit lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan. Persentase balita yang memperoleh ASI di perkotaan sebesar 75,29 persen, sedangkan di perdesaan mencapai 80,36 persen. Hal ini sangat disayangkan mengingat daerah perkotaan identik dengan penduduk berpendidikan tinggi namun cakupan ASI masih di bawah perdesaan. Adapun menurut jenis kelamin, persentase tertinggi ASI diberikan kepada balita laki-laki dibandingkan perempuan.

Gambar 2.9 Persentase Balita Usia 0 – 59 Bulan yang Diberi ASI Menurut Tipe Daerah dan Jenis Kelamin, 2019



Sumber : Susenas KOR Maret 2019, diolah

2.4. Pengendalian Penyakit

Indonesia saat ini tengah dihadapkan pada beban ganda penyakit, yaitu penyakit menular dan penyakit tidak menular. Di satu sisi, penyakit menular masih tinggi prevalensinya. Di sisi lain, prevalensi penduduk yang terjangkit penyakit tidak menular semakin meningkat. Struktur penduduk bergerak menuju piramuda tua, di mana jumlah penduduk usia produktif dan penduduk lansia semakin

meningkat. Hal ini tentu berdampak terhadap jumlah dan jenis pelayanan kesehatan di masa mendatang, terutama dalam upaya pengendalian penyakit.

Dalam SDGs tujuan ketiga, dunia bersama-sama telah menetapkan target untuk mengakhiri epidemik HIV/AIDS, tuberkulosis, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan sampai tahun 2030. Kesepakatan ini menandakan bahwa bukan hanya Indonesia, tetapi seluruh negara di dunia telah mencurahkan perhatian terhadap pengendalian penyakit. Penyakit menular pertama yang akan dibahas yaitu tuberkulosis atau TB. Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan bakteri *mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru.

Menurut *Global Tuberculosis Report 2019* yang dirilis oleh WHO pada 17 Oktober 2019, dunia tidak berada pada jalur yang tepat untuk mencapai tujuan strategi mengakhiri TB tahun 2020 yaitu mengurangi TB sebesar 20 persen dari jumlah kasus tahun 2015 – 2018, penurunan kumulatif yang terjadi selama 2015 – 2018 hanya sebesar 6,3 persen. Angka insiden tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2018 adalah sebesar 316 per 100.000 penduduk dan angka kematian penderita tuberkulosis sebesar 40 per 100.000 penduduk (*Global Tuberculosis Report WHO, 2018*). Namun demikian, pada tahun 2019 terjadi penurunan jumlah kasus tuberkulosis di Indonesia sebanyak 22.749 dibandingkan dengan kasus pada tahun 2018.

Untuk melihat jumlah kasus tuberkulosis yang diobati dan dilaporkan diantara jumlah semua kasus baru tuberkulosis digunakan indikator *Case Detection Rate* (CDR). CDR menggambarkan seberapa banyak kasus tuberkulosis yang terjangkau oleh program. Angka CDR yang direkomendasikan WHO adalah sebesar 90 persen. Indonesia sendiri masih berada di bawah target WHO, yakni sebesar 64,5 persen. Mayoritas provinsi di Indonesia pun masih berada jauh dari target yang ditetapkan, begitupun CDR yang diperoleh Maluku Utara masih berada pada angka CDR sebesar 52,6 persen (*Profil Kesehatan Indonesia, 2019*).

Gambar 2.10 Angka Notifikasi Semua Kasus Tuberkulosis per 100.000 Penduduk di Maluku Utara Tahun 2015 - 2019



Sumber : Susenas KOR Maret 2019, diolah

Sistem pelaporan dan pencatatan menjadi kunci data TB di Indonesia diperoleh. Hal ini pula yang menjadi pekerjaan rumah bagi pemerintah untuk dapat bekerjasama dengan rumah sakit dan fasilitas kesehatan guna mengetahui jumlah kasus TB yang sebenarnya terjadi di Indonesia. Kecenderungan (tren) peningkatan atau penurunan kasus dari tahun ke tahun di suatu wilayah digambarkan oleh Case Notification Rate (CNR). Angka CNR di Maluku Utara mengalami peningkatan sebesar 46 kasus pada tahun 2019 setelah sebelumnya mengalami penurunan kasus di tahun 2018. Kenaikan tertinggi terjadi pada tahun 2016, yaitu sebanyak 119 kasus.

Salah satu upaya untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular yaitu dengan imunisasi. TB merupakan salah satu dari beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Peningkatan cakupan imunisasi secara merata berarti menurunkan peluang penyakit menular mewabah hingga menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB).

Di samping tuberkulosis, HIV/AIDS selalu menjadi perbincangan di khalayak ramai. Sejak pertama kali terdeteksi pada 2007, temuan kasus *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) tak pernah berkurang. Kementerian Kesehatan melaporkan, hingga triwulan II 2019 jumlah pengidap HIV/AIDS di Provinsi Maluku Utara mencapai 1.592 orang. Angka ini meningkat dibanding pada 2018 yang 'hanya' 1.416 orang. Kabupaten Halmahera Utara masih menjadi daerah tertinggi yang mengoleksi kasus HIV/AIDS, yakni sebanyak 486 penderita. Disusul Kota Ternate 467 kasus, Halmahera Barat 112 kasus, Halmahera Timur 61 kasus, Halmahera Selatan 50 kasus, Tidore Kepulauan 47 kasus, dan Kepulauan Sula 36 kasus. Lalu Pulau Morotai 41 kasus, Halmahera Tengah 17 kasus dan Pulau Taliabu 2 kasus.

Rekomendasi yang diberikan guna menangani HIV/AIDS antara lain pemerintah diharapkan memperluas pengurangan risiko dan dampak buruk di populasi yang rentan HIV/AIDS, meningkatkan promosi kesehatan, memperjelas tugas dan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah, memperkuat koordinasi lintas sektor, menyusun langkah konkrit untuk menghilangkan persepsi dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri sangat dibutuhkan mengingat HIV/AIDS merupakan penyakit yang biasanya tidak terdeteksi sejak dini dan hanya dapat diketahui melalui tes HIV. Pengetahuan yang tepat mengenai HIV/AIDS juga perlu dibangun secara masal agar masyarakat tidak khawatir atau takut untuk melakukan pemeriksaan HIV.

Selain penyakit menular, Penyakit Tidak Menular (PTM) juga telah menjadi permasalahan bukan hanya di negara maju tetap juga negara berkembang dalam beberapa waktu terakhir. Pada tahun 2016, sekitar 71 persen penyebab kematian di dunia adalah penyakit tidak menular (PTM) yang membunuh 36 juta jiwa per tahun. Sekitar 80 persen kematian tersebut terjadi di negara berpenghasilan menengah dan rendah (WHO, 2018).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan menunjukkan bahwa saat ini perkembangan PTM di Indonesia kian mengkhawatirkan. Pasalnya, peningkatan tren PTM diikuti oleh pergeseran pola penyakit. Apabila dulu PTM dialami oleh kelompok lanjut usia saat

ini mulai mengancam usia produktif. Ancaman ini akan berdampak besar bagi SDM dan perekonomian Indonesia ke depan, karena pada tahun 2030 – 2040 mendatang Indonesia akan menghadapi bonus demografi yang mana usia produktif akan jauh lebih banyak daripada usia non produktif. PTM telah menjadi isu strategis dalam agenda SDG'S 2030 sehingga menjadi prioritas pembangunan di setiap negara. Banyak faktor yang mempengaruhi perubahan pola penyakit, diantaranya adalah perubahan lingkungan, perilaku masyarakat, transisi demografi, teknologi, ekonomi, dan sosial budaya. Peningkatan jumlah penderita PTM sejalan dengan meningkatnya faktor risiko yang meliputi peningkatan tekanan darah, gula darah, indeks massa tubuh atau obesitas, pola makan tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik dan konsumsi rokok serta alkohol.

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018, terjadi peningkatan pada indikator-indikator kunci PTM yang tercantum dalam RPJMN 2015 – 2019, diantaranya adalah peningkatan prevalensi tekanan darah tinggi pada penduduk usia 18 tahun keatas sebesar 8,3 persen, kemudian peningkatan prevalensi obesitas penduduk usia 18 tahun ke atas sebesar 7 persen dan peningkatan prevalensi merokok penduduk usia kurang dari sama dengan 18 tahun sebesar 1,9 persen. Meningkatnya kasus PTM diperkirakan akan menambah beban bagi masyarakat dan pemerintah. Hal ini dikarenakan penanganan PTM membutuhkan biaya yang besar serta teknologi yang tinggi (Kementerian Kesehatan, 2019).

Seperti disebutkan subbab sebelumnya bahwa sekitar 17,99 persen penduduk di Maluku Utara menyatakan adanya keluhan kesehatan. Strategi yang dilakukan pemerintah untuk mengendalikan penyakit menular diantaranya yaitu dengan perluasan cakupan akses masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan, skrining AIDS, deteksi dini hepatitis B dan C, dan meningkatkan cakupan imunisasi yang lebih luas dan merata. Sementara untuk pengendalian penyakit tidak menular, pemerintah berupaya meningkatkan cakupan deteksi dini, baik dengan pro aktif mengunjungi masyarakat maupun yang diselenggarakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

2.5. Kondisi Kesehatan Lingkungan

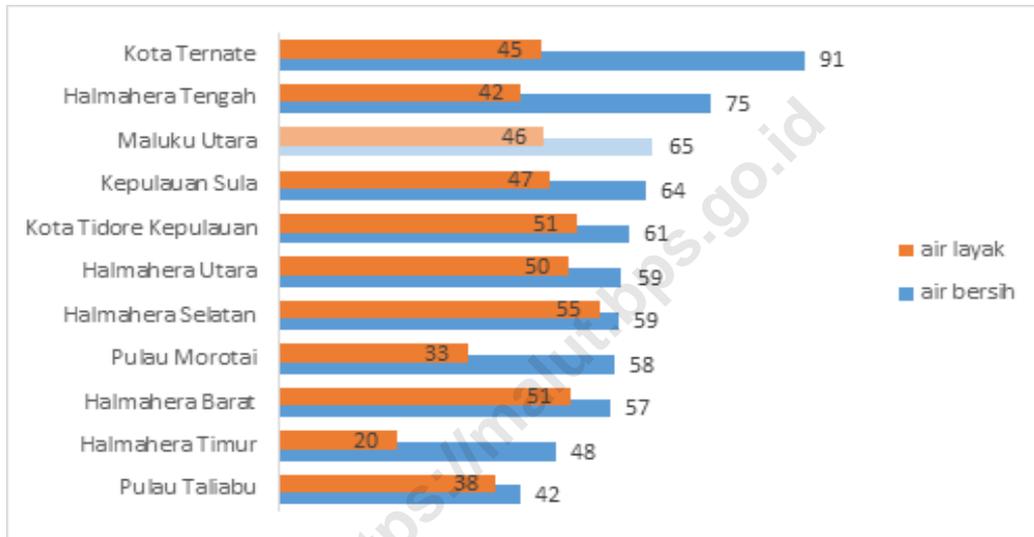
Lingkungan merupakan faktor yang memiliki pengaruh besar terhadap derajat kesehatan baik individu maupun masyarakat. Kondisi lingkungan yang berdampak terhadap kesehatan yaitu ketersediaan air bersih, kepemilikan jamban, kondisi rumah, dan kondisi lingkungan perumahan. Kesakitan dan kematian erat kaitannya dengan kondisi kesehatan lingkungan. Oleh sebab itu, target terkait penyediaan air bersih dan sanitasi tertuang dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, Goal Keenam yaitu Menjamin Ketersediaan dan Pengelolaan Air Bersih dan Sanitasi Berkelanjutan Untuk Semua. Hal ini mengingatkan air bersih dan sanitasi layak adalah kebutuhan dasar manusia.

Sedari hamil hingga melahirkan, ibu harus memperhatikan kesehatan lingkungan untuk menghindarkan bayi dari infeksi. Kematian bayi usia 1-12 bulan lebih banyak disebabkan infeksi khususnya pneumonia dan diare yang erat kaitannya dengan lingkungan yang tidak sehat (Kementerian

Kesehatan, 2015). Salah satu indikator kualitas kesehatan lingkungan yaitu sumber air minum bersih dan memiliki jamban sendiri dengan tangki septik.

Sumber air minum bersih yang dimaksud disini yaitu yang berasal dari ledeng, air kemasan, pompa, sumur terlindung, dan mata air terlindung yang jarak ke tempat pembuangan limbah (tangki septik) lebih dari 10 meter. Secara rata-rata 64,82 persen rumah tangga di Maluku Utara sudah menggunakan sumber air minum bersih namun demikian hanya 45,87 persen yang menggunakan sumber air minum layak.

Gambar 2.11 Persentase Rumah Tangga dengan Air Minum Bersih dan Layak Menurut Kabupaten/Kota, 2019



Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

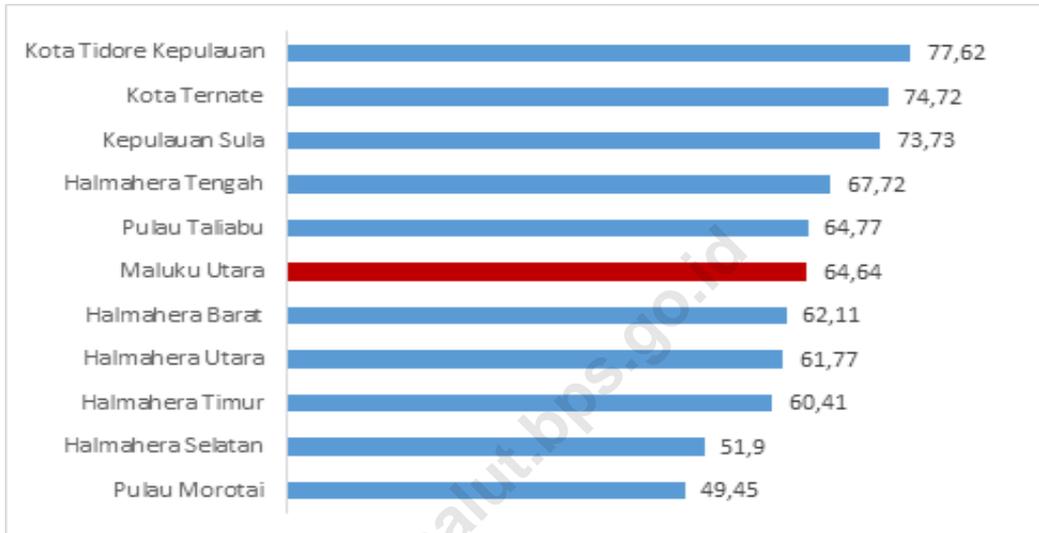
Apabila dilihat berdasarkan kabupaten/kota, masih ada enam kabupaten/kota di Maluku Utara yang persentase penggunaan air bersih masih di bawah 60 persen. Bahkan hampir seluruh Kabupaten/Kota penggunaan air layak berada dibawah 50 persen, hanya Kota Tidore Kepulauan dan Kabupaten Halmahera Selatan yang capaian penggunaan air layaknya berada diatas 50 persen. Hal ini sangat disayangkan mengingat air bersih merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi dan merupakan salah satu syarat kualitas lingkungan sehat.

Selain air bersih, indikator kualitas lingkungan sehat lainnya adalah penggunaan fasilitas tempat buang air besar milik sendiri. Baru sekitar 64,64 persen rumah tangga di Maluku Utara yang memiliki fasilitas buang air besar sendiri. Kabupaten Pulau Morotai merupakan yang paling kecil persentase kepemilikan fasilitas buang air besar milik sendiri dibandingkan Kabupaten/Kota lainnya, sementara Kota Tidore Kepulauan menjadi yang tertinggi. Hal ini sejalan dengan karakteristik daerah yang menunjukkan bahwa penduduk yang tinggal di perkotaan (77,98 persen) lebih banyak memiliki fasilitas buang air besar sendiri dibandingkan di perdesaan (59,05 persen).

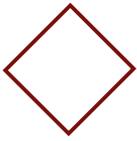
Kepemilikan fasilitas tempat buang air besar sendiri sangat penting

dalam suatu rumah tangga terkait dengan kebersihan dan pencegahan penyakit yang banyak bersumber dari kotoran manusia. Penggunaan fasilitas tempat buang air besar bersama atau bahkan tidak memiliki fasilitas tersebut akan berdampak buruk pada kesehatan diri dan lingkungan.

Gambar 2.12 Persentase Rumah Tangga dengan Fasilitas Tempat Buang Air Besar Milik Sendiri, 2019



Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara



<https://malut.bps.go.id>



3

PEMERATAAN SARANA dan PRASARANA KESEHATAN

Halaman ini sengaja dikosongkan

<https://malut.bps.go.id>

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya agar masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal. Tercapainya tujuan pembangunan kesehatan perlu didukung oleh berbagai pihak, baik dari pemerintah, maupun dari masyarakat itu sendiri. Upaya yang dilakukan dengan terpadu dan berkelanjutan akan menjamin kehidupan yang sehat bagi seluruh masyarakat. Tidak hanya itu, sumber daya manusia yang sehat akan mendukung pembangunan nasional di segala aspek.

Meski demikian, isu yang dihadapi dalam pembangunan kesehatan cukup banyak, salah satunya adalah kualitas, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang masih rendah. Sarana, prasarana, dan infrastruktur yang kurang memadai, hingga tenaga medis yang terbatas menjadi kendala dalam kualitas pelayanan kesehatan. Selain itu, perbedaan status kesehatan penduduk juga tidak terlepas dari segi keterjangkauan pelayanan kesehatan, baik akses biaya maupun akses transportasi.

Pemerataan pelayanan kesehatan merupakan satu dari sekian permasalahan kesehatan di Maluku Utara. Kondisi geografis Maluku Utara yang merupakan wilayah kepulauan menyebabkan pelayanan kesehatan pada setiap Kabupaten/Kota belum tersebar merata. Masih ada beberapa Kabupaten/Kota yang memiliki wilayah dengan akses geografis yang sulit dan harus ditempuh melalui laut. Hal ini menjadi salah satu penghambat upaya pemerataan pelayanan kesehatan di daerah tersebut. Tingkat pendidikan yang rendah dan tingkat kemiskinan penduduk juga menjadi penghalang dalam akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Oleh sebab itu, pemerintah terus berupaya untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Pemerintah lebih menguatkan pembangunan kesehatan di daerah timur dan daerah tertinggal. Tujuan dari pembangunan tersebut agar masyarakat dapat dengan mudah mengakses fasilitas pelayanan kesehatan dengan sarana dan prasarana yang memadai. Dengan begitu, pemerataan kesehatan akan tercapai di seluruh wilayah Maluku Utara.

3.1. Akses Pelayanan Kesehatan Dan Pengguna

Kesehatan adalah salah satu hak asasi manusia dan unsur kesejahteraan masyarakat. Derajat kesehatan masyarakat harus dipelihara dan ditingkatkan. Hal tersebut tidak hanya penting bagi masyarakat itu sendiri, tetapi juga penting bagi negara. Penduduk yang sehat akan lebih mudah dan nyaman dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Kemudian, kesehatan masyarakat dapat menjadi investasi dan membentuk sumber daya manusia yang berdaya saing bagi pembangunan nasional.

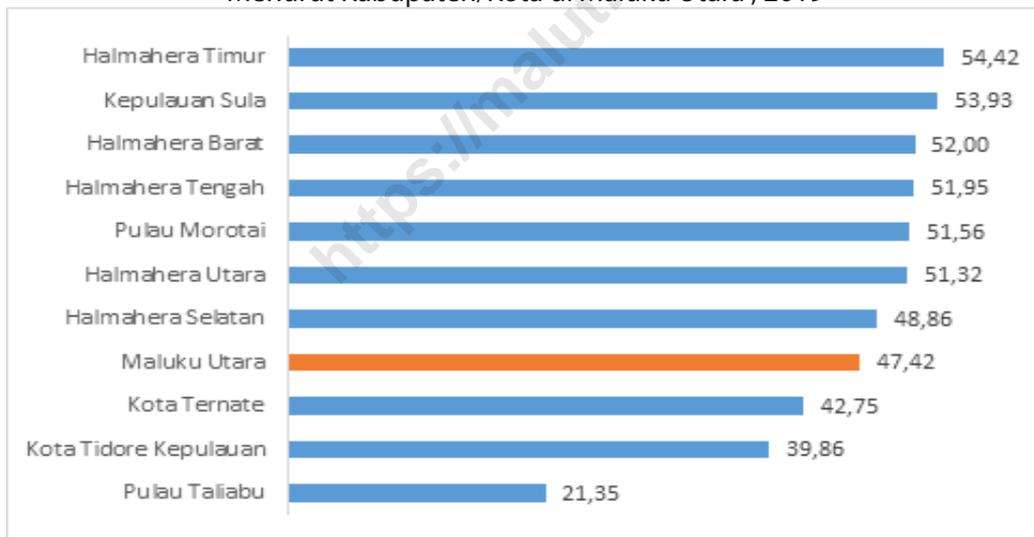
Pelayanan kesehatan adalah ujung tombak dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pemerintah pun terus berupaya untuk meningkatkan pelayanan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan, seperti yang telah diatur dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Hal ini dikarenakan rendahnya derajat kesehatan masyarakat akan menyebabkan kerugian ekonomi bagi negara.

Keputusan masyarakat untuk pergi berobat dapat dipengaruhi oleh berbagai

faktor, baik dari segi keterjangkauan, maupun sosial budaya. Keputusan seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan didorong oleh faktor lingkungan (*environment*), karakteristik populasi (*population characteristics*), dan keadaan kesehatan (*health outcomes*). Faktor-faktor tersebut dijelaskan sebagai berikut:

1. Faktor lingkungan terdiri dari sistem pelayanan kesehatan (seperti kebijakan nasional tentang kesehatan, sumber daya atau tenaga kesehatan) dan lingkungan eksternal (seperti keadaan politik dan ekonomi).
2. Faktor karakteristik populasi terdiri dari karakteristik predisposisi (seperti karakteristik demografi, pengetahuan, atau kepercayaan), sumber daya pemungkin (seperti keadaan ekonomi, akses ke pelayanan kesehatan, baik dari biaya maupun transportasi), dan faktor kebutuhan (seperti keluhan sakit)
3. Faktor keadaan kesehatan yang terdiri dari status kesehatan dan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan. Selain ketiga faktor tersebut, kebiasaan perilaku kesehatan (seperti diet, olahraga, dan perawatan diri) juga berhubungan dengan keputusan penggunaan pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1995).

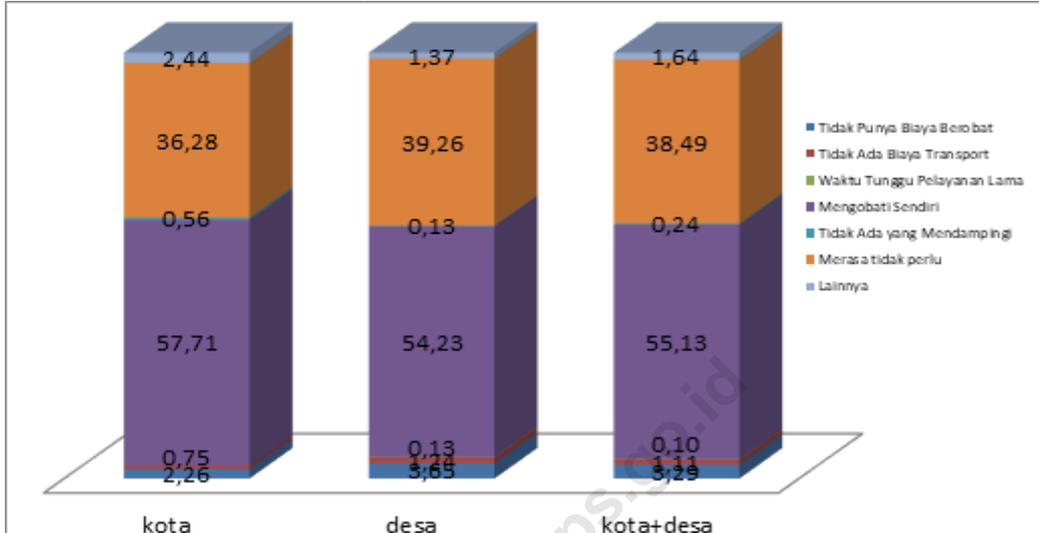
Gambar 3.1 Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Maluku Utara, 2019⁴



Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Pada tahun 2019, masih banyak masyarakat Maluku Utara yang tidak mengakses pelayanan kesehatan. Dari penduduk Maluku Utara yang mempunyai keluhan kesehatan satu bulan terakhir, hanya 47,42 persen diantaranya yang pergi berobat jalan. Persentase penduduk yang berobat jalan terendah terdapat di Kabupaten Pulau Taliabu, yakni sebesar 21,35 persen dan yang tertinggi terdapat di Kabupaten Halmahera Timur.

Gambar 3.2 Persentase Penduduk yang Sakit tetapi Tidak Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Tipe Daerah dan Alasan Utama Tidak Berobat Jalan, 2019



Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Pada tahun 2019, persentase penduduk perdesaan yang tidak berobat jalan (74,28 persen) lebih tinggi daripada di perkotaan (25,72 persen). Mayoritas penduduk perdesaan yang tidak berobat jalan dikarenakan mengobati sendiri (54,23 persen) dan merasa tidak perlu (39,26 persen). Pola ini serupa dengan kondisi masyarakat perkotaan yang memilih untuk tidak berobat jalan dikarenakan kedua hal tersebut.

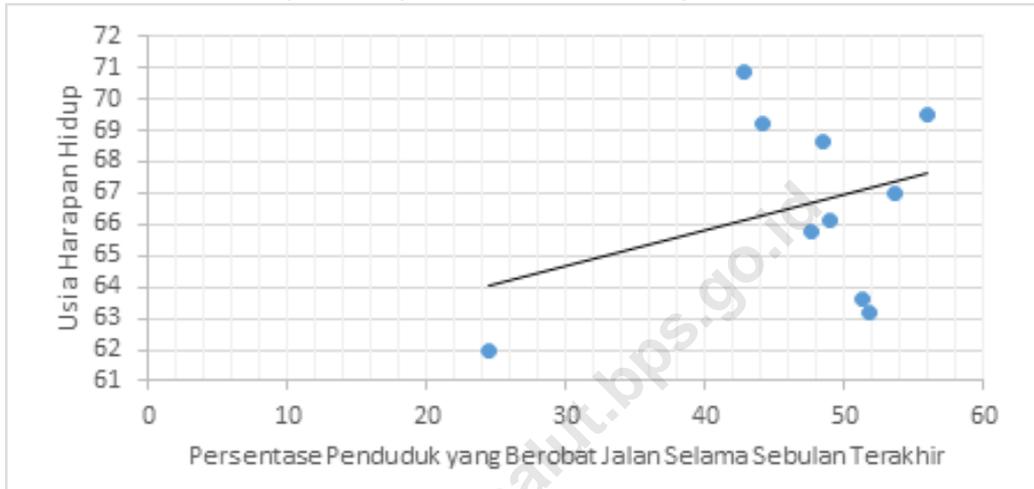
Keputusan seseorang untuk mengakses pelayanan kesehatan ini berkaitan dengan perilaku berobat. Selain faktor latar belakang atau karakteristik, persepsi seseorang terhadap penyakit juga memengaruhi keputusan dalam mencari pengobatan/perawatan. Seseorang akan menilai perlu atau tidaknya perawatan kesehatan profesional dari gejala yang dialami. Menurut Zola (1973), terdapat lima pemicu sosial dalam penilaian tersebut, yaitu (1) terganggunya aktivitas sehari-hari, (2) interferensi dalam hubungan sosial, (3) krisis interpersonal, (4) temporalisasi simptomatologi (menetapkan tenggang waktu), dan (5) dorongan dari keluarga dan teman (Braunack-Mayer & Avery, 2009).

Dari penjelasan tersebut, perilaku berobat seseorang biasanya bertahap sesuai dengan tingkat keparahan penyakitnya. Ketika penyakit masih dirasakan ringan, seseorang akan melakukan pengobatan sendiri. Kemudian, jika seseorang membutuhkan pengobatan profesional, mereka akan mencari pengobatan yang sesuai dengan penyakit mereka. Pengobatan profesional tersebut dapat berupa pengobatan medis dan pengobatan tradisional.

Pelayanan kesehatan yang diperoleh masyarakat tentunya mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ketika sedang sakit harus terpenuhi agar masyarakat dapat sehat kembali. Grafik 3.3 menunjukkan adanya indikasi hubungan

antara persentase penduduk yang berobat jalan dan usia harapan hidup walaupun indikasi hubungan kedua indikator tersebut tidak begitu kuat. Semakin besar persentase penduduk yang berobat jalan maka semakin tinggi UHH di suatu kabupaten/kota. Pengobatan yang diterima masyarakat akan meningkatkan derajat kesehatannya.

Gambar 3.3 Hubungan Antara Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dan Umur Harapan Hidup (UHH) Menurut Kabupaten/Kota, 2019



Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Pengobatan atau perawatan mandiri adalah respons yang umum dan rutin terhadap gejala penyakit yang dialami seseorang. Pengobatan sendiri sudah dilakukan masyarakat sejak lama dan merupakan tindakan pribadi untuk menjaga kesehatan dan mengatasi penyakit. Oleh karena itu, tidak mengherankan jika alasan tidak pergi berobat bagi sebagian besar penduduk adalah mereka dapat mengobati sendiri, yaitu sebesar 55,13 persen. Selain itu, kekayaan sumber daya alam di Maluku Utara melahirkan adanya kearifan lokal bidang kesehatan dengan menggunakan tanaman herbal dalam mengobati berbagai macam penyakit. Dengan adanya tanaman herbal tersebut, masyarakat dapat melakukan pengobatan/perawatan secara mandiri.

Selanjutnya, penduduk Indonesia memiliki perilaku berobat yang bervariasi dalam menentukan sumber pengobatan. J.C. Young (1981) menyimpulkan tentang membuat keputusan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Meksiko. Dalam modelnya, terdapat empat komponen yang menjadi dasar dalam menentukan pilihan pelayanan kesehatan individu, yaitu:

1. Persepsi gravitasi. Komponen ini mencakup persepsi individu dan lingkungan sosialnya dalam mengklasifikasikan tingkat keparahan penyakit yang dialami.
2. Pengetahuan tentang perawatan di rumah. Jika seseorang mengetahui tentang pengobatan di rumah yang baik, mereka cenderung melakukan pengobatan tersebut sebelum memanfaatkan perawatan kesehatan profesional.
3. Kepercayaan dalam penyembuhan. Komponen ini menjadikan keyakinan individu dalam keberhasilan pengobatan. Seseorang tidak akan menggunakan

- suatu pengobatan, jika mereka tidak yakin bahwa pengobatan tersebut efektif.
4. Aksesibilitas pengobatan. Aksesibilitas yang dimaksud adalah evaluasi individu terhadap biaya dan sarana prasarana dari pelayanan kesehatan.

Dari pendapat Young tersebut, perilaku pemilihan pengobatan rawat jalan tidak hanya bergantung pada sumber pengobatan yang sesuai, tetapi juga bergantung pada kemudahan menjangkau sumber pengobatan tersebut. Pada tahun 2019, dari penduduk Maluku Utara yang mengeluh sakit dan pernah berobat jalan, 24,87 persen pernah berobat jalan di praktek dokter/bidan/klinik/praktek dokter bersama. Di sisi lain, penduduk yang pernah berobat jalan ke rumah sakit hanya sebesar 13,88 persen, yang berobat ke puskesmas/pustu ada sebesar 54,09 persen, dan ada sekitar 7,16 persen yang berobat ke pengobatan tradisonal, Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM), atau lainnya. Apabila dilihat berdasarkan karakteristik tempat tinggal, penduduk perkotaan cenderung lebih sering melakukan berobat jalan pada praktik tenaga kesehatan yang meliputi praktik dokter/bidan dan klinik/praktek dokter bersama. Sementara penduduk perdesaan cenderung lebih memilih untuk melakukan berobat jalan pada puskesmas/pustu daripada tempat berobat jalan lainnya. Kemudian, apabila dilihat berdasarkan jenis kelamin, preferensi tempat berobat jalan laki-laki dan perempuan mayoritas berada di puskesmas/pustu, tetapi penduduk perempuan lebih tinggi (56,44 persen) daripada penduduk laki-laki (51,48 persen).

Tabel 3.1 Persentase Penduduk yang Mempunyai Keluhan Kesehatan dan Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir menurut Daerah Tempat Tinggal, Jenis Kelamin dan Tempat Berobat Jalan, 2019

Karakteristik	Rumah Sakit ¹⁾	Praktik Tenaga Kesehatan ²⁾	Puskesmas/ Pustu	UKBM ³⁾	Praktik Pengobatan Tradisional/ Alternatif	Lainnya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Perkotaan						
Laki-Laki + Perempuan	17,65	46,61	31,62	2,19	0,48	1,44
Perdesaan						
Laki-Laki + Perempuan	12,41	16,39	62,85	5,84	1,67	0,85
Perkotaan + Perdesaan						
Laki-Laki	16,07	23,83	51,48	5,70	1,85	1,06
Perempuan	11,89	25,80	56,44	4,01	0,87	0,97
Laki-Laki + Perempuan	13,88	24,87	54,09	4,81	1,34	1,01

Keterangan : 1) Rumah Sakit meliputi Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta

2) Praktek Tenaga Kesehatan meliputi praktek dokter/bidan dan klinik/praktek dokter bersama

3) UKBM meliputi Poskesdes, Polindes, Posyandu, dan Balai Pengobatan

Sumber : Susenas KOR Maret 2019

Kecenderungan penduduk untuk mengakses fasilitas kesehatan dapat didorong oleh beberapa faktor. Faktor kepuasan terhadap pelayanan kesehatan yang ada akan mendorong penduduk untuk pergi berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan. Kepuasan pelayanan kesehatan tersebut dapat dilihat dari ketersediaan tenaga kesehatan dan fasilitas yang memadai. Selain itu, faktor pendukung dalam mengakses fasilitas pelayanan juga memengaruhi keputusan penduduk untuk pergi berobat ke tenaga profesional. Ketersediaan biaya, transportasi, infrastruktur dan kondisi wilayah juga menjadi pertimbangan penduduk untuk mengakses pelayanan kesehatan.

3.2. Kepadatan dan Distribusi Tenaga Kesehatan

Pembangunan kesehatan harus dilakukan dengan salah satunya yaitu pengembangan tenaga kesehatan dan memenuhi kebutuhan masyarakat akan tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan memiliki peranan yang penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan begitu, derajat kesehatan masyarakat akan semakin membaik dan kesehatan masyarakat dapat menjadi investasi untuk pembangunan nasional.

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/ atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Peran tenaga kesehatan dalam pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang tinggi juga penting. Potter dan Perry (2007) berpendapat bahwa tenaga kesehatan memiliki beberapa peran, antara lain:

1. *Customer* (Tenaga kesehatan berperan dalam memberikan pelayanan untuk membantu masyarakat meningkatkan derajat kesehatannya. Pelayanan tersebut dilakukan baik melalui proses penyembuhan maupun tindakan kesehatan lainnya).
2. *Komunikator* (Tenaga kesehatan memiliki peran untuk memberikan informasi kesehatan kepada pasien untuk meningkatkan kesadaran tentang penyakit atau kesehatannya).
3. *Motivator* (Motivasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam meningkatkan kesadaran kesehatan akan mendorong masyarakat mencapai derajat kesehatan yang diinginkan).
4. *Fasilitator* (Tenaga kesehatan berperan untuk memberikan fasilitas kesehatan agar mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik).
5. *Konselor* (Bimbingan atau bantuan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam membuat keputusan akan membantu pasien/masyarakat ketika kesulitan dalam memecahkan suatu masalah) (Potter & Anne Griffin, 2007).

Pentingnya tenaga kesehatan dalam pembangunan negara ini membuat tenaga kesehatan menjadi fokus dalam beberapa kebijakan pemerintah. Kebijakan pengembangan tenaga kesehatan tercantum dalam Tujuan

Pembangunan Berkelanjutan (TPB), yaitu tujuan 3 (menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia). Salah satu target dalam tujuan tiga yang berisi tentang tenaga kesehatan adalah meningkatkan secara signifikan pembiayaan kesehatan dan rekrutmen, pengembangan, pelatihan, dan retensi tenaga kesehatan di negara berkembang, khususnya negara kurang berkembang, dan negara berkembang pulau kecil.

Oleh karena itu, pemerataan tenaga kesehatan harus sesuai dengan dengan kebutuhan masyarakat. Tenaga kesehatan meliputi beberapa jenis profesi, antara lain dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan yang lainnya. Penyebaran tenaga kesehatan di Maluku Utara ini dapat dilihat dari jenis tenaga kesehatannya.

Pada tahun 2019, jumlah dokter pada fasilitas kesehatan di Maluku Utara adalah sebanyak 376 orang yang terdiri atas 21,54 persen dokter spesialis, 64,63 persen dokter umum, 1,06 persen dokter gigi spesialis, dan 12,77 persen dokter gigi (Profil Kesehatan Indonesia, 2019). Berdasarkan proyeksi Sensus Penduduk 2010, jumlah penduduk Maluku Utara tahun 2019 adalah sebanyak 1.255.771 jiwa, hal ini menandakan bahwa per 1000 penduduk Maluku Utara akan ditanggung oleh 3,34 dokter.

Dari angka tersebut dapat disimpulkan bahwa kebutuhan dokter di Maluku Utara masih perlu ditingkatkan. Program pengangkatan dokter sebagai pegawai tidak tetap akan menjamin keberlangsungan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah, terutama daerah yang sulit dijangkau, terpencil, sangat terpencil, dan perbatasan. Kebijakan pengangkatan dokter sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT) dilaksanakan dengan dua pendekatan, yaitu pendekatan geografis dan pendekatan motivasional. Pendekatan geografis adalah penempatan dokter pada fasilitas pelayanan kesehatan kriteria terpencil dan sangat terpencil serta penempatan bidan di desa. Di sisi lain, pendekatan motivasional dilakukan dengan menyediakan insentif dan pengurangan lama penugasan (Kementerian Kesehatan, 2013a). Dengan begitu, distribusi tenaga dokter akan merata dan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat akan terpenuhi.

Distribusi tenaga kesehatan juga dapat dilihat dari masing-masing jenis fasilitas kesehatan, salah satunya Puskesmas. Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat, dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas ini juga menjadi fasilitas kesehatan yang pertama didatangi oleh peserta JKN. Oleh karena itu, tenaga kesehatan dan tenaga penunjang kesehatan harus bisa memadai untuk mendukung fungsi dan tujuan Puskesmas. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019, persentase puskesmas di Maluku Utara untuk kecukupan dokter dengan kategori kurang masih sekitar 48,20 persen, sementara untuk kecukupan perawat dan bidan dengan kategori lebih telah mencapai masing-masing sebesar 61,87 persen dan 87,77 persen.

Tenaga kesehatan memang memiliki peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tingginya derajat kesehatan mampu menekan angka kematian dan meningkatkan harapan hidup. Kesehatan yang terjamin tentu akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Isu-isu dan permasalahan

tenaga kesehatan telah menjadi fokus dalam pembangunan kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan yang memadai dan penyebaran tenaga kesehatan yang merata terus diupayakan oleh pemerintah agar tercapainya target yang diinginkan, terutama untuk daerah pelosok, terpencil dan perbatasan.

Keberadaan tenaga kesehatan di tiap fasilitas kesehatan juga menjadi pertimbangan pemerintah, terutama tenaga kesehatan di Puskesmas. Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat. Selain itu, peran Puskesmas juga semakin penting karena adanya program Jaminan Kesehatan Nasional, di mana Puskesmas menjadi fasilitas kesehatan pertama bagi masyarakat peserta JKN. Oleh karena itu, kecukupan tenaga kesehatan di Puskesmas juga perlu terus diperhatikan agar peran Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan yang promotif dan preventif dapat tercapai.

3.3. Pemerataan Jaminan Kesehatan

Setiap warga negara memiliki hak asasi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Akan tetapi, banyak masyarakat yang tidak memperoleh pelayanan kesehatan tersebut karena kesulitan dalam biaya. Dari adanya masalah tersebut, *World Health Organization (WHO)* mengembangkan kebijakan yang terkait dengan pembiayaan kesehatan. Upaya peningkatan kinerja sistem kesehatan dilakukan dengan cakupan kesehatan universal/*universal health coverage (UHC)*.

Cakupan kesehatan universal berarti bahwa semua masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Pelayanan yang diberikanpun memiliki kualitas yang efektif dan memadai sesuai dengan yang mereka butuhkan. Tidak hanya itu, kebijakan ini memastikan bahwa pengguna layanan tidak akan mengalami kendala biaya. Menurut WHO, cakupan kesehatan universal mewujudkan tiga tujuan sebagai berikut:

1. Kesetaraan dalam akses terhadap pelayanan kesehatan, yaitu setiap orang yang membutuhkan pelayanan berhak untuk mendapatkannya, tidak hanya mereka yang mampu membayarnya saja.
2. Kualitas pelayanan harus cukup baik untuk meningkatkan kesehatan masyarakat
3. Masyarakat harus dilindungi dari resiko finansial, memastikan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan tidak membuat masyarakat kesulitan dalam ekonomi.

Komitmen tersebut telah didasarkan secara tegas pada konstitusi WHO tahun 1948. Hal tersebut dikarenakan kesehatan adalah hak asasi semua orang. Selain itu, komitmen ini juga telah tercantum dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB), tepatnya dalam tujuan tiga. Di tujuan tersebut tertulis bahwa pembangunan harus dapat mencapai cakupan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko keuangan, akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang baik, dan akses terhadap obat-obatan dan vaksin dasar yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua orang.

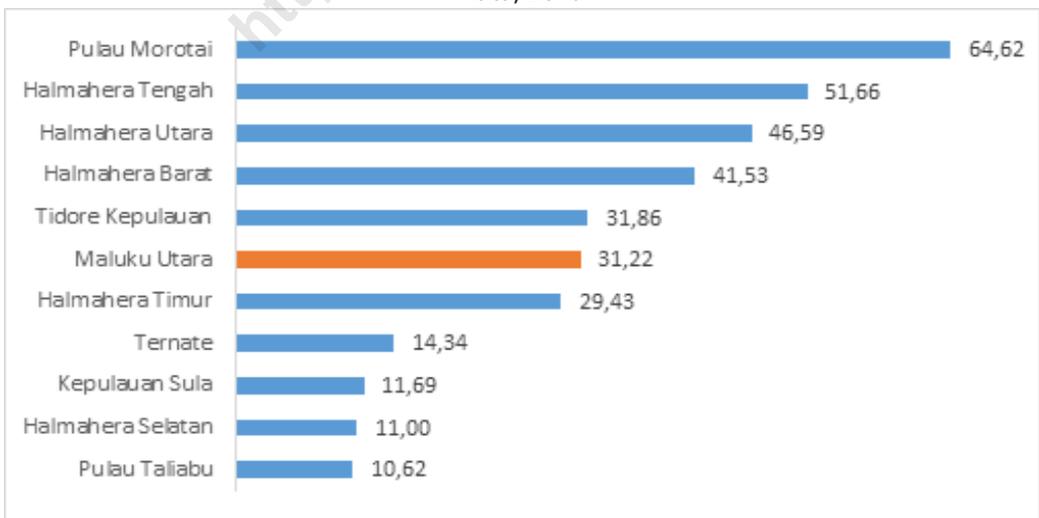
Pemerintah telah berkomitmen untuk melaksanakan sistem yang

disampaikan oleh WHO tersebut. Pengembangan jaminan kesehatan adalah salah satu upaya menjamin ketersediaan akses terhadap pelayanan kesehatan, terutama bagi masyarakat yang terkendala dengan biaya. Pemerintah telah menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan. Jaminan kesehatan yang diberikan untuk pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta adalah askes dan jamsostek. Lain halnya untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, jaminan kesehatan yang diberikan berupa Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Namun demikian, program jaminan kesehatan yang sudah ada tersebut cukup mempersulit pengendalian biaya kesehatan dan kualitas pelayanan. Untuk mengatasi masalah tersebut, pemerintah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam UU tersebut, seluruh penduduk Indonesia wajib memiliki jaminan sosial berupa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Keberlangsungan program JKN ini juga dilakukan dengan sinergi penyelenggaraan Jamkesda atau jaminan kesehatan yang didaftarkan oleh pemda dengan skema JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

Untuk memperkuat dasar hukum, pemerintah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS yang di dalamnya berisi penjelasan bahwa BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sudah diimplementasikan sejak 1 Januari 2014 dan pelaksanaannya diatur oleh beberapa peraturan seperti PP No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Perpres No.12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Gambar 3.4 Persentase Penduduk yang Memiliki JKN PBI Menurut Kabupaten/ Kota, 2019

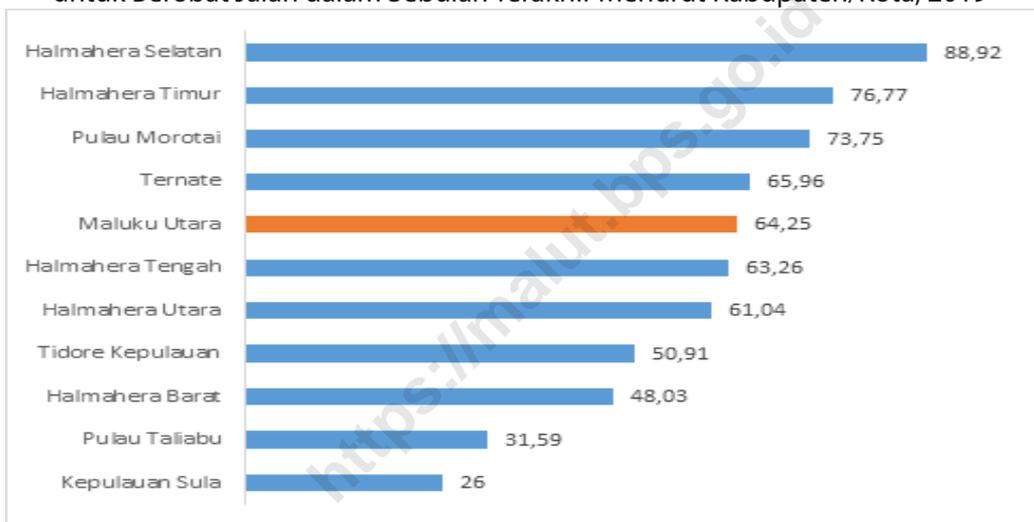


Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Seperti penjelasan dalam bab sebelumnya, persentase penduduk Maluku Utara yang memiliki keluhan kesehatan cukup banyak, namun kepemilikan jaminan

kesehatan penduduknya masih sekitar 64 persen. Bahkan kepemilikan JKN PBI penduduk Maluku Utara masih 31,22 persen dengan pencapaian lima kabupaten/kota masih dibawah provinsi. Kabupaten Pulau Taliabu, yang merupakan kabupaten dengan akses yang masih cukup sulit hanya menerima 10,62 persen sekaligus menjadi daerah dengan pencapaian penerimaan JKN PBI terendah di Maluku Utara. Hal ini menandakan bahwa masih banyak penduduk Maluku Utara yang harus mengeluarkan biaya ketika mereka ingin mengakses pelayanan kesehatan. Padahal pemerintah telah menyediakan program pelayanan kesehatan yang berwujud dalam jaminan kesehatan nasional dengan sistem asuransi. Dengan membayar iuran yang rendah, masyarakat dapat memperoleh perlindungan kesehatan yang lebih baik.

Gambar 3.5 Persentase Penduduk yang Menggunakan Jaminan Kesehatan untuk Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota, 2019



Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Rendahnya kepemilikan jaminan kesehatan sejalan dengan penduduk Maluku Utara yang melakukan pengobatan sendiri ketika mereka mengalami keluhan kesehatan atau bahkan mengabaikannya. Oleh karena itu, mereka merasa tidak perlu memiliki jaminan kesehatan karena mereka tidak mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan.

Pada tahun 2019, persentase penduduk Maluku Utara yang menggunakan jaminan kesehatan untuk berobat jalan dalam sebulan terakhir adalah sebesar 64,25 persen. Secara umum, penggunaan jaminan kesehatan untuk berobat jalan sejalan dengan kepemilikan jaminan kesehatan. Semakin besar persentase penduduk yang memiliki jaminan kesehatan, semakin besar juga persentase penduduk yang menggunakan jaminan kesehatan untuk berobat jalan.

Jika dilihat berdasarkan kabupaten/kota, Halmahera Selatan merupakan kabupaten/kota dengan persentase penggunaan jaminan kesehatan untuk berobat jalan tertinggi di Maluku Utara, yaitu sebesar 88,92 persen. Namun, masih ada 6 kabupaten/kota yang angkanya di bawah Maluku Utara. Kepulauan Sula

dan Pulau Taliabu merupakan dua Kabupaten dengan penggunaan jaminan kesehatan untuk berobat terendah di Maluku Utara, yaitu masing-masing sebesar 26 persen dan 31,59 persen. Hal tersebut sejalan dengan persentase penduduk dengan kepemilikan jaminan kesehatan di kedua kabupaten ini yang juga masih tergolong rendah yaitu sebesar 30 persen dan 19,65 persen.

<https://malut.bps.go.id>

Halaman ini sengaja dikosongkan

<https://malut.bps.go.id>

4

PERKEMBANGAN INDIKATOR KESEJAHTERAAN RAKYAT

Halaman ini sengaja dikosongkan

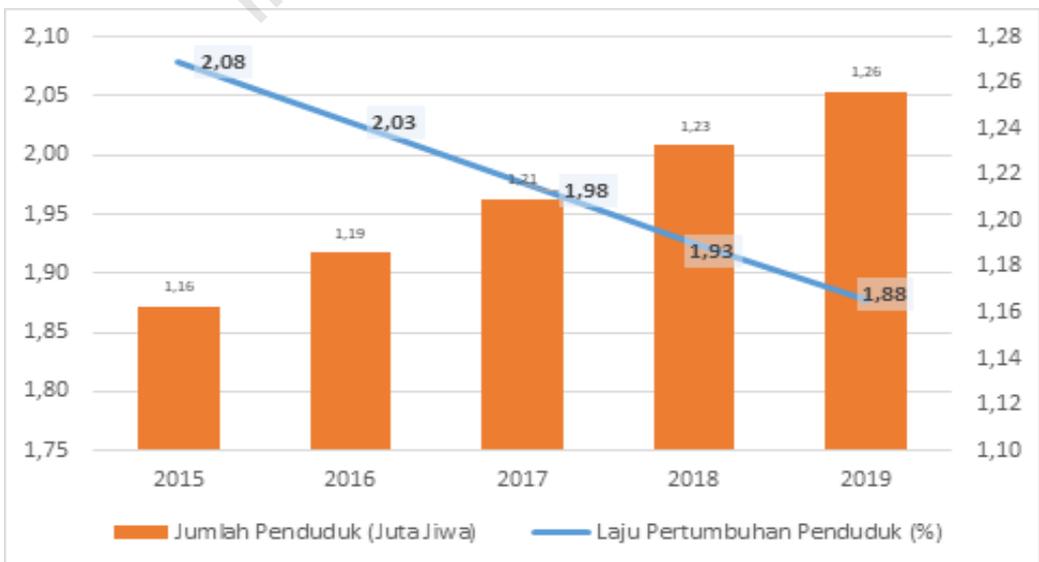
<https://malut.bps.go.id>

4.1. Kependudukan

Penduduk sebagai pelaku maupun sebagai objek pembangunan otomatis menjadi modal dasar yang diperlukan demi berhasilnya kegiatan pembangunan suatu wilayah. Masalah kependudukan masih menjadi salah satu fokus utama pemerintah. Jumlah penduduk yang besar dapat menjadi potensi namun di sisi lain penduduk juga dapat menjadi beban dalam mencapai tujuan pembangunan. Hal ini dimungkinkan terjadi apabila pertumbuhan jumlah penduduk yang berkembang pesat tanpa diimbangi dengan pemenuhan kebutuhan penduduk seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan akan pendidikan serta kesehatan yang layak. Pemenuhan kebutuhan hidup yang tidak terpenuhi dikhawatirkan akan menimbulkan berbagai masalah yang dapat mengganggu kesejahteraan penduduk diantaranya adalah kelaparan akibat ketersediaan pangan yang tidak mencukupi, munculnya pemukiman kumuh, menurunnya tingkat kesehatan masyarakat, rendahnya kualitas sumber daya manusia hingga maraknya aksi kriminalitas.

Jumlah penduduk di Maluku Utara dari tahun ke tahun terus meningkat. Berdasarkan data Proyeksi Penduduk 2010 – 2035, jumlah penduduk Maluku Utara pada tahun 2019 mencapai 1,26 juta orang atau mengalami kenaikan sekitar 0,02 juta jiwa bila dibandingkan dengan jumlah penduduk tahun 2018 yang mencapai 1,23 juta jiwa. Sebaliknya laju pertumbuhan penduduk terus mengalami penurunan hingga mencapai 1,88 persen pada tahun 2019. Laju pertumbuhan penduduk Maluku Utara per tahun adalah sebesar 2,08 persen dengan kepadatan penduduk sebesar 39,26 jiwa per km².

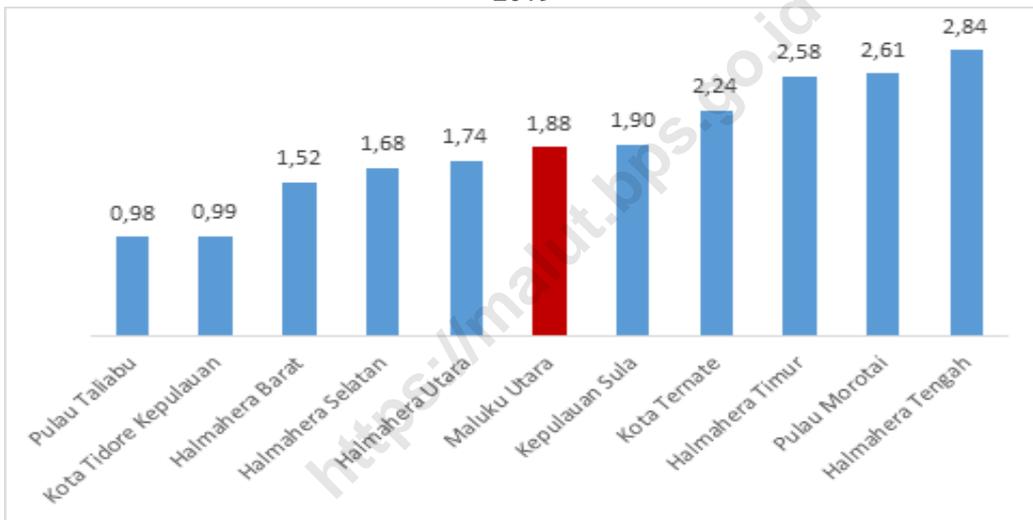
Gambar 4.1 Jumlah Penduduk dan Laju Pertumbuhan Penduduk Maluku Utara, 2015 - 2019



Sumber : Proyeksi Sensus Penduduk Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara 2015 – 2019, Badan Pusat Statistik

Laju pertumbuhan penduduk di kabupaten/kota di Maluku Utara secara umum juga mengalami penurunan dari tahun-tahun sebelumnya. Dari 10 kabupaten/kota yang ada di Maluku Utara terdapat 5 kabupaten/kota yang berada di atas laju pertumbuhan penduduk Maluku Utara yaitu Kabupaten Kepulauan Sula, Kota Ternate, Kabupaten Halmahera Timur, Kabupaten Pulau Morotai, dan Kabupaten Halmahera Tengah. Sedangkan 5 kabupaten/kota lain memiliki laju pertumbuhan penduduk di bawah laju pertumbuhan penduduk Maluku Utara. Kabupaten/kota dengan laju pertumbuhan penduduk tertinggi di tahun 2019 adalah Kabupaten Halmahera Tengah, yaitu 2,84 persen. Adapun pertumbuhan penduduk terendah dicapai oleh Kabupaten Pulau Taliabu sebesar 0,98 persen.

Gambar 4.2 Laju Pertumbuhan Penduduk Kabupaten/Kota di Maluku Utara, 2019



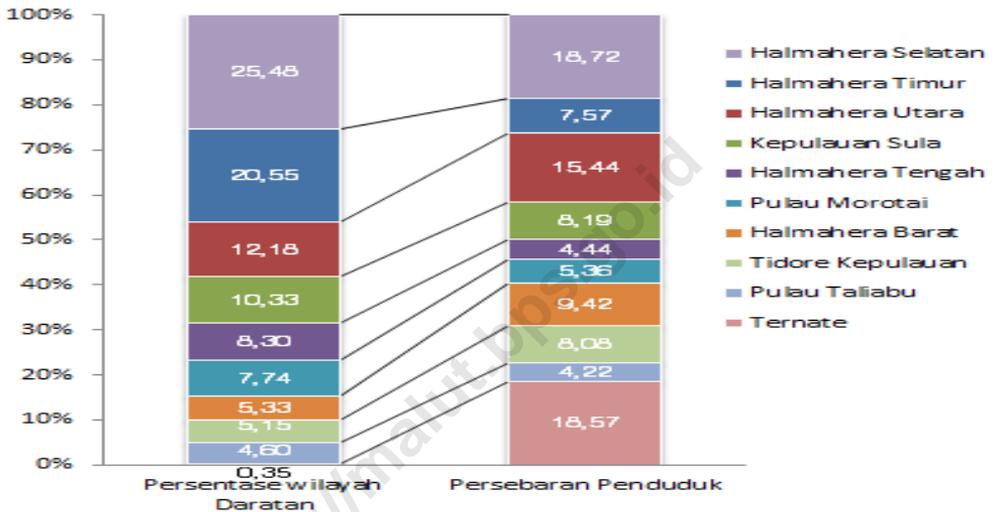
Sumber : Proyeksi Sensus Penduduk Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara 2015 – 2019, Badan Pusat Statistik

Dari 1,26 juta penduduk Maluku Utara pada tahun 2019, terdapat 0,64 juta laki-laki (50,98 persen) dan 0,62 juta penduduk perempuan (49,02 persen). Dengan demikian rasio jenis kelamin penduduk Maluku Utara tahun 2019 sebesar 104. Angka ini menunjukkan bahwa jumlah penduduk laki-laki di Maluku Utara lebih banyak daripada jumlah penduduk perempuan atau terdapat 104 penduduk laki-laki diantara 100 penduduk perempuan. Bila dilihat rasio jenis kelamin berdasarkan kabupaten/kota maka di Maluku Utara tidak terdapat kabupaten/kota yang memiliki rasio jenis kelamin di bawah 100.

Persoalan yang terkait dengan jumlah penduduk adalah sebaran penduduk, kepadatan penduduk dan distribusi penduduk yang belum merata. Pada tahun 2019 kepadatan penduduk Maluku Utara tercatat 39 orang/km². Kabupaten/Kota dengan kepadatan penduduk terbesar adalah Kota Ternate, yaitu sebanyak 2.940 orang/km². Penduduk Maluku Utara sebagian besar terpusat di Kota Ternate, padahal persentase luas Kota Ternate hanya 0,35 persen terhadap luas provinsi Maluku Utara.

Sementara itu, Kabupaten dengan kepadatan penduduk terendah di Maluku Utara adalah Kabupaten Halmahera Timur, yaitu sebesar 14 orang/km², hanya 0,48 persen dari kepadatan kota Ternate, padahal luas daerahnya merupakan kedua terbesar di Maluku Utara setelah Kabupaten Halmahera Selatan, yaitu sebesar 20,55 persen dari total luas provinsi. Akses dan fasilitas dianggap menjadi salah satu penyebab utama terkonsentrasinya penduduk hanya pada wilayah perkotaan.

Gambar 4.3 Persentase Wilayah Daratan dan Persebaran Penduduk, 2019



Sumber : Proyeksi Penduduk Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara 2019, Badan Pusat Statistik, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 137 Tahun 2017

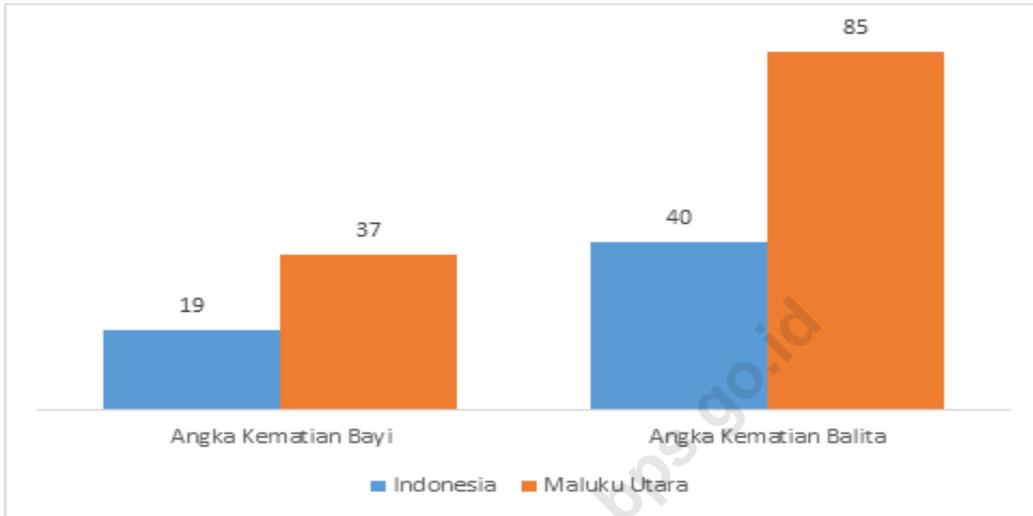
4.2. Kesehatan dan Gizi

Salah satu tujuan nasional adalah memajukan kesejahteraan bangsa, yang berarti memenuhi kebutuhan dasar manusia, yaitu pangan, sandang, pangan, pendidikan, kesehatan, lapangan kerja dan ketenteraman hidup. Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk, jadi tanggung jawab untuk terwujudnya derajat kesehatan yang optimal berada di tangan seluruh masyarakat, pemerintah dan swasta bersama-sama. Dalam mencapai tujuan tersebut pemerintah sudah melakukan berbagai program-program kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, seperti dengan meningkatkan fasilitas kesehatan seperti melalui BPJS, puskesmas-puskesmas, meningkatkan fasilitas tenaga kesehatan, menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi, meningkatkan tingkat imunitas dan gizi balita dan sebagainya.

Berhasil tidaknya program-program pemerintah dalam bidang kesehatan dapat diukur dengan berbagai indikator kesehatan seperti Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Ibu, Angka Kesakitan, prevalensi Balita Kurang dan indikator-indikator yang lain yang berkaitan dengan tenaga medis dan fasilitas kesehatan. Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita di suatu negara atau

wilayah merupakan salah satu rujukan melihat tingkat kesehatan di wilayah tersebut.

Gambar 4.4 Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita Maluku Utara dan Indonesia, SDKI 2012



Sumber : Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012

Angka Kematian Bayi di Maluku Utara pada Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 adalah 37 kematian per 1000 kelahiran hidup, angka ini di atas angka nasional yaitu 19 kematian per 1000 kelahiran hidup. Tidak hanya angka kematian bayi, angka kematian balita Maluku Utara pada SDKI 2012 juga berada di atas nasional yaitu sebanyak 85 kematian per 1000 kelahiran hidup, sementara angka kematian balita Indonesia adalah sebanyak 40 kematian per 1000 kelahiran hidup.

Gambar 4.5 Umur Harapan Hidup (UHH) Maluku Utara dan Indonesia 2016 – 2019



Sumber : Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012

Dimensi kesehatan tidak hanya AKB dan AKABA, tetapi juga bisa dilihat dari Umur Harapan Hidup (UHH) saat lahir yang merepresentasikan dimensi umur panjang dan hidup sehat. UHH saat lahir Maluku Utara pada tahun 2019 adalah sebesar 68,18 tahun, berada dibawah angka nasional yang sebesar 71,34 persen. Namun demikian, Maluku Utara berhasil meningkatkan UHH saat lahir dari tahun 2016 hingga 2019 menjadi sebesar 0,67 tahun. Peningkatan terus terjadi selama kurun waktu tersebut, sementara UHH nasional sempat mengalami penurunan sebesar 0,7 tahun pada tahun 2017.

Kondisi kesehatan masyarakat memiliki kecenderungan terkait dengan tingkat asupan gizi. Salah satu asupan gizi terbaik bagi bayi dan balita adalah ASI. ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi karena ASI mengandung zat gizi dengan komposisi sesuai dengan kebutuhan bayi untuk tumbuh kembang bayi secara optimal, (WHO 2001; Prasetyono, 2009). Selain itu peningkatan program ASI eksklusif merupakan salah satu bentuk upaya pemerintah dalam pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs). ASI sangat dianjurkan untuk diberikan kepada bayi, karena ASI merupakan makanan pertama bayi yang sangat dibutuhkan bayi untuk jangka panjang dalam proses tumbuh kembang. ASI memiliki nutrisi terbaik dan zat-zat berkualitas tinggi yang bisa memberikan antibodi dan tingkat kecerdasan untuk bayi.

BPS Provinsi Maluku Utara mencatat pada tahun 2019 anak usia kurang dari dua tahun yang pernah diberi ASI telah mencapai 93,24 persen. Mengalami peningkatan jika dibandingkan tahun sebelumnya, walaupun capaiannya belum setinggi pada 2015. Lebih dari separuh anak usia kurang dari 2 tahun di Maluku Utara diberi ASI selama kurang dari 12 bulan. Persentase anak usia kurang dari 2 tahun yang diberi ASI kurang dari 12 bulan sebanyak 56,74 persen. Antara 12 hingga 15 bulan sebanyak 18,16 persen, 16-19 bulan sebanyak 13,48 persen, dan antara 20-23 bulan sebanyak 11,62 persen. Berdasarkan tipe daerah, anak usia kurang dari 2 tahun yang diberikan ASI pada usia 20 – 23 bulan cenderung berada di perkotaan daripada di perdesaan.

Tabel 4.1 Persentase Pemberian ASI pada Anak Usia Kurang dari 2 tahun Menurut Lama Diberi ASI dan tipe daerah di Maluku Utara, 2019

Tipe Daerah	< 12 bulan ¹	12 - 15 bulan	16 - 19 bulan	20- 23 bulan	Total
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Perkotaan	60,00	17,42	8,39	14,19	100,00
Perdesaan	55,89	18,35	14,81	10,94	100,00
Perkotaan + Perdesaan	56,74	18,16	13,48	11,62	100,00

Sumber : Susenas KOR Maret 2019, diolah

Selain ASI hal yang sangat diperlukan untuk bagi kesehatan anak dan tingkat kekebalan tubuh anak adalah pemberian imunisasi. Imunisasi merupakan pemberian sistem kekebalan tubuh anak agar kuat terhadap suatu penyakit, jenis imunisasi ada dua macam yaitu kekebalan tubuh yang sudah ada pada

diri anak yang merupakan bawaan sejak lahir dan kekebalan yang diberikan kepada anak seperti pemberian vaksin bisa melalui suntik ataupun tetes. Di Indonesia imunisasi ada yang wajib dan juga ada yang dianjurkan, imunisasi wajib seperti BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B, sedangkan beberapa imunisasi yang dianjurkan seperti Typus, influenza, MMR dan masih banyak lagi.

Data Statistik Kesejahteraan Rakyat Provinsi Maluku Utara tahun 2019 menunjukkan lebih dari 79 persen balita yang ada di Maluku Utara pernah mendapatkan imunisasi wajib (BCG, DPT, Polio, Campak dan Hepatitis B). Hal ini menunjukkan bahwa secara umum pemberian imunisasi di Provinsi Maluku Utara sudah cukup baik

4.3. Pendidikan

Salah satu upaya paling strategis dalam meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) adalah melalui pendidikan. Pendidikan sangat penting karena merupakan dasar untuk pengembangan pola berpikir konstruktif dan kreatif. Dengan pendidikan yang cukup memadai, maka seseorang akan bisa berkembang secara optimal baik secara ekonomi maupun sosial. Rumusan tentang pendidikan, lebih jauh termuat dalam UU. No. 20 Tahun 2003, bahwa pendidikan Indonesia bertujuan agar masyarakat Indonesia mempunyai pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Artinya, arah dari proses pendidikan nasional mencakup berbagai aspek kehidupan diri manusia dan masyarakat untuk *survive* dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Beberapa aspek yang berkaitan dengan pendidikan dapat memberikan gambaran tentang kualitas sumber daya manusia yang ada antara lain harapan lama sekolah, rata-rata lama sekolah, tingkat pendidikan dan tingkat partisipasi sekolah.

Beberapa indikator output yang dapat menunjukkan kualitas pendidikan SDM antara lain Kemampuan membaca dan menulis, Angka Partisipasi Sekolah (APS), dan Angka Partisipasi Murni (APM). Indikator input pendidikan salah satunya adalah fasilitas pendidikan.

Kemampuan Membaca dan Menulis

Indikator mendasar yang digunakan untuk melihat tingkat kemampuan membaca dan menulis adalah angka melek huruf (*literacy rate*). AMH merupakan salah satu indikator penting untuk mengukur keberhasilan implementasi kebijakan bidang pendidikan, dan kualitas sumber daya manusia suatu daerah.

Kemampuan membaca dan menulis sangat penting karena dapat mencerdaskan intelektual, spiritual, emosional, dan kepercayaan. Membaca akan membuka peluang untuk menyerap sebanyak mungkin ilmu pengetahuan yang bermanfaat bagi kehidupan dan memungkinkan seseorang dapat memecahkan masalah dalam kehidupan sehari-hari. Kemampuan membaca dan menulis juga bertujuan untuk menumbuhkan kemampuan kreatif, kritis, analitis dan imajinatif sehingga tercipta sumber daya manusia yang berkualitas.

Penduduk usia 15 tahun ke atas merupakan masyarakat dewasa yang sudah

seharusnya dapat membaca dan menulis huruf latin. Namun pada kenyataannya pada tahun 2019 masih ada sekitar 1,33 persen penduduk usia 15 tahun ke atas di Maluku Utara yang tidak dapat membaca dan menulis huruf latin (BPS Provinsi Maluku Utara, 2019).

Angka Partisipasi Sekolah

Salah satu tujuan dari *Sustainable Development Goals* (SDGs) adalah menjamin bahwa sampai dengan tahun 2030 semua anak, baik laki-laki maupun perempuan dapat menyelesaikan pendidikan dasar (*primary schooling*). Salah satu indikator yang dapat digunakan adalah Angka Partisipasi Sekolah (APS). Semakin tinggi APS semakin besar jumlah penduduk yang mempunyai kesempatan untuk mengenyam pendidikan.

Pada tahun 2019 masih terdapat sekitar 1,03 persen penduduk usia 7-12 tahun di Maluku Utara yang belum mengenyam pendidikan atau tidak bersekolah. Sementara pada kelompok usia 13-15 tahun sebesar 3,03 persen. Adapun penduduk yang belum mengenyam pendidikan dan terbanyak terdapat pada kelompok usia 16 – 18 tahun, yaitu sebesar 24,08 persen.

Angka Partisipasi Sekolah (APS) dapat digunakan untuk mengukur pemerataan akses terhadap pendidikan. Namun, informasi yang diperoleh dari APS tidak memperhitungkan anak pada suatu kelompok yang benar-benar bersekolah pada jenjangnya. Misalnya, APS pada jenjang usia 7-12 tahun mengabaikan informasi anak berusia 12 tahun yang bersekolah pada kelas VII. Untuk mendapatkan gambaran yang utuh tentang partisipasi sesuai dengan jenjang pendidikan, indikator Angka Partisipasi Murni (APM) lebih relevan.

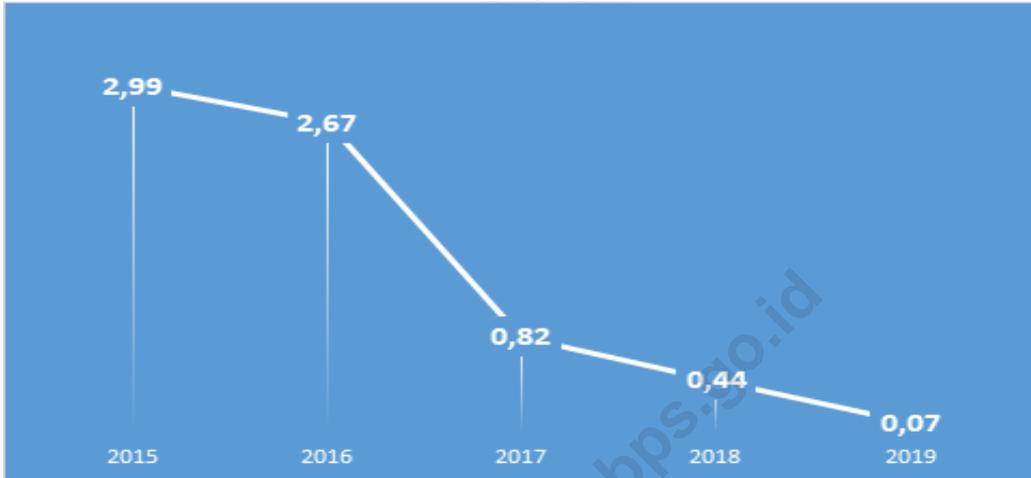
Angka Partisipasi Murni (APM) merupakan proporsi penduduk pada kelompok umur jenjang pendidikan tertentu yang masih bersekolah pada jenjang pendidikan yang sesuai dengan kelompok umurnya terhadap penduduk pada kelompok umur tersebut. Pada tahun 2019, capaian APM usia SD (7-12 tahun) di Maluku Utara telah mencapai 97,09 persen. Sementara itu, APM SMP telah mencapai 76,20 persen. Hal ini memberikan gambaran bahwa masih sekitar 23,8 persen anak usia 13-15 tahun tidak bersekolah pada jenjang SMP. Dengan demikian, capaian APM SMP pada tahun 2019 masih menunjukkan bahwa pendidikan di tingkat SMP belum dirasakan oleh seluruh anak usia 13-15 tahun. Oleh karena itu, perlu program yang lebih komprehensif agar pendidikan dasar dirasakan oleh semua masyarakat. Lebih lanjut, angka terendah APM berada pada jenjang usia SMA yang berada pada 63,95 persen pada tahun 2019.

Harapan Lama Sekolah (HLS) dan Rata-rata Lama Sekolah (RLS)

HLS merupakan indikator pendidikan yang menunjukkan lama sekolah (dalam tahun) yang diharapkan akan dirasakan oleh anak usia tertentu pada masa mendatang. HLS dapat digunakan untuk mengetahui kondisi pembangunan sistem pendidikan di berbagai jenjang. HLS Maluku Utara menunjukkan tren meningkat setiap tahunnya. Di tahun 2019, HLS Maluku Utara mencapai 13,63 tahun, hal ini menandakan bahwa anak usia 7 tahun yang masuk jenjang pendidikan formal pada tahun 2019 memiliki peluang untuk bersekolah selama 13,63 tahun atau setara dengan Diploma III. HLS Maluku Utara terus mengalami peningkatan sebesar

0,53 tahun sejak tahun 2015 hingga 2019. Namun demikian pertumbuhan HLS terus mengalami penurunan dan hanya tumbuh 0,07 persen pada tahun 2019.

Gambar 4.6 Pertumbuhan Harapan Lama Sekolah Maluku Utara Tahun 2015 – 2019



Sumber : Indeks Pembangunan Manusia Maluku Utara, 2019

Berbeda dengan pola yang ditunjukkan oleh HLS, Rata-rata Lama Sekolah (RLS) Maluku Utara tahun 2019 mencapai 9 tahun. Artinya rata-rata penduduk usia 25 ke atas di Maluku Utara menyelesaikan pendidikan hingga ke kelas 9 (SMP kelas IX). Angka ini menunjukkan bahwa pendidikan di Maluku Utara sudah mencapai target program wajib belajar 9 tahun. Apabila dilihat dari pertumbuhan angka RLS, meskipun sempat mengalami penurunan pada tahun 2017, tetapi angka RLS terus tumbuh hingga tahun 2019.

Gambar 4.7 Pertumbuhan Rata-Rata Lama Sekolah Maluku Utara Tahun 2015 – 2019



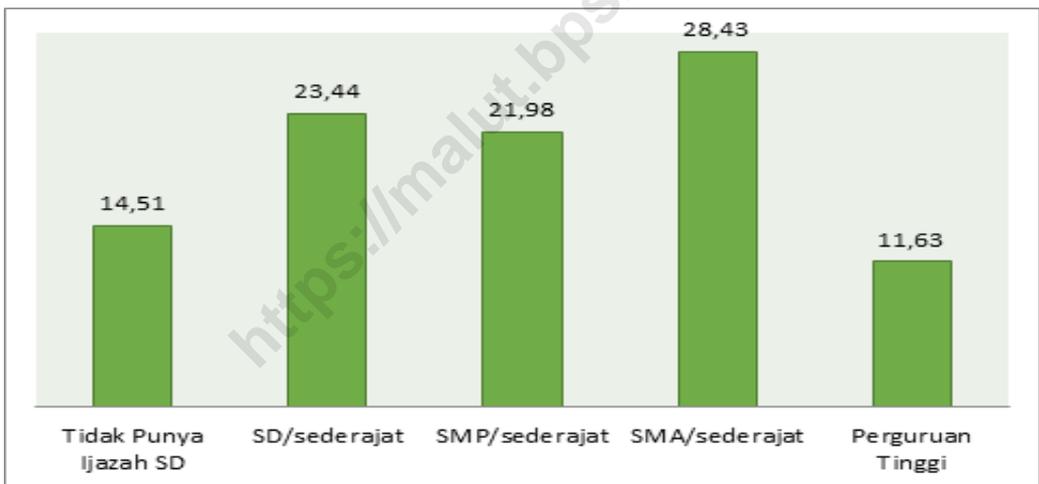
Sumber : Indeks Pembangunan Manusia Maluku Utara, 2019

Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan masyarakat dianggap menjadi suatu hal yang krusial bagi kesiapan bangsa menghadapi tantangan global di masa depan. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi dianggap memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari. Kualitas SDM dapat dilihat dari kemampuan, keahlian dan ilmu pengetahuan yang dimilikinya yang dapat digambarkan melalui tingkat pendidikan.

Kepemilikan Penduduk Maluku Utara terhadap ijazah tergolong masih rendah. Masih ada 14,51 persen penduduk yang tidak memiliki ijazah. Untuk ijazah tertinggi yang dimiliki pun seluruh jenjang berada di bawah 50 persen dengan persentase kepemilikan tertinggi adalah SMA/ sederajat sebesar 28,43 persen dan terendah pada perguruan tinggi sebesar 11,63 persen. Kondisi ini menggambarkan masih perlu upaya keras agar tingkat pendidikan masyarakat sehingga pendidikan dasar 9 tahun dapat tercapai.

Gambar 4.8 Persentase Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas Menurut Ijazah STTB Tertinggi yang Dimiliki di Maluku Utara, 2019



Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

4.4. Ketenagakerjaan

Sebagai negara dengan jumlah penduduk yang tergolong padat, isu terkait ketenagakerjaan menjadi tidak asing lagi bagi Indonesia. Apalagi saat ini Indonesia telah menghadapi bonus demografi. Laporan PBB (UNFPA, 2013), memprediksi angka ketergantungan penduduk Indonesia akan terus menurun hingga tahun 2020, namun jumlah angkatan kerja (15 – 64 tahun) pada 2020 – 2030 mencapai 70 persen. Lebih lanjut, Lembaga Demografi FEB UI memproyeksi bahwa angkatan kerja Indonesia akan meningkat 148,5 juta pada 2025 dibandingkan dengan tahun 2005. Hal inilah yang akan menjadi tantangan ketenagakerjaan ke depannya mengingat angkatan kerja semakin banyak tetapi tidak dibarengi dengan pertumbuhan lapangan pekerjaan.

Sub bab ini menjelaskan beberapa indikator yang dapat digunakan untuk

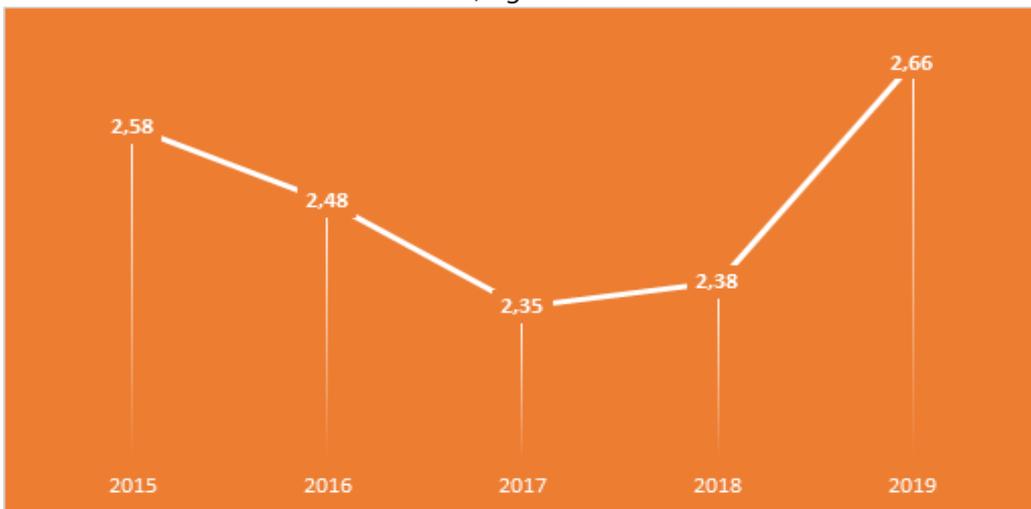
menggambarkan kondisi ketenagakerjaan. Sumber data penghitungan indikator ini diperoleh dari Survei Angkatan Kerja Nasional (SAKERNAS) tahun 2017, 2018 dan 2019 kondisi Agustus. Indikator tersebut, antara lain Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK), Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT), persentase pengangguran menurut tingkat pendidikan, persentase penduduk yang bekerja menurut status pekerjaan, persentase penduduk yang bekerja menurut lapangan usaha dan jumlah jam kerja, serta persentase pekerja menurut kelompok upah/ gaji/pendapatan bersih.

Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) dan Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT)

Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) dan Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) merupakan indikator ketenagakerjaan yang digunakan untuk menganalisa dan mengukur capaian hasil pembangunan. TPAK digunakan untuk mengukur besarnya jumlah angkatan kerja, indikator ini merupakan rasio antara jumlah angkatan kerja dengan jumlah penduduk usia kerja (usia produktif 15 tahun ke atas). Selain TPAK, dalam analisis angkatan kerja juga dikenal indikator yang biasa digunakan untuk mengukur pengangguran yaitu Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT).

Pengangguran terbuka didefinisikan sebagai orang yang sedang mencari pekerjaan atau yang sedang mempersiapkan usaha atau juga yang tidak mencari pekerjaan karena merasa tidak mungkin lagi mendapatkan pekerjaan, termasuk juga mereka yang baru mendapat kerja tetapi belum mulai bekerja. Pengangguran terbuka tidak termasuk orang yang masih sekolah atau mengurus rumah tangga, sehingga hanya orang yang termasuk angkatan kerja saja yang merupakan pengangguran terbuka. TPT dapat mencerminkan besarnya jumlah penduduk dalam kategori usia kerja yang termasuk dalam pengangguran.

Gambar 4.9 Pertumbuhan Jumlah Penduduk Usia Kerja (15 Tahun ke Atas) Maluku Utara, Agustus 2015 – 2019



Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional Agustus 2015 - 2019, diolah

Penduduk usia kerja (lebih dari 15 tahun) di Maluku Utara Agustus 2019 sebanyak 852,4 ribu orang bertambah sebanyak 79,2 ribu orang dibandingkan Agustus 2015. Pada tahun 2019 terjadi kenaikan jumlah penduduk usia kerja sebesar 2,66 persen dibandingkan dengan tahun sebelumnya, setelah sebelumnya terus mengalami penurunan sejak tahun 2015 hingga tahun 2017.

Adapun jumlah angkatan kerja (penduduk usia kerja yang bekerja, atau punya pekerjaan namun sementara tidak bekerja dan pengangguran) pada Agustus 2019 mencapai 549,7 ribu orang, bertambah sebanyak 36,1 ribu orang dibanding Agustus 2015. Perubahan jumlah penduduk bekerja setiap tahunnya seiring dengan perubahan jumlah pengangguran.

Dari total angkatan kerja sebanyak 549,7 ribu orang pada Agustus 2019, sebanyak 95,03 persennya melakukan aktivitas bekerja. Bekerja adalah kegiatan ekonomi yang dilakukan oleh seseorang dengan maksud memperoleh atau membantu memperoleh pendapatan atau keuntungan, paling sedikit 1 jam (tidak terputus) dalam seminggu yang lalu. Kegiatan tersebut termasuk pula kegiatan pekerjaan dibayar yang membantu dalam suatu usaha/ kegiatan ekonomi. Jumlah penduduk bekerja pada Agustus 2019 mencapai 522,4 ribu orang, bertambah 39,9 ribu orang dari keadaan Agustus 2015.

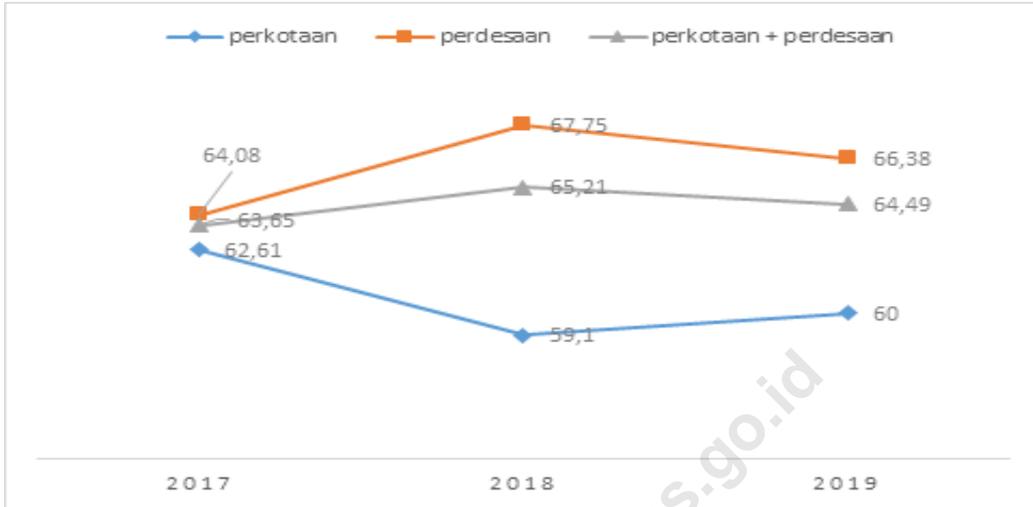
Gambar 4.10 Jumlah Penduduk Bekerja dan Pengangguran Maluku Utara , Agustus 2015 – 2019



Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional Agustus 2015 - 2019, diolah

Dari jumlah angkatan kerja tersebut, Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) Maluku Utara Tahun 2019 adalah sebesar 64,49 persen, mengalami penurunan sebesar 0,72 persen dibandingkan dengan tahun 2018. Penurunan ini sejalan dengan TPAC Perdesaan yang juga mengalami penurunan sebesar 1,37 persen pada tahun 2019. Sementara TPAC Perkotaan justru meningkat sebesar 0,9 persen dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Pola ini juga sejalan dengan perubahan tahun 2017 ke 2018 dimana perubahan perdesaan juga sejalan dengan total provinsi yang sama-sama mengalami peningkatan sedangkan TPAC perkotaan justru mengalami penurunan.

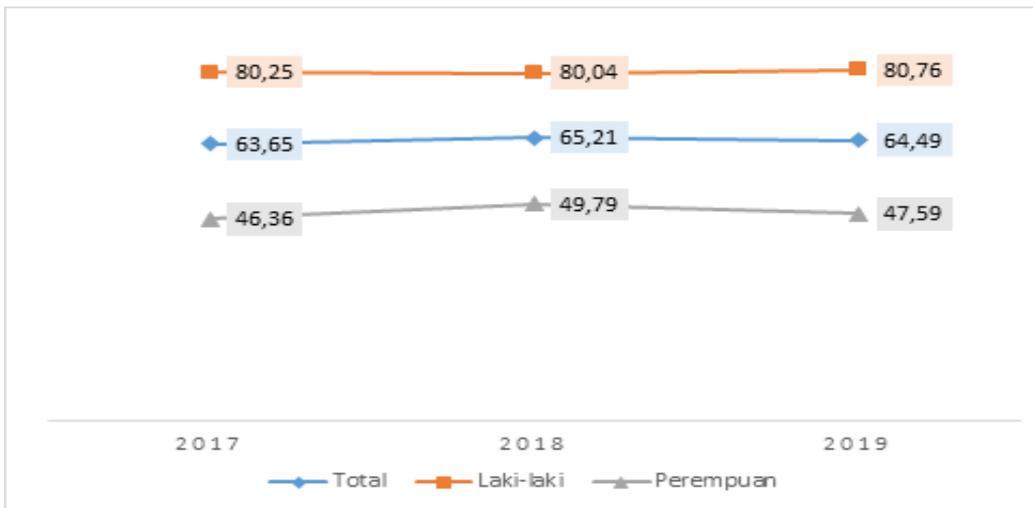
Gambar 4.11 Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, Agustus 2017 – 2019



Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional Agustus 2017 - 2019, diolah

Bila dilihat berdasarkan jenis kelamin, terlihat bahwa selama periode Agustus 2017 hingga Agustus 2019, TPAK laki-laki lebih tinggi dari TPAK perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa partisipasi perempuan dalam kegiatan ekonomi masih lebih rendah dibandingkan laki-laki. Keadaan Agustus 2019 TPAK laki-laki di Maluku Utara mencapai 80,04 persen, sedangkan TPAK perempuan hanya sebesar 49,79 persen.

Gambar 4.12 Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja Menurut Jenis Kelamin di Maluku Utara, Agustus 2017 - 2019

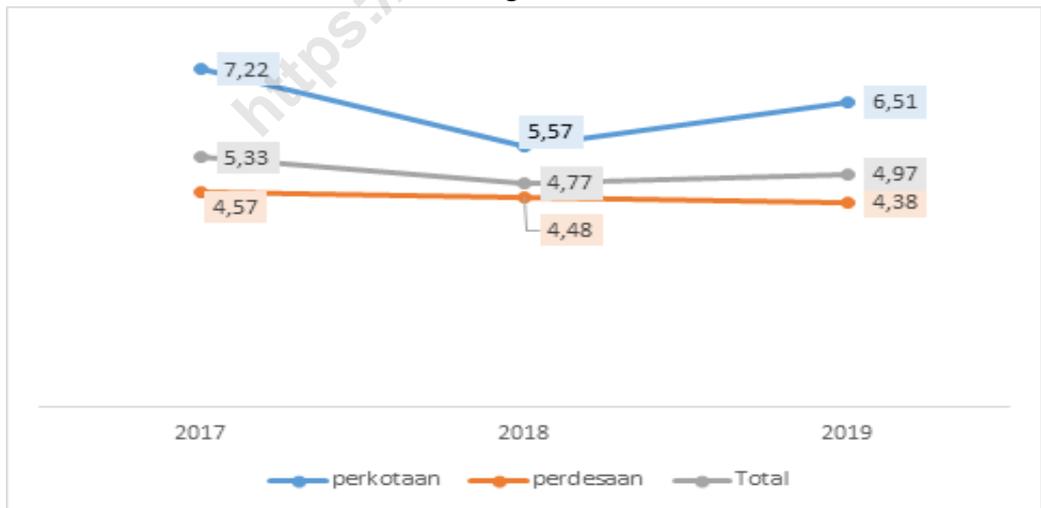


Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional Agustus 2017 - 2019, diolah

Sedikit berbeda dengan TPAK, Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) keadaan Agustus 2019 di Maluku Utara meningkat jika dibandingkan keadaan Agustus 2018. Keadaan Agustus 2018 hingga Agustus 2019 TPT mengalami peningkatan di daerah perkotaan. TPT di daerah perkotaan pada Agustus 2019 naik sebesar 0,94 poin dibandingkan 2018, dari 5,57 persen menjadi 6,51 persen. Adapun di perdesaan TPT justru naik 0,1 poin dari 4,48 persen di tahun 2018 menjadi 4,38 persen di tahun 2019. Dengan demikian secara keseluruhan TPT di perkotaan dan perdesaan naik sebesar 0,2 poin dari 4,77 persen di tahun 2018 menjadi 4,97 persen di tahun 2019. Bila dilihat berdasarkan daerah tempat tinggal, TPT di daerah perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan perdesaan, di mana TPT perkotaan sebesar 6,51 persen dan di perdesaan sebesar 4,38 persen.

Masih cukup tingginya tingkat pengangguran di perkotaan menunjukkan bahwa lapangan kerja yang tersedia di perkotaan belum mampu menyerap jumlah tenaga kerja dalam jumlah yang besar. Hal ini terkait dengan jumlah lapangan kerja yang terbatas dan adanya kecenderungan penyerapan tenaga kerja dengan keahlian khusus. Sebagian besar tenaga kerja di perdesaan terserap di sektor pertanian, di mana sektor ini memberikan kesempatan kerja yang lebih luas karena tidak perlu mempunyai keahlian khusus. Tingginya tingkat pengangguran di perkotaan juga disebabkan urbanisasi yang terjadi sehingga banyak angkatan kerja yang tadinya berada di perdesaan yang pindah ke wilayah perkotaan.

Gambar 4.13 Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, Agustus 2017 – 2019

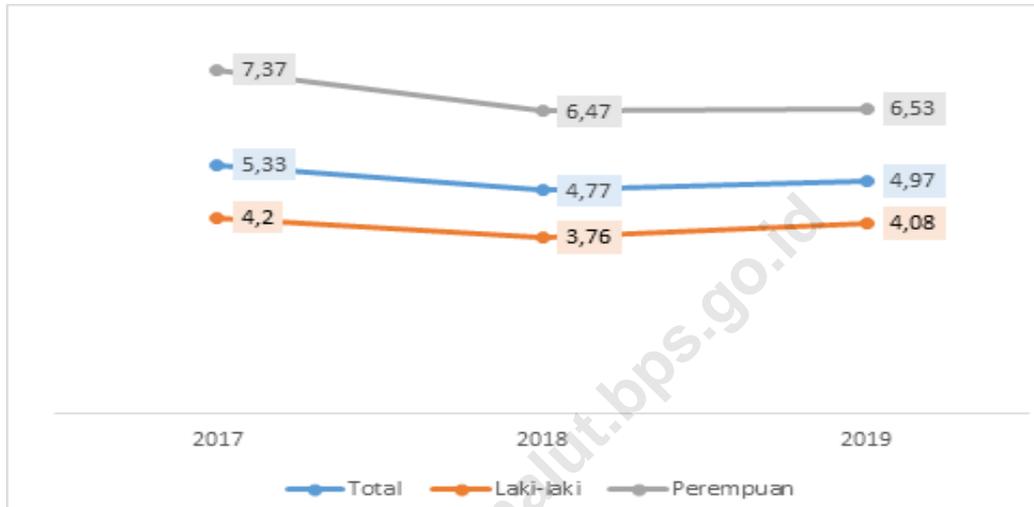


Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional Agustus 2017 - 2019, diolah

Jika dilihat menurut jenis kelamin, TPT laki-laki lebih rendah daripada TPT perempuan pada kondisi Agustus 2019, yaitu masing-masing 4,08 persen dan 6,53 persen. Selama periode Agustus 2017 hingga Agustus 2019 tingkat pengangguran terbuka laki-laki berbanding lurus dengan tingkat pengangguran terbuka perempuan. TPT laki-laki dan TPT perempuan mengalami peningkatan di

tahun 2019. Keadaan Agustus 2018 TPT laki-laki mencapai 3,76 persen, kemudian mengalami peningkatan 0,32 poin menjadi 4,08 persen pada Agustus 2019. Adapun TPT perempuan pada keadaan Agustus 2018 mencapai 6,47 persen kemudian naik 0,06 poin menjadi 6,53 persen pada keadaan Agustus 2019.

Gambar 4.14 Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Menurut Jenis Kelamin di Maluku Utara, Agustus 2017 – 2019



Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional Agustus 2017 - 2019, diolah

Tingkat Pengangguran dan Tingkat Pendidikan

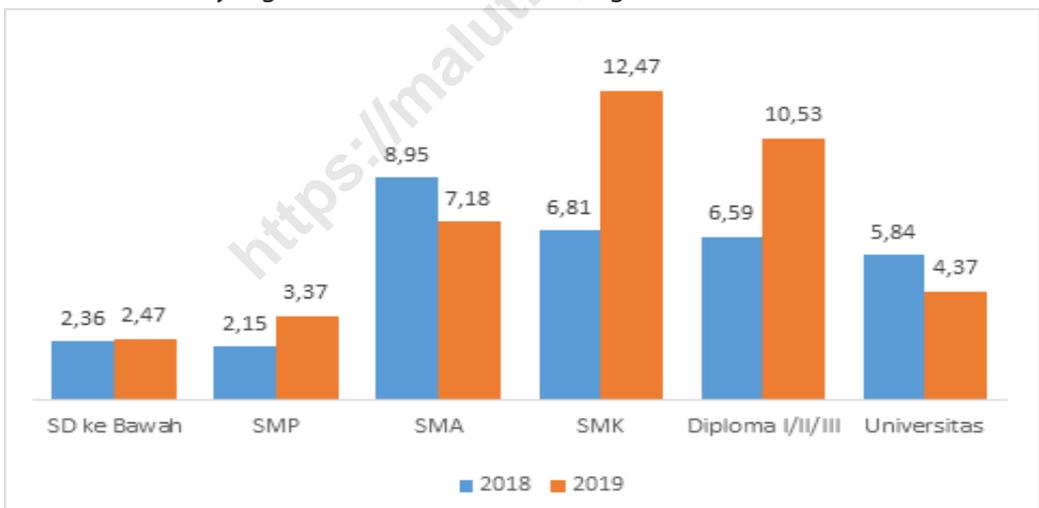
Setiap orang selalu berharap dirinya akan mudah mendapatkan pekerjaan layak yang sesuai dengan keahlian yang dia miliki serta tingkat pendidikan yang ditamatkan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan berdampak pada semakin tinggi pula harapan dan kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang sesuai dengan tingkat pendidikannya. Namun, keterbatasan lapangan kerja yang tersedia bagi mereka yang mempunyai ijazah tinggi menyebabkan mereka tidak terserap pada lapangan usaha tersebut. Sebagian besar dari mereka yang merupakan lulusan pendidikan tinggi enggan menerima pekerjaan yang tidak sesuai dengan jenis keahlian dan jenjang pendidikan yang telah ditamatkan. Sehingga sebagian dari mereka yang tidak mendapatkan pekerjaan menjadi penganggur.

Dilihat dari tingkat pendidikan, terjadi penurunan TPT untuk beberapa jenjang pendidikan, yaitu SMA dan universitas yang masing masing sebesar 7,18 persen dan 4,37 persen. TPT terkecil adalah penduduk dengan jenjang pendidikan SD ke bawah. Hal ini menunjukkan bahwa penduduk (angkatan kerja) yang tidak punya ijazah dan penduduk berijazah SD/ sederajat lapangan pekerjaan semakin sedikit. TPT terbesar berada pada penduduk dengan pendidikan Sekolah Menengah Kejuruan (SMK), yaitu sebesar 12,47 persen diikuti oleh penduduk pendidikan Diploma I/II/III yaitu sebesar 10,53 persen. Angka ini menunjukkan pergeseran karakteristik penduduk yang menganggur dimana pada tahun sebelumnya didominasi oleh lulusan SMA dengan TPT sebesar 8,95 persen. Tingginya tingkat

pengangguran pada penduduk berijazah SMK merupakan tantangan tersendiri bagi Pemerintah Provinsi Maluku Utara. Hal ini dikarenakan lulusan SMK diarahkan untuk menjadi tenaga kerja siap pakai. Tingginya TPT untuk jenjang SMK menunjukkan bahwa ketersediaan jurusan pada SMK belum sepenuhnya mampu memetakan kondisi bursa lapangan pekerjaan di Maluku Utara, sehingga sebagian lulusan menganggur. Perlu upaya keras dari berbagai pihak melihat fenomena tersebut, di mana idealnya lulusan SMK akan lebih mudah dalam memasuki dunia kerja.

Hal tersebut diharapkan menjadi catatan bagi pemerintah daerah untuk dapat meningkatkan serta membuka lapangan kerja bagi kelompok tersebut. Dengan pembukaan lapangan kerja baru bagi mereka di daerahnya sendiri akan menurunkan angka urbanisasi dan diharapkan dapat turut serta dalam pembangunan di daerahnya masing-masing. Sedangkan untuk penduduk dengan tingkat pendidikan tinggi yang belum terserap lapangan kerja diharapkan dapat berpartisipasi dengan berwirausaha sehingga dapat turut serta membangun daerahnya. Peran pemerintah daerah dalam hal ini adalah dengan mendorong dan memberi insentif bagi mereka yang berinisiatif untuk membuka peluang berwirausaha.

Gambar 4.15 Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Menurut Ijazah Tertinggi yang Dimiliki di Maluku Utara, Agustus 2018-2019

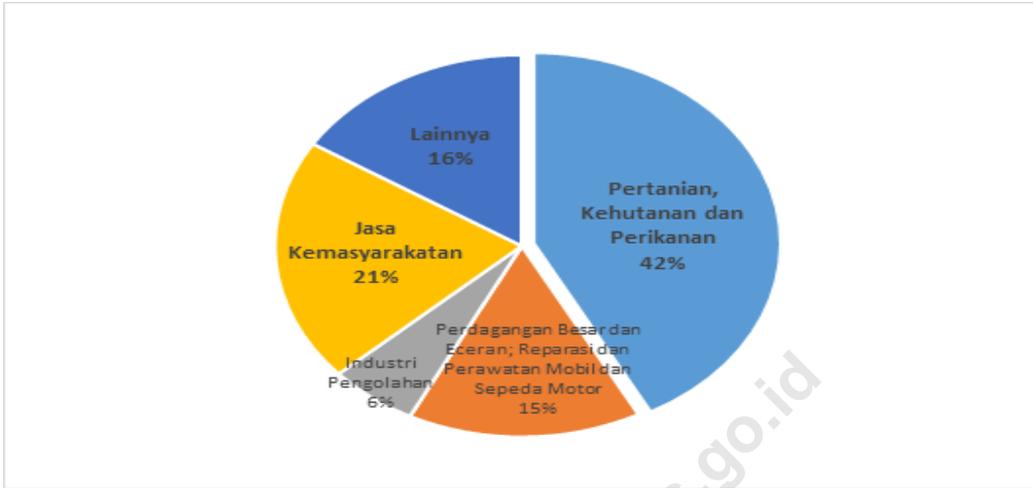


Sumber : Keadaan Angkatan Kerja di Maluku Utara Agustus 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Lapangan Usaha dan Status Pekerjaan

Distribusi penduduk yang bekerja menurut lapangan usaha pada publikasi ini dibagi menjadi 5 lapangan usaha yaitu Pertanian (pertanian, kehutanan, perburuan, dan perikanan); Industri pengolahan; Perdagangan Besar, Eceran, Reparasi dan Perawatan Mobil dan Sepeda Motor; Jasa Kemasyarakatan dan Lainnya. Berdasarkan data Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) Agustus 2019 terlihat bahwa mayoritas penduduk Maluku Utara bekerja pada kategori pertanian, yaitu sebanyak 220,3 ribu orang (42,17 persen), diikuti oleh jasa kemasyarakatan sebanyak 107,9 ribu orang (20,65 persen) dan kategori lainnya sebanyak 83,7 ribu orang (16,03 persen).

Gambar 4.16 Persentase Penduduk 15 Tahun ke Atas yang Bekerja Menurut Lapangan Usaha Pekerjaan di Jawa Barat, Agustus 2019



Sumber : Keadaan Angkatan Kerja di Maluku Utara Agustus 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Apabila dilihat berdasarkan tipe daerah, kategori Pertanian, kehutanan dan Perikanan mendominasi wilayah perdesaan, yaitu sebesar 53,78 persen dari total penduduk bekerja di perdesaan. Sementara untuk daerah perkotaan cenderung lebih beragam, lapangan usaha dengan jumlah penduduk bekerja tertinggi adalah jasa kemasyarakatan yaitu sebesar 30,77 persen diikuti oleh kategori Perdagangan Besar dan Eceran; Reparasi dan Perawatan Mobil dan Sepeda Motor sebesar 27,15 persen. Kota Ternate dan Kota Tidore Kepulauan didominasi oleh kategori jasa, masing – masing sebesar 75,43 persen dan 46,67 persen. Sementara hampir seluruh Kabupaten di dominasi oleh kategori pertanian.

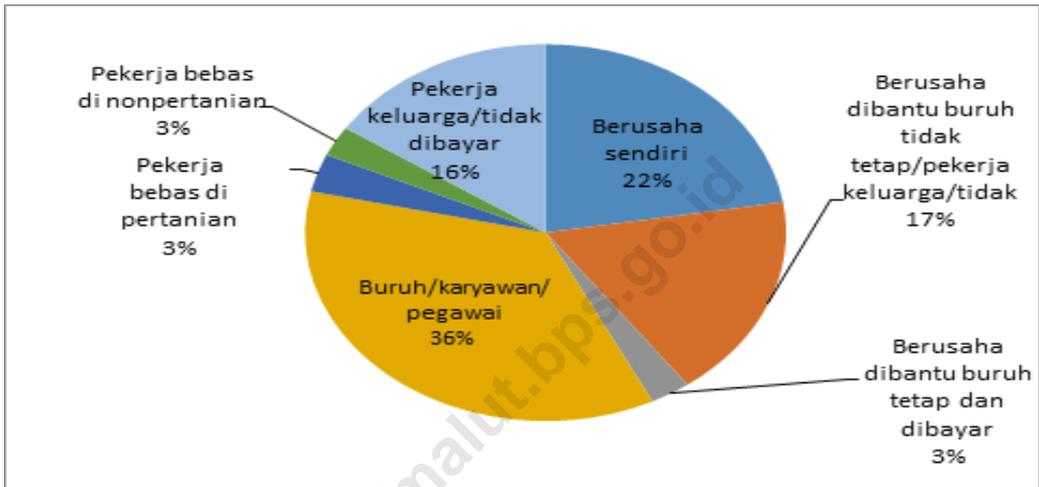
Tabel 4.2 Struktur Lapangan Usaha Penduduk Bekerja di Maluku Utara berdasarkan Tipe Daerah, Agustus 2019

Kategori	Perkotaan		Perdesaan	
	Jumlah (ribu orang)	Persentase	Jumlah (ribu orang)	Persentase
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Pertanian, Kehutanan dan Perikanan	15,33	10,85	204,98	53,78
Perdagangan Besar dan Eceran; Reparasi dan Perawatan Mobil dan Sepeda Motor	38,36	27,15	41,62	10,92
Industri Pengolahan	9,91	7,02	20,58	5,40
Jasa Kemasyarakatan	43,47	30,77	64,44	16,91
Lainnya	34,22	24,22	49,53	12,99
Total	141,28	100,00	381,14	100,00

Sumber : Keadaan Angkatan Kerja di Maluku Utara Agustus 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

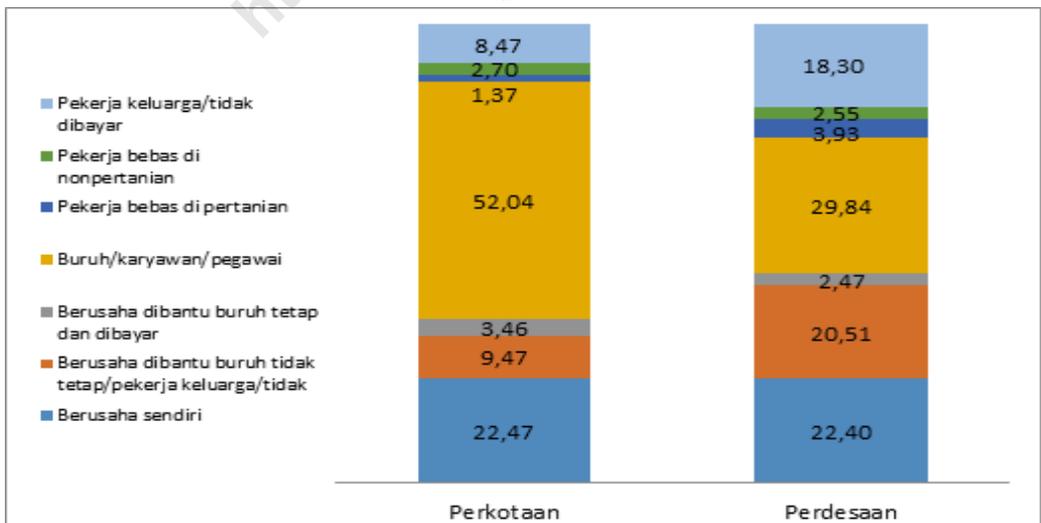
Pada Agustus 2019 jumlah penduduk yang bekerja sebagai buruh/karyawan masih lebih besar dibandingkan status pekerjaan yang lain. Penduduk yang bekerja sebagai buruh/karyawan pada Agustus 2019 mencapai 187,26 ribu orang atau sebesar 36 persen diikuti oleh kategori berusaha sendiri sebesar 22 persen dan pekerja keluarga atau pekerja tidak dibayar sebesar 16 persen.

Gambar 4.17 Struktur Status Pekerjaan Utama Penduduk Bekerja di Maluku Utara, Agustus 2019



Sumber : Keadaan Angkatan Kerja di Maluku Utara Agustus 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Gambar 4.18 Struktur Status Pekerjaan Utama Penduduk Bekerja di Maluku Utara, Agustus 2019

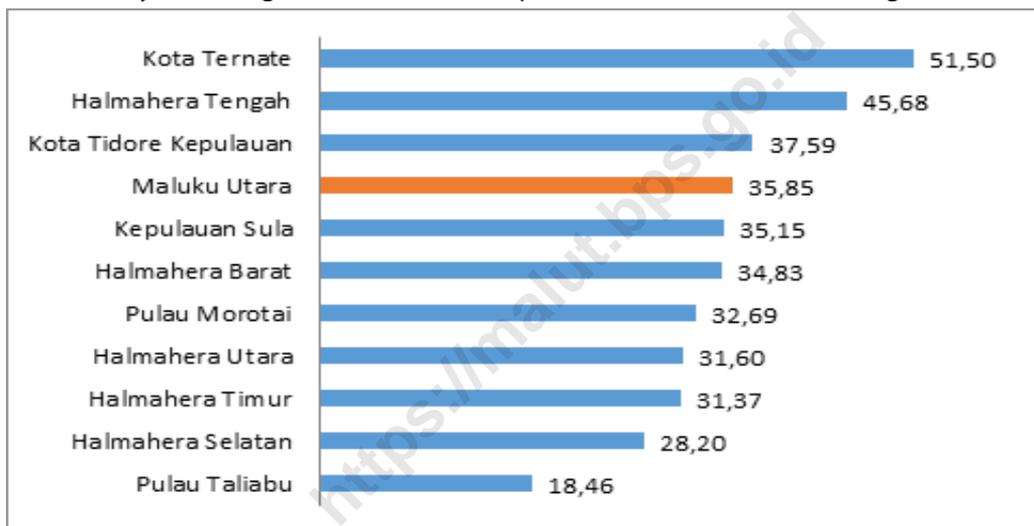


Sumber : Keadaan Angkatan Kerja di Maluku Utara Agustus 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Apabila dilihat berdasarkan tipe daerah, penduduk yang bekerja sebagai Buruh/Karyawan/Pegawai mendominasi daerah perkotaan. 52,04 persen penduduk

perkotaan bekerja sebagai Buruh/Karyawan/Pegawai. Sejalan dengan hal tersebut, penduduk perdesaan juga paling banyak berasal dari kategori buruh/karyawan/pegawai, yakni hanya sebesar 29,84 persen, diikuti oleh penduduk yang berusaha sendiri dan berusaha dibantu buruh tidak tetap/pekerja keluarga yang masing-masing sebesar 22,40 persen dan 20,51 persen. Status pekerjaan utama penduduk bekerja di perdesaan cenderung lebih beragam dikarenakan karakteristik pekerjaan di perdesaan yang didominasi oleh para pekerja pada sektor pertanian. Penduduk yang bekerja pada sektor tersebut, biasanya memiliki lahan pertanian sendiri sehingga terkadang tidak memerlukan pekerja tambahan atau justru mempekerjakan keluarga sendiri.

Gambar 4.19 Persentase Status Pekerjaan Utama Penduduk Bekerja sebagai Buruh/Karyawan/Pegawai menurut Kabupaten Kota di Maluku Utara, Agustus 2019



Sumber : Keadaan Angkatan Kerja di Maluku Utara Agustus 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

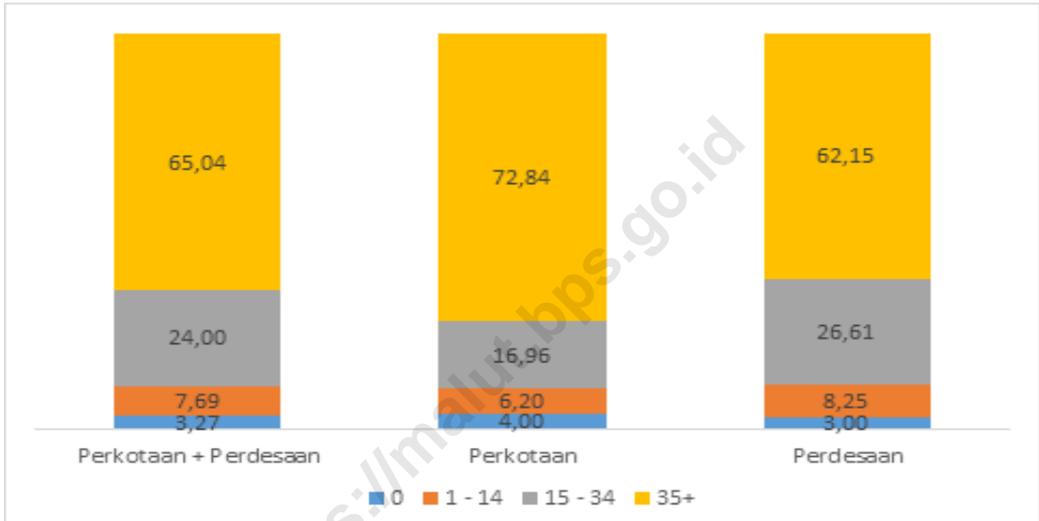
Jumlah Jam Kerja

Terkait dengan jumlah jam kerja yang dihabiskan selama seminggu, berdasarkan *The Labour Force Concept* yang disarankan oleh *International Labour Organization* (ILO) seorang pekerja dapat dikategorikan sebagai pengangguran kentara atau terselubung di mana mereka bekerja jauh di bawah jam kerja rata-rata selama seminggu (kurang dari 35 jam). Biasanya pekerja semacam ini memiliki pendapatan di bawah kemampuan sebenarnya. Selain itu seseorang yang terpaksa bekerja di bawah 35 jam merupakan orang-orang yang mempunyai kemampuan tetapi tidak mendapatkan pekerjaan yang sesuai dengan kemampuan, keahlian atau keterampilannya. Sementara itu, seorang pekerja yang dikategorikan sebagai bukan setengah pengangguran adalah mereka yang memiliki jumlah jam kerja normal selama seminggu (minimal 35 jam).

Keadaan Agustus 2019, secara umum jumlah jam kerja seluruhnya dari penduduk yang bekerja seminggu yang lalu sebagian besar adalah lebih dari 35 jam. Persentase pekerja yang bekerja lebih dari 35 jam selama seminggu yang lalu pada Agustus 2019 lebih dari 60 persen. Hal ini terjadi baik di perkotaan maupun

perdesaan. Di daerah perkotaan jumlah pekerja yang bekerja sesuai jam kerja normal mencapai 72,84 persen, sedangkan di perdesaan mencapai 62,15 persen. Sehingga secara rata-rata di daerah perkotaan dan perdesaan Maluku Utara jam kerja penduduk yang bekerja selama seminggu yang lalu bulan Agustus 2019 mencapai 65,04 persen. Penduduk yang bekerja sesuai jam kerja normal lebih banyak di daerah perkotaan. Adapun penduduk yang bekerja di bawah jam kerja normal lebih banyak di perdesaan.

Gambar 4.20 Persentase Penduduk Bekerja Menurut Jam Kerja Seluruhnya di Maluku Utara, Agustus 2019



Sumber : Keadaan Angkatan Kerja di Maluku Utara Agustus 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

4.5. Pola Konsumsi

Pola konsumsi rumah tangga merupakan salah satu indikator kesejahteraan rumah tangga/keluarga. Selama ini berkembang pengertian bahwa besar kecilnya proporsi pengeluaran untuk konsumsi makanan terhadap seluruh pengeluaran rumah tangga dapat memberikan gambaran kesejahteraan rumah tangga tersebut.

Rumah tangga dengan proporsi pengeluaran yang lebih besar untuk konsumsi makanan mengindikasikan rumah tangga tersebut berpenghasilan rendah. Makin tinggi penghasilan rumah tangga, maka makin kecil proporsi pengeluaran untuk makanan terhadap seluruh pengeluaran rumah tangga. Dengan kata lain rumah tangga/keluarga cenderung semakin sejahtera bila persentase pengeluaran untuk makanan jauh lebih kecil dibandingkan persentase pengeluaran untuk non makanan.

Pengeluaran Rumah Tangga

Pengeluaran rumah tangga dibedakan menurut kelompok makanan dan bukan makanan. Perubahan pendapatan seseorang akan berpengaruh pada pergeseran pola pengeluaran. Semakin tinggi pendapatan, cenderung akan semakin tinggi pengeluaran untuk bukan makanan. Pergeseran pola pengeluaran

terjadi karena elastisitas permintaan terhadap makanan pada umumnya rendah, sebaliknya elastisitas permintaan terhadap barang bukan makanan pada umumnya tinggi. Keadaan ini jelas terlihat pada kelompok penduduk yang tingkat konsumsi makanannya sudah mencapai titik jenuh, sehingga peningkatan pendapatan akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan bukan makanan atau ditabung. Dengan demikian, pola pengeluaran dapat digunakan sebagai salah satu alat untuk mengukur tingkat kesejahteraan penduduk, di mana perubahan komposisinya digunakan sebagai petunjuk perubahan tingkat kesejahteraan.

Tabel 4.3 menyajikan pengeluaran rata-rata per kapita sebulan menurut golongan pengeluaran dan wilayah tempat tinggal. Berdasarkan tabel ini terlihat bahwa mayoritas penduduk di Maluku Utara memiliki rata-rata pengeluaran per kapita sebulan antara 1.000.000 – 1.499.000, yaitu sebesar 1.026.090 rupiah. Hal ini sejalan dengan kondisi rata-rata pengeluaran per kapita di perkotaan yang juga pada kisaran tersebut yakni sebesar 1.474.891 rupiah, sementara penduduk perdesaan cenderung memiliki rata-rata pengeluaran per kapita pada kisaran golongan pengeluaran per kapita 750.000 – 999.999 yakni sebesar 845.277 rupiah. Hal ini menunjukkan bahwa penduduk perkotaan lebih mendominasi golongan pengeluaran di Maluku Utara atau dengan kata lain penduduk perkotaan lebih konsumtif daripada penduduk perdesaan.

Tabel 4.3 Rata-Rata Pengeluaran per Kapita Sebulan Menurut Golongan Pengeluaran dan Tipe Daerah di Maluku Utara (Rupiah), 2019

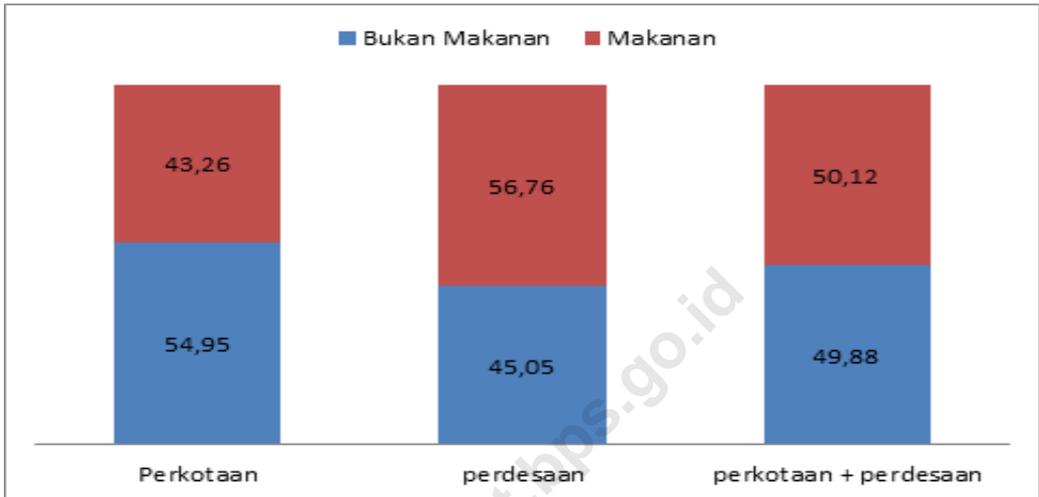
Golongan Pengeluaran per Kapita	Perkotaan	Perdesaan	Perkotaan + Perdesaan
(1)	(2)	(3)	(4)
200 000 - 299 999	-	272 083	272 083
300 000 - 499 999	428 447	431 756	431 344
500 000 - 749 999	632 436	627 301	627 901
750 000 - 999 999	870 443	855 048	858 328
1 000 000 - 1 499 999	1 251 186	1 191 684	1 216 984
> 1 500 000	2 329 552	2 088 656	2 251 097
Rata-rata pengeluaran per Kapita	1 474 891	845 277	1 026 090

Sumber : Konsumsi dan Pengeluaran Rumah Tangga Provinsi Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Sementara itu, berdasarkan jenis pengeluaran, persentase rata-rata pengeluaran per kapita sebulan penduduk Maluku Utara cenderung dikeluarkan untuk komoditas makanan, 50,12 persen penduduk Maluku Utara melakukan pengeluaran untuk makanan. Apabila dilihat berdasarkan tipe daerah, penduduk perkotaan cenderung melakukan pengeluaran untuk komoditas non makanan, 54,95

persen penduduk perkotaan melakukan pengeluaran non makanan, sementara pendudukperdesaan56,76persenmelakukanpengeluaranuntukkomoditasmakanan.

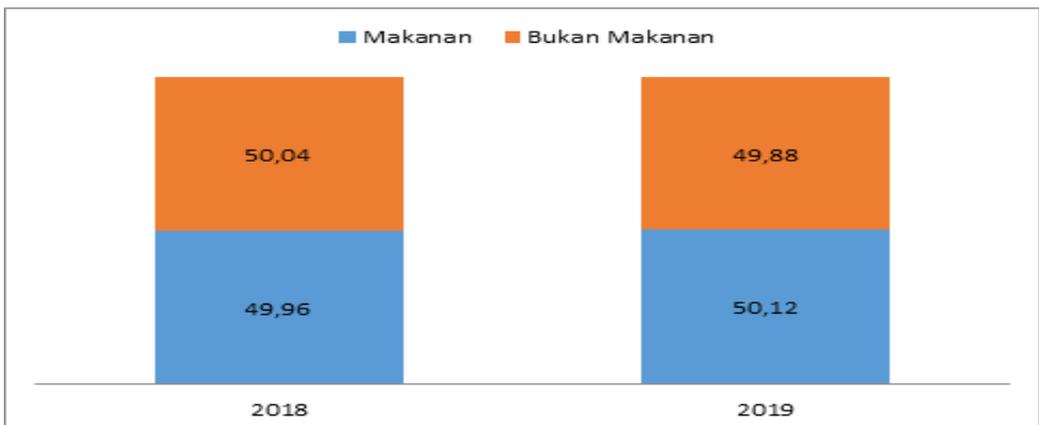
Gambar 4.21 Persentase Rata-rata Pengeluaran per Kapita Sebulan Menurut Tipe Daerah dan Jenis Pengeluaran, 2019



Sumber : Konsumsi dan Pengeluaran Rumah Tangga Provinsi Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Bila dilihat persentasenya pengeluaran untuk makanan mengalami peningkatan dari 49,96 persen pada tahun 2018 menjadi 50,12 persen pada tahun 2019. Sebaliknya, pengeluaran bukan makanan turun dari 50,04 persen menjadi 49,88 persen. Peningkatan pengeluaran pada kelompok makanan terjadi pada pengeluaran untuk daging, buah-buahan dan rokok. Peningkatan tertinggi terjadi pada buah-buahan, hal ini salah satunya dikarenakan pada tahun 2019 terjadi peningkatan panen tanaman hortikultura tahunan yang cukup besar di hampir seluruh Kabupaten/Kota di Maluku Utara sehingga terjadi peningkatan konsumsi pada komoditas tersebut.

Gambar 4.22 Persentase Rata-rata Pengeluaran per Kapita Sebulan Menurut Kelompok Barang, 2019

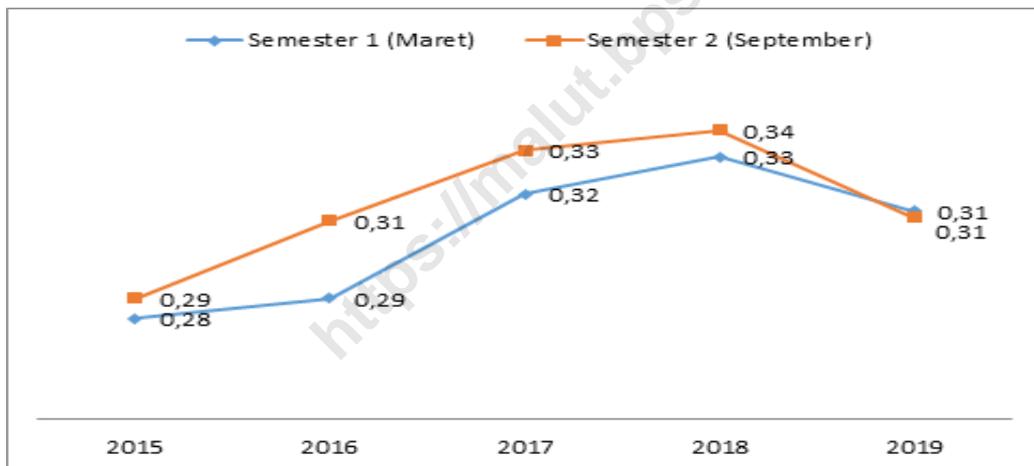


Sumber : Konsumsi dan Pengeluaran Rumah Tangga Provinsi Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Peningkatan pendapatan idealnya diikuti dengan pemerataan pendapatan, karena pemerataan pendapatan merupakan salah satu strategi dan tujuan pembangunan. Ketimpangan dalam menikmati hasil pembangunan di antara kelompok penduduk dikhawatirkan akan menimbulkan masalah-masalah sosial. Tidak tersedianya data pendapatan menyebabkan penghitungan distribusi pendapatan menggunakan data pengeluaran sebagai proxy pendapatan. Walaupun dilakukan dengan menggunakan pendekatan pengeluaran, paling tidak dapat digunakan sebagai petunjuk untuk melihat arah dari perkembangan yang terjadi. Salah satu indikator untuk mengukur tingkat pemerataan pendapatan penduduk adalah dengan indikator yang sering digunakan, yaitu Indeks Gini.

Indeks Gini sejak Maret 2016 hingga September 2018 terus mengalami peningkatan setiap tahunnya, yaitu berada pada kisaran 0,29–0,34. Namun pada tahun 2019 mengalami penurunan menjadi 0,31. Namun demikian, tingkat ketimpangan antar kelompok cenderung tidak terlalu berubah pada beberapa tahun kebelakang.

Gambar 4.23 Indeks Gini Maluku Utara, 2015 – 2019



Sumber : Tabel Dinamis Gini Rasio Provinsi Maluku Utara

Konsumsi Energi dan Protein

Tingkat kecukupan gizi yang mencakup konsumsi kalori dan protein merupakan salah satu indikator yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kesejahteraan penduduk. Jumlah konsumsi kalori dan protein dihitung berdasarkan jumlah dari hasil kali antara kuantitas setiap makanan yang dikonsumsi dengan besarnya kandungan kalori dan protein dalam setiap makanan tersebut. Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan adalah suatu kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi semua orang menurut golongan umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, aktivitas tubuh untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Berdasarkan (Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi XI tahun 2012, rata-rata kecukupan energi dan protein bagi penduduk Indonesia masing-masing sebesar 2.150

kkal dan 57 gram protein (Kementerian Kesehatan, 2013b). Pada tahun 2019 rata-rata konsumsi kalori penduduk Maluku Utara sebesar 1.765,13 kkal per kapita per hari, menurudari tahun sebelumnya yang mencapai 1.820,23 kkal per kapita per hari. Namun, rata-rata konsumsi kalori per kapita penduduk Maluku Utara cenderung masih belum memenuhi syarat kecukupan gizi yang ditentukan. Sementara itu, rata-rata konsumsi protein per kapita penduduk Maluku Utara 2019 juga mengalami penurunan jika dibandingkan dengan 2018 yaitu 48,43 gram per kapita per hari, menurun dari sebelumnya sebesar 49,17 gram per kapita per hari. Kondisi ini juga menunjukkan bahwa kecukupan protein belum memenuhi yang disyaratkan oleh Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi yaitu 57 gram sudah terpenuhi oleh penduduk Jawa Barat.

Apabila dibandingkan menurut daerah tempat tinggal, terlihat bahwa rata-rata konsumsi kalori penduduk Jawa Barat selama kurun waktu 2016-2017 menunjukkan bahwa konsumsi kalori penduduk di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Pada tahun 2017 konsumsi kalori penduduk di perdesaan dan perkotaan terlihat mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2016. Begitu juga halnya yang terjadi dengan konsumsi protein penduduk di perkotaan dan perdesaan yang mengalami peningkatan. Konsumsi protein penduduk yang tinggal di perkotaan lebih tinggi jika dibandingkan penduduk yang tinggal di perdesaan. Pada tahun 2017 rata-rata penduduk perkotaan mengkonsumsi protein sebanyak 66,15 gram sedangkan penduduk perdesaan rata-rata hanya mengkonsumsi protein sebanyak 64,15 gram. Kecukupan konsumsi protein bagi penduduk perkotaan dan perdesaan sudah berada di atas standar kecukupan gizi. Hal ini menunjukkan bahwa baik penduduk perkotaan maupun perdesaan sudah mulai memperhatikan akan kebutuhan asupan energi dan protein yang dibutuhkan bagi anggota keluarganya dan kesehatan tubuh.

Tabel 4.4 Rata-rata Konsumsi Kalori (kkal) dan Protein (gram) per Kapita per Hari Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, 2018 – 2019

Kategori	Kalori		Protein	
	2018	2019	2018	2019
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Perkotaan	1.857,76	1.816,49	56,22	55,01
Perdesaan	1.805,18	1.744,44	46,35	45,78
Perkotaan + Perdesaan	1.820,23	1.765,13	49,17	48,43

Sumber : Konsumsi dan Pengeluaran Rumah Tangga Provinsi Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

4.6. Perumahan dan Lingkungan

Sepanjang kehidupannya, manusia selalu membutuhkan rumah yang merupakan salah satu kebutuhan pokok hidup selain sandang dan pangan. Dengan kata lain, rumah merupakan kebutuhan primer yang harus dipenuhi untuk dapat terus bertahan hidup. Rumah mempunyai pengaruh terhadap pembinaan

watak dalam kepribadian serta merupakan faktor penting terhadap produktivitas kerja dan kreativitas kerja seseorang. Peningkatan kualitas kehidupan yang layak dan bermartabat melalui pemenuhan kebutuhan papan maka akan terwujud kesejahteraan rakyat.

Definisi perumahan itu sendiri merupakan kumpulan rumah sebagai bagian dari permukiman, baik perkotaan maupun perdesaan yang dilengkapi dengan prasarana, sarana, dan fasilitas umum sebagai hasil upaya pemenuhan rumah yang layak huni. Rumah selain sebagai tempat tinggal, juga dapat menunjukkan status sosial seseorang. Status sosial seseorang berhubungan positif dengan kualitas/kondisi rumah. Semakin tinggi status sosial seseorang semakin besar peluang untuk memenuhi kebutuhan akan tempat tinggal dengan kualitas yang lebih baik.

Salah satu dari sekian banyak fasilitas yang dapat mencerminkan kesejahteraan rumah tangga adalah kualitas material seperti jenis atap, dinding dan lantai terluas yang digunakan, termasuk juga fasilitas penunjang lain yang meliputi luas lantai hunian, sumber air minum, fasilitas tempat buang air besar, dan sumber penerangan. Kualitas perumahan yang baik dan penggunaan fasilitas perumahan yang memadai akan memberikan kenyamanan bagi penghuninya.

Kualitas Rumah Tinggal

Terdapat beberapa kriteria yang harus dipenuhi sehingga dapat dikategorikan ke dalam rumah yang layak huni sebagai tempat tinggal. Kriteria tersebut diantaranya yaitu rumah yang memiliki dinding terluas yang terbuat dari tembok atau kayu, dengan beratapkan beton, genteng, sirap, seng maupun asbes, dan memiliki lantai terluas bukan tanah. Pada tahun 2019, rumah yang berlantai bukan tanah sebesar 93,91 persen atau mengalami peningkatan bila dibandingkan pada tahun 2018 yang sebesar 93,81 persen.

Tabel 4.5 Persentase Rumah Tangga Menurut Beberapa Indikator Kualitas Perumahan, 2018-2019

Indikator	2018	2019
(1)	(2)	(3)
Lantai bukan tanah	93,81	93,91
Atap beton, genteng, sirap, seng dan asbes	95,78	97,06
Dinding terluas tembok dan kayu	96,29	98,60
Rata-rata luas lantai per kapita $\geq 10 \text{ m}^2$	76,13	77,31

Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Selain luas lantai, indikator lain yang digunakan untuk melihat kualitas perumahan untuk tempat tinggal adalah penggunaan atap dan dinding

terluas. Pada tahun 2018, rumah tinggal dengan atap beton, genteng, sirap, seng dan asbes di Maluku Utara mencapai 95,78 persen dan pada tahun 2019 meningkat menjadi 97,06 persen. Selanjutnya kondisi yang sama juga terjadi pada bangunan rumah tinggal yang menggunakan dinding terluas tembok dan kayu, meningkat dari 76,13 persen menjadi 77,31 persen pada tahun 2019.

Menurut standar *World Health Organization* (WHO) tentang rumah layak huni menyebutkan bahwa rumah yang sehat adalah rumah dengan luas per kapitanya 10m². Artinya dengan asumsi satu rumahtangga terdiri dari 4 (empat) orang maka rumah yang sehat menurut ukuran WHO, rumahtangga tersebut harus memiliki rumah idealnya minimal dengan luas 40 m². Pada tahun 2019, rumahtangga dengan luas perkapita minimal 10 m² sebesar 77,31 persen atau mengalami peningkatan bila dibandingkan pada tahun 2018 yang sebesar 76,13 persen.

Fasilitas Rumah Tinggal

Kualitas dan kenyamanan rumah tinggal ditentukan oleh kelengkapan fasilitasnya, diantaranya tersedianya air bersih, sanitasi yang layak, serta penerangan yang baik. Ketersediaan air bersih merupakan kebutuhan yang sangat penting bagi rumah tangga dalam kehidupan sehari-hari. Air bersih yang tersedia dalam jumlah yang cukup terutama untuk keperluan minum merupakan tujuan dari program penyediaan air bersih yang terus-menerus diusahakan pemerintah.

Rumah tangga di Maluku Utara tahun 2019 yang menggunakan air kemasan, air isi ulang, dan air ledeng sebagai sumber air minum mencapai 42,27 persen. Terdapat sedikit penurunan persentase rumah tangga yang menggunakan air kemasan, air isi ulang, dan air ledeng dibandingkan tahun 2018 yang mencapai 43,46 persen. Selanjutnya persentase rumah tangga yang menggunakan air minum bersih pada tahun 2019 mengalami sedikit peningkatan mencapai 64,82 persen. Air minum bersih terdiri dari air kemasan, air isi ulang, air ledeng, sumur bor/pompa, sumur terlindung serta mata air terlindung dengan jarak ke tempat penampungan akhir tinja lebih dari 10 m.

Tabel 4.6 Persentase Rumah Tangga Menurut Fasilitas Perumahan, 2018-2019

Indikator	2018	2019
(1)	(2)	(3)
Air kemasan, air isi ulang & ledeng	43,46	42,27
Air minum bersih	64,73	64,82
Jamban sendiri	61,98	64,64
Sumber penerangan listrik PLN	85,04	86,47

Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Selama tahun 2018-2019 persentase rumah tangga yang memiliki jamban sendiri meningkat dari 61,98 persen menjadi 64,64 persen. Hal ini menunjukkan

bahwa kebutuhan akan jamban sendiri sudah menjadi suatu kebutuhan yang harus dipenuhi oleh rumah tangga. Selanjutnya selain telah memiliki jamban sendiri, penggunaan jamban dengan tangki septik juga merupakan bagian dari kualitas kehidupan rumah tangga dalam memenuhi salah satu kriteria rumah sehat.

Selain air bersih dan jamban, fasilitas rumah tinggal lainnya yang juga penting adalah penerangan. Secara umum sumber penerangan yang utama berasal dari listrik baik PLN maupun non-PLN. Cahaya listrik lebih terang dibandingkan sumber penerangan lainnya. Pada tahun 2019 86,47 persen rumah tangga di Maluku Utara telah menikmati fasilitas penerangan PLN, meningkat jika dibandingkan tahun 2018 (85,04 persen).

Status Kepemilikan Rumah Tinggal

Salah satu indikator yang digunakan untuk melihat tingkat kesejahteraan dan juga peningkatan taraf hidup masyarakat adalah status kepemilikan rumah tinggal. Kondisi ekonomi rumah tangga sangat berpengaruh terhadap kepemilikan rumah tinggal. Status kepemilikan rumah tinggal yang dicakup di sini adalah rumah milik sendiri, kontrak, sewa, bebas sewa, rumah dinas, rumah milik orang tua/saudara atau status kepemilikan lainnya. Rumah tangga yang menempati rumah milik sendiri dapat dikatakan telah mampu memenuhi kebutuhan akan tempat tinggal yang terjamin dan permanen dalam jangka panjang.

Tabel 4.7 Persentase Rumah Tangga Menurut Status Kepemilikan Rumah Tinggal, 2018-2019

Indikator	2018	2019
(1)	(2)	(3)
Milik sendiri	83,87	82,73
Kontrak/sewa	7,32	7,36
Bebas sewa	7,03	8,16
Rumah dinas/lainnya	1,78	1,75

Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Berdasarkan hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2019 menunjukkan bahwa rumah tangga yang menempati rumah milik sendiri sebesar 82,73 persen. Adapun sisanya 17,27 persen menempati rumah bukan milik sendiri yang terdiri dari 7,36 persen kontrak/sewa, 8,16 persen bebas sewa dan 1,75 persen rumah dinas/lainnya.

4.7. Kemiskinan

Kemiskinan telah menjadi permasalahan yang kompleks dan multidimensional di setiap daerah. Upaya pengentasan kemiskinan agaknya dilakukan secara komprehensif, mencakup berbagai aspek kehidupan masyarakat, dan dilaksanakan secara terpadu.

Kemiskinan harus menjadi sebuah tujuan utama dari penyelesaian masalah-masalah yang dihadapi oleh negara Indonesia, karena aspek dasar yang dapat dijadikan acuan keberhasilan pembangunan ekonomi adalah teratasinya masalah kemiskinan.

Kemiskinan secara asal penyebabnya terbagi menjadi 2 macam. Pertama adalah kemiskinan kultural, yaitu kemiskinan yang disebabkan oleh adanya faktor-faktor adat atau budaya suatu daerah tertentu yang membelenggu seseorang atau sekelompok masyarakat tertentu sehingga membuatnya tetap melekat dengan kemiskinan. Kemiskinan seperti ini bisa dihilangkan atau bisa dikurangi dengan mengabaikan faktor-faktor yang menghalanginya untuk melakukan perubahan ke arah tingkat kehidupan yang lebih baik. Kedua adalah kemiskinan struktural, yaitu kemiskinan yang terjadi sebagai akibat ketidakberdayaan seseorang atau sekelompok masyarakat tertentu terhadap sistem atau tatanan sosial yang tidak adil, karenanya mereka berada pada posisi tawar yang sangat lemah dan tidak memiliki akses untuk mengembangkan dan membebaskan diri mereka sendiri dari perangkap kemiskinan atau dengan perkataan lain "seseorang atau sekelompok masyarakat menjadi miskin karena mereka miskin".

Secara konseptual, kemiskinan dapat dibedakan menurut kemiskinan relatif dan kemiskinan absolut, di mana perbedaannya terletak pada standar penilaiannya. Standar penilaian kemiskinan relatif merupakan standar kehidupan yang ditentukan dan ditetapkan secara subyektif oleh masyarakat setempat dan bersifat lokal serta mereka yang berada di bawah standar penilaian tersebut dikategorikan sebagai miskin secara relatif. Standar penilaian kemiskinan secara absolut merupakan standar kehidupan minimum yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang diperlukan, baik makanan maupun non makanan. Standar kehidupan minimum untuk memenuhi kebutuhan dasar ini disebut sebagai garis kemiskinan.

Pemberantasan kemiskinan merupakan tantangan global terbesar yang dihadapi dunia saat ini. Berbagai program pemberantasan kemiskinan dirancang dan diterapkan di berbagai negara baik negara maju maupun negara berkembang. Terbentuknya *Sustainable Development Goals* (SDGs) sebagai pengganti *Millenium Development Goals* (MDGs) merupakan agenda pembangunan pasca MDGs yang berakhir tahun 2015. Target yang pertama dari SDGs adalah mengakhiri kemiskinan, dengan beberapa indikator pendukung antara lain menurunkan jumlah orang yang hidup kurang dari \$1,25 per hari. Indikator lain yang terkait dalam mengakhiri kemiskinan antara lain melindungi orang yang miskin dan rentan dengan sistem perlindungan sosial.

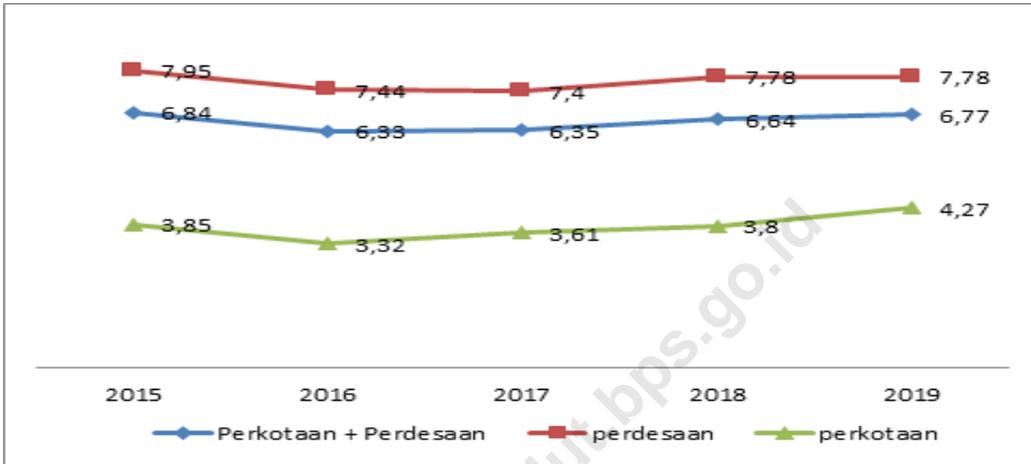
Perkembangan Penduduk Miskin

Penduduk miskin di Maluku Utara secara total menunjukkan tren kecenderungan stagnan selama periode 2015-2019 (keadaan bulan Maret). Tahun 2015, jumlah penduduk miskin sebesar 79,9 ribu jiwa atau 6,84 persen dari jumlah seluruh penduduk Maluku Utara. Hingga Maret tahun 2019 jumlah penduduk miskin naik menjadi 84,6 ribu jiwa atau 6,77 persen dari jumlah penduduk.

Jika ditinjau berdasarkan tipe daerah tempat tinggal, penduduk miskin lebih banyak tinggal di daerah perdesaan dibanding daerah perkotaan. Tahun 2015, jumlah penduduk miskin yang tinggal di daerah perkotaan sebesar 67,65

ribu jiwa atau 7,95 persen dari total penduduk tetapi di tahun 2019 meningkat menjadi 69,28 ribu jiwa tetapi persentase terhadap jumlah penduduk menurun menjadi sebesar 7,78 persen. Sementara itu, jumlah penduduk miskin di daerah perkotaan tahun 2015 sebesar 12,25 ribu jiwa atau 3,85 persen dari total penduduk dan di tahun 2019 meningkat menjadi 15,32 juta jiwa (4,27 persen).

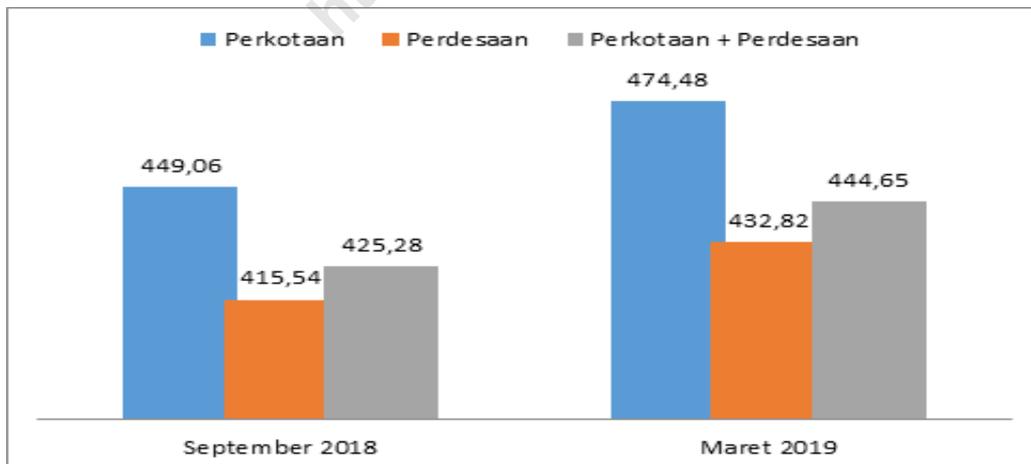
Gambar 4.24 Persentase Penduduk Miskin di Maluku Utara, 2015 – 2019 (Maret)



Sumber : Tabel Dinamis Persentase Penduduk Miskin 2019 dan Berita resmi Statistik Kemiskinan Maret 2017

Garis Kemiskinan (GK), Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1), Indeks Keparahan Kemiskinan (P2)

Gambar 4.25 Garis Kemiskinan Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, 2018 - 2019 (Ribu Rupiah/Kapita/Bulan)



Sumber : Tabel Dinamis Persentase Penduduk Miskin 2019 dan Berita resmi Statistik Kemiskinan Maret 2017

Garis Kemiskinan digunakan sebagai batas untuk mengelompokkan penduduk miskin dan tidak miskin. Penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per bulan di bawah garis kemiskinan. Garis kemiskinan Maluku

Utara mengalami peningkatan selama periode 2018-2019, tahun 2018 sebesar 276,82 ribu rupiah dan di tahun 2019 sebesar 344,427 ribu rupiah. Garis kemiskinan di daerah perkotaan lebih tinggi dibanding daerah perdesaan. Selisih garis kemiskinan antara daerah perkotaan dan perdesaan tahun 2018-2019 adalah sebesar 19,37 ribu rupiah 444,65 ribu rupiah di Maret 2019. dan 425,28 ribu rupiah di September 2018.

Indeks kedalaman kemiskinan (P1) merupakan ukuran rata-rata kesenjangan pengeluaran masing-masing penduduk miskin terhadap garis kemiskinan. Selama periode 2015 – 2019 P1 mengalami fluktuasi, di mana nilai tahun 2015 sebesar 0,7, kemudian meningkat cukup tinggi di tahun 2017 menjadi 0,67, kemudian kembali turun pada tahun 2019 sebesar 0,53. Nilai P1 yang semakin rendah menunjukkan rata-rata pengeluaran penduduk miskin terhadap garis kemiskinan semakin dekat. Diharapkan dengan nilai P1 yang semakin kecil, penduduk miskin yang mendekati garis kemiskinan dapat terangkat dari kondisi miskin. Jika ditinjau berdasarkan daerah tempat tinggal, P1 di daerah perdesaan lebih tinggi dibanding daerah perkotaan. Hal ini mencerminkan masih banyak penduduk miskin di perdesaan yang rata-rata pengeluarannya lebih jauh dari garis kemiskinan dibanding penduduk miskin di perkotaan. Dengan demikian, upaya penanggulangan kemiskinan dapat lebih diprioritaskan di daerah perdesaan untuk dapat membebaskan penduduk dengan kondisi miskin “terlalu dalam”.

Gambar 4.26 Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1) Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, 2015 – 2019

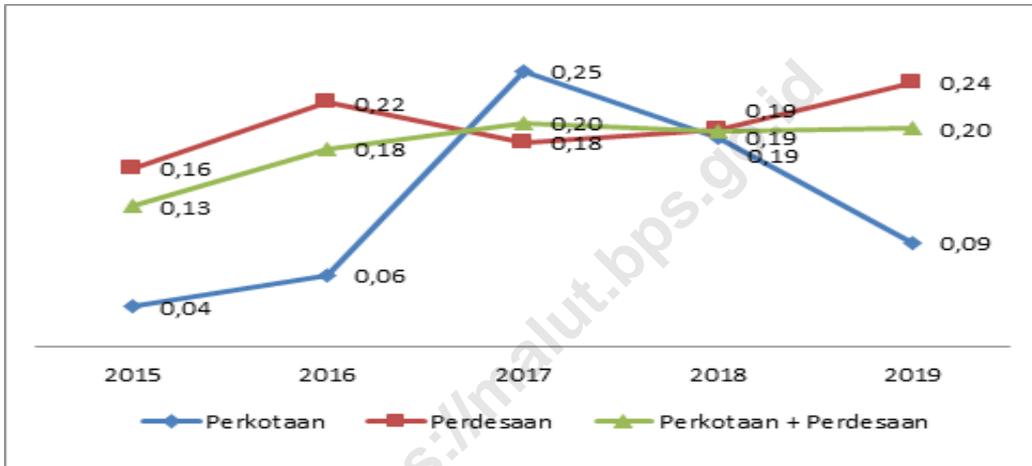


Sumber : Profil Kemiskinan Maluku Utara, 2019

Indeks keparahan kemiskinan (P2) menggambarkan sebaran pengeluaran di antara penduduk miskin. Sama halnya dengan P1, P2 juga mengalami fluktuasi, di mana pada tahun 2016 meningkat jika dibandingkan 2015, namun pada 2017 kembali mengalami penurunan dan cenderung stagnan hingga 2019. Penurunan nilai indeks menunjukkan ketimpangan pengeluaran di antara penduduk miskin semakin kecil. Semakin tinggi nilai indeks, semakin tinggi ketimpangan pengeluaran di antara penduduk miskin.

Nilai P2 di daerah perdesaan lebih tinggi dibanding daerah perkotaan. Hal ini menunjukkan ketimpangan pengeluaran diantara penduduk miskin yang tinggal di daerah perdesaan lebih tinggi dibanding penduduk miskin yang tinggal di perkotaan. Pada tahun 2019, ketimpangan pengeluaran pada penduduk perdesaan adalah sebesar 0,24, naik 0,05 poin daripada tahun sebelumnya. Namun demikian ketimpangan pengeluaran diantara penduduk miskin yang tinggal di daerah perkotaan pada tahun 2017 lebih tinggi daripada penduduk perdesaan, yakni sebesar cukup tinggi, yaitu mencapai 0,25 dan hingga 2019 kembali menurun hingga 0,16 poin.

Gambar 4.27 Indeks Keparahan Kemiskinan (P2) Menurut Tipe Daerah di Maluku Utara, 2015 – 2019



Sumber : Profil Kemiskinan Maluku Utara, 2019

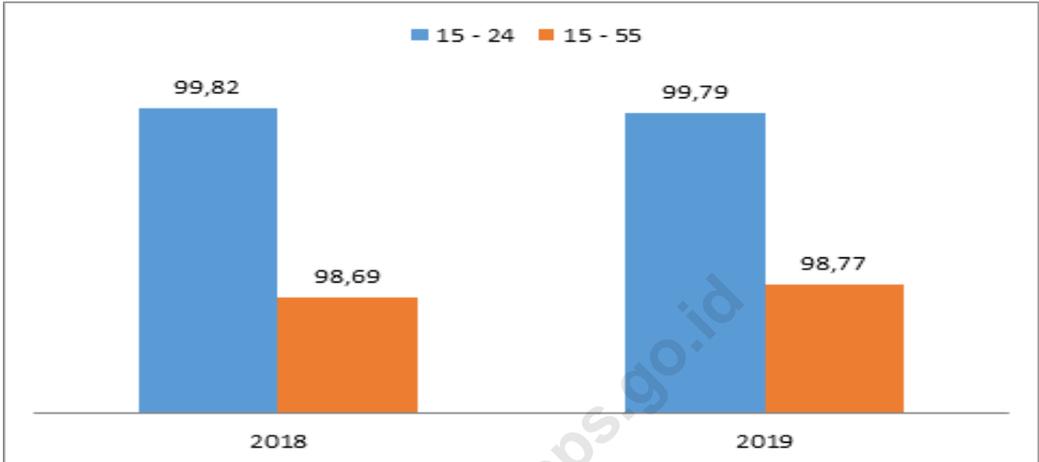
Karakteristik Pendidikan

Perbaikan tingkat pendidikan memegang peranan penting dalam upaya pemberantasan kemiskinan. Kepala rumah tangga dengan tingkat pendidikan yang baik cenderung mengupayakan anggota rumah tangga yang dipimpinnya juga memiliki tingkat pendidikan yang baik. Dengan demikian, semakin tinggi tingkat pendidikan kepala rumah tangga cenderung akan memiliki tingkat pendapatan yang semakin tinggi, dan semakin kecil kemungkinan rumah tangga tersebut berada dalam kondisi miskin. Hal yang perlu diperhatikan dalam menangani pengentasan kemiskinan selain pendidikan kepala rumah tangga yaitu pendidikan anak dari rumah tangga miskin. Anak dalam rumah tangga miskin apabila diberi kesempatan menempuh pendidikan yang memadai maka besar kemungkinan untuk keluar dari kemiskinannya di masa depan.

Salah satu indikator pendidikan adalah Angka Melek Huruf (AMH). AMH menggambarkan proporsi penduduk miskin yang dapat membaca dan menulis kalimat sederhana dalam aksara tertentu. Dalam publikasi ini AMH dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok usia 15 – 24 tahun dan usia 15 – 55 tahun. Pada tahun 2019 AMH penduduk miskin usia 15 – 24 tahun yaitu 99,79, artinya diyakini bahwa sebagian besar penduduk miskin usia 15 – 24 tahun di Maluku Utara dapat membaca dan menulis dengan kalimat sederhana. Angka ini mengalami sedikit penurunan jika

dibandingkan dengan AMH usia 15 – 24 tahun pada tahun 2018 yaitu sebesar 99,82. Sementara untuk kelompok usia 15 – 55 tahun, AMH penduduk miskin pada tahun 2019 adalah sebesar 98,77 naik 0,08 poin jika dibandingkan dengan tahun 2018.

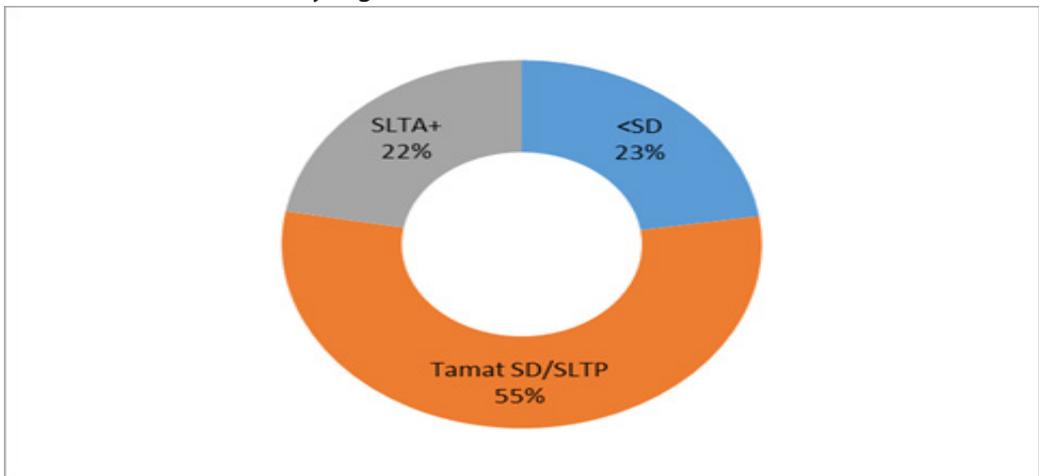
Gambar 4.28 Angka Melek Huruf Penduduk Miskin Maluku Utara, 2018 – 2019



Sumber : Profil Kemiskinan Maluku Utara, 2019

Selain AMH, indikator pendidikan lainnya adalah pendidikan yang ditamatkan oleh penduduk miskin usia 15 tahun ke atas di Maluku Utara. Pada Tahun 2019, pendidikan yang paling banyak ditamatkan oleh penduduk miskin di Maluku Utara berada pada jenjang SD/SMP yakni sebesar 55,32 persen. Sedangkan untuk jenjang pendidikan SMA ke atas yang ditamatkan hanya sebesar 22,12 persen, lebih kecil daripada penduduk miskin yang tidak menamatkan SD atau bahkan tidak pernah sekolah, yaitu sebesar 22,56 persen.

Gambar 4.29 Persentase Penduduk Miskin Usia 15 tahun keAtas Menurut Pendidikan yang Ditamatkan di Maluku Utara Tahun 2019



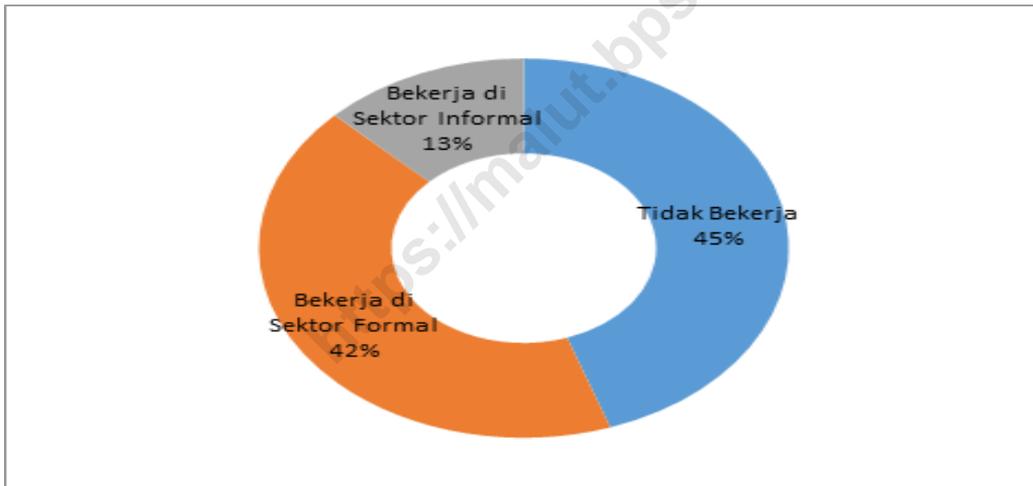
Sumber : Profil Kemiskinan Maluku Utara, 2019

Terkait hal tersebut, penduduk miskin usia 15 tahun ke atas di Maluku Utara yang bekerja 36,57 persen penduduk miskin bekerja pada sektor pertanian, sementara 18,73 persen bekerja bukan pada sektor pertanian pada tahun 2019. Hal ini sejalan dengan tingginya angka kemiskinan pada penduduk perdesaan, dimana mayoritas penduduk perdesaan di Maluku Utara bekerja pada sektor pertanian.

Karakteristik Ketenagakerjaan

Indikator kedua setelah pendidikan yang dapat digunakan untuk melihat karakteristik rumah tangga miskin yaitu ketenagakerjaan. Persentase penduduk miskin yang tidak bekerja di Maluku Utara mencapai 44,70 persen pada tahun 2019. Angka ini termasuk penduduk yang berstatus pengangguran dan bukan angkatan kerja. Sementara itu, sebesar 42,65 persen penduduk miskin di Maluku Utara bekerja pada sektor informal. Kemudian sebesar 12,65 persen penduduk miskin Maluku Utara bekerja pada sektor formal.

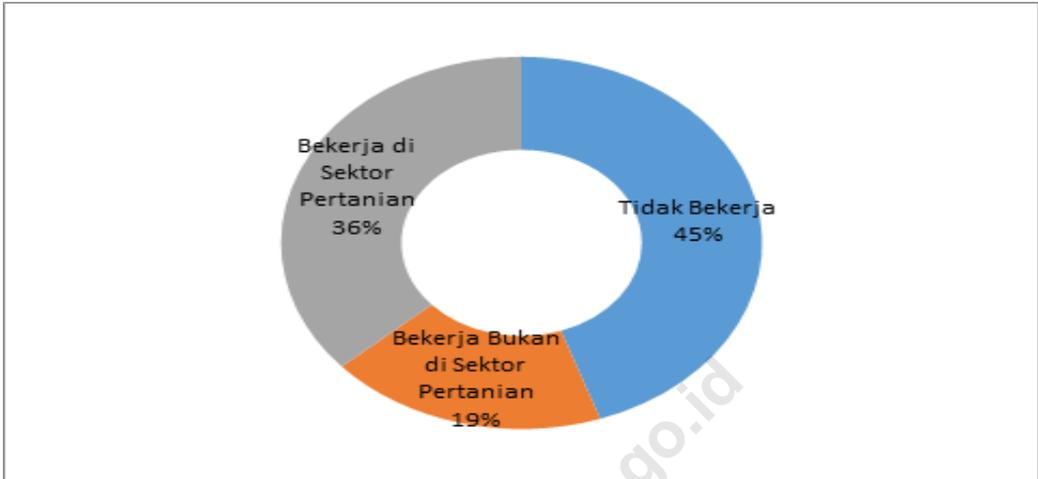
Gambar 4.30 Penduduk Miskin Usia 15 Tahun ke Atas Menurut Status Bekerja di Maluku Utara, 2019



Sumber : Profil Kemiskinan Maluku Utara, 2019

Persentase penduduk miskin yang bekerja di sektor pertanian pada tahun 2019 mencapai 36,57 persen, sementara penduduk yang tidak bekerja pada sektor pertanian adalah sebanyak 18,73 persen. Tingginya angka penduduk miskin yang tidak bekerja pada sektor pertanian di tahun 2019 umumnya dikarenakan adanya pergeseran musim panen dan turunnya harga kopra yang menyebabkan penduduk yang bekerja pada sektor pertanian tidak bekerja untuk sementara waktu.

Gambar 4.31 Penduduk Miskin Usia 15 Tahun ke Atas Menurut Bidang Pekerjaan di Maluku Utara 2019

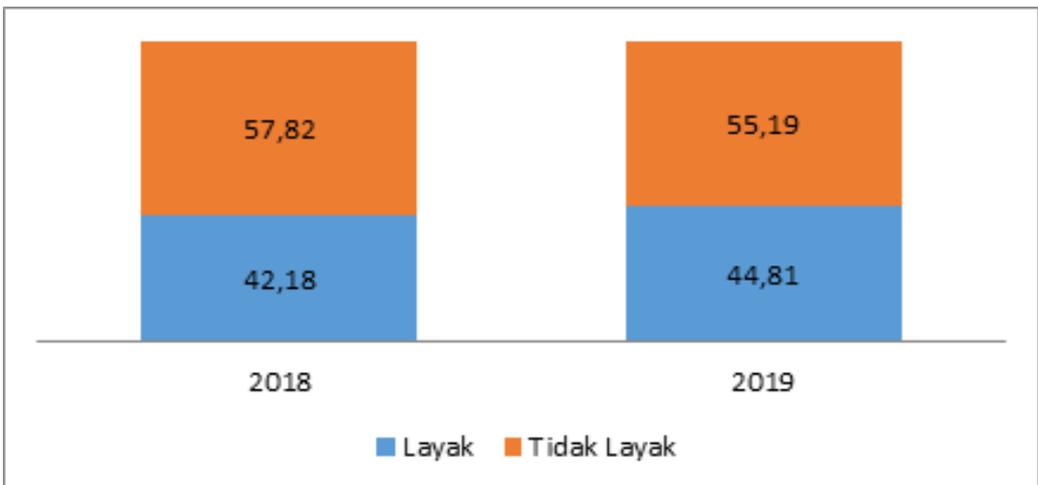


Sumber : Profil Kemiskinan Maluku Utara, 2019

Karakteristik Perumahan

Karakteristik rumah tangga miskin yang tak kalah penting untuk diperhatikan selain pendidikan dan ketenagakerjaan adalah perumahan. Rumah tangga miskin memiliki rata-rata jumlah anggota rumah tangga yang besar. Tingginya anggota rumah tangga pada rumah tangga miskin menimbulkan persoalan baru mengenai pengelolaan wilayah perumahan bahkan sanitasi yang dimiliki. Rumah tangga miskin cenderung mengalami permasalahan pada pengelolaan sanitasi.

Gambar 4.32 Persentase Penduduk Miskin yang Menggunakan Air Layak di Maluku Utara Tahun 2018 – 2019

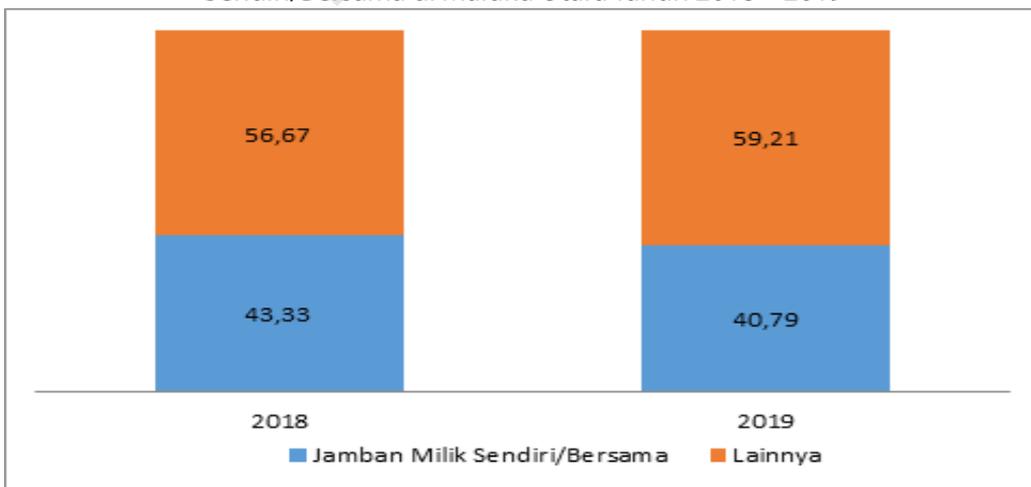


Sumber : Profil Kemiskinan Maluku Utara, 2019

Ketersediaan fasilitas air minum dan jamban merupakan beberapa karakteristik perumahan yang perlu mendapat perhatian. Di Maluku Utara, pada tahun 2019 persentase rumah tangga yang mengakses air layak hanya 44,81 persen. Namun demikian angka ini lebih tinggi 2,63 persen daripada tahun 2018 yang sebesar 42,18 persen. Air minum yang berkualitas (layak) adalah air minum yang terlindung meliputi air ledeng (keran), keran umum, hydrant umum, terminal air, penampungan air hujan (PAH) atau mata air dan sumur terlindung, sumur bor atau sumur pompa, yang jaraknya minimal 10 m dari pembuangan kotoran, penampungan limbah dan pembuangan sampah. Tidak termasuk air kemasan, air dari penjual keliling, air yang dijual melalui tanki, air sumur dan mata air tidak terlindung (<https://sirusa.bps.go.id>).

Selain ketersediaan air minum layak, ketersediaan sanitasi untuk setiap rumah tangga miskin di Maluku Utara juga masih belum memadai. Jamban merupakan salah satu sarana perumahan yang sedianya harus dimiliki oleh seluruh rumah tangga. Penggunaan jamban yang tidak sesuai standar kesehatan akan berdampak buruk pada kesehatan anggota rumah tangga. Penggunaan jamban di masyarakat terbagi menjadi jamban milik sendiri dan jamban bersama yang digunakan secara terbatas oleh dua hingga empat rumah tangga saja, jamban umum yang diperuntukkan secara umum dan tidak memiliki jamban. Penduduk miskin Maluku Utara yang menggunakan fasilitas jamban sendiri/bersama hanya sebesar 40,79 persen, angka ini lebih rendah jika dibandingkan dengan tahun 2018 yang mencapai 43,33 persen. Penduduk miskin perdesaan umumnya tidak memiliki fasilitas jamban sendiri/bersama dekat tempat pembuangan yang cenderung tidak layak. Hal ini cukup mengkhawatirkan jika dikaitkan dengan kondisi air bersih yang secara umum masih kurang layak.

Gambar 4.33 Persentase Penduduk Miskin yang Menggunakan Jamban Milik Sendiri/Bersama di Maluku Utara Tahun 2018 – 2019



Sumber : Profil Kemiskinan Maluku Utara, 2019

4.8. Sosial Lainnya

Selain aspek kependudukan, kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, konsumsi dan perumahan, masih ada indikator sosial lainnya yang tidak termasuk dalam enam aspek tersebut yang juga mencerminkan kesejahteraan. Indikator tersebut diantaranya: persentase penduduk yang melakukan berpagian, persentase penduduk yang menguasai media teknologi komunikasi dan informasi seperti telepon seluler dan komputer, persentase rumah tangga yang mendapatkan pelayanan kesehatan gratis, serta persentase penduduk yang menjadi korban kejahatan.

Akses pada Teknologi Informasi dan Komunikasi

Dengan semakin berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi, sarana komunikasi tidak kalah pesat perkembangannya. Penggunaan telepon seluler sebagai sarana atau alat komunikasi pada saat ini lebih populer di kalangan masyarakat dibandingkan telepon biasa, meskipun harga telepon seluler maupun pulsanya lebih mahal. Telepon seluler banyak diminati karena lebih praktis dibawa ke mana saja sehingga memudahkan pengguna berkomunikasi di manapun berada dengan ditunjang oleh jangkauan jaringan yang semakin meluas.

Perkembangan dunia Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) yang pesat sekarang ini sangat terlihat jelas pada peningkatan penggunaan alat komunikasi seperti telepon seluler dan komputer. Perkembangan telepon seluler yang cukup pesat menyebabkan masyarakat cenderung memilih telepon seluler karena praktis dapat dibawa kemana-mana, lebih bersifat pribadi, tersedianya kecanggihan teknologi dalam telepon seluler untuk mengakses internet, menyimpan dan mendengarkan musik, menyimpan gambar (foto) dan video, serta merekam gambar dan suara, dan lain-lain. Jika dilihat menurut jenis kelamin, penduduk laki-laki lebih banyak menggunakan telepon seluler dibandingkan penduduk perempuan. Hal yang sama juga terlihat dalam penggunaan PC/komputer, dimana pada tahun 2019 terdapat 11,91 persen penduduk laki-laki yang menggunakan PC/komputer, sedangkan penduduk perempuan hanya sebesar 10,58 persen.

Tabel 4.8 Persentase Penduduk yang Mempunyai Akses Teknologi Informasi dan Komunikasi Menurut Jenis Alat Komunikasi dan Informasi, 2018-2019

Alat Komunikasi	Laki-laki		Perempuan		Laki-laki + Perempuan	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Telepon Seluler (HP)/ Nirkabel	66,26	66,00	63,72	62,62	65,02	64,35
PC/Komputer, Laptop/ Notebook, Tablet	15,24	11,91	14,78	10,58	15,01	11,26

Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Penerima Jaminan Sosial

Hasil Susenas 2019 menunjukkan bahwa rumah tangga yang menerima jaminan sosial paling banyak menggunakan jaminan pensiun/veteran (10,03 persen). Hal ini disebabkan kategori ini mencakup pelayanan kesehatan gratis yang didapat dari fasilitas BPJS Kesehatan bagi pegawai negeri sipil/pensiunan. Sementara itu pemanfaatan jaminan/asuransi kematian menunjukkan persentase sebesar 8,47 persen. Rumah tangga yang memanfaatkan asuransi kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan Pesangon Pemutusan Hubungan Kerja (PHK), masing-masing sebanyak 8,30 persen, 7,70 persen dan 3,21 persen.

Tabel 4.9 Persentase Rumah Tangga yang Memiliki atau Menerima Jaminan Sosial dalam Setahun Terakhir, 2018-2019

Indikator	2018	2019
(1)	(2)	(3)
Jaminan pensiun/veteran	10,13	10,03
Jaminan hari tua	8,20	7,70
Asuransi kecelakaan kerja	8,56	8,30
Jaminan asuransi kematian	8,37	8,47
Pesangon pemutusan hubungan kerja (PHK)	2,74	3,21

Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Tindak Kejahatan

Selain bantuan kredit usaha dan pelayanan kesehatan gratis, tingkat keamanan wilayah juga dapat digunakan sebagai ukuran kesejahteraan masyarakat. Tingginya persentase korban tindak kejahatan mengindikasikan masih kurangnya tingkat kesejahteraan masyarakat di wilayah tersebut sehingga mendorong pelaku untuk melakukan tindak kejahatan. Penduduk yang termasuk dalam korban kejahatan yang dicakup dalam Susenas 2019 ini adalah semua bentuk korban kejahatan kecuali kejahatan kasus pembunuhan karena yang bersangkutan sudah tidak menjadi anggota rumah tangga lagi.

Tabel 4.10 Persentase Penduduk yang Pernah Menjadi Korban Kejahatan, 2018-2019

Tahun	Daerah Tempat Tinggal		
	Perkotaan	Perdesaan	Perkotaan+ Perdesaan
(1)	(2)	(3)	(4)
2018	2,57	1,03	1,47
2019	1,70	1,01	1,21

Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

Selama tahun 2019 penduduk yang menjadi korban kejahatan mengalami penurunan sebesar 0,26 persen menjadi 1,21 persen dibanding tahun 2018 yang mencapai dari 1,47 persen. Hal ini disebabkan adanya penurunan yang terjadi di perkotaan sebesar 0,87 persen menjadi 1,70 persen dibanding tahun 2018 yang mencapai dari 2,57 persen. Sebaliknya penduduk perdesaan yang menjadi korban kejahatan mengalami penurunan yang relatif tidak berarti sebesar 0,02 persen menjadi 1,01 persen dibanding tahun sebelumnya yang mencapai 1,03 persen. Selama tahun 2018-2019 tingkat keamanan di wilayah perdesaan relatif lebih baik dibandingkan wilayah perkotaan, dimana korban tindak kejahatan lebih banyak ditemui di daerah perkotaan.

<https://malut.bps.go.id>

Halaman ini sengaja dikosongkan

<https://malut.bps.go.id>

<https://malut.bps.go.id>

L

LAMPIRAN



LAMPIRAN 1

Kabupaten/ Kota	Penduduk Maluku Utara					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Halmahera Barat	108 769	110 717	112 722	114 502	116 513	118 287
H a l m a h e r a Tengah	48 414	49 807	51 315	52 813	54 190	55 728
Kepulauan Sula	93 435	95 285	97 177	99 196	100 967	102 886
H a l m a h e r a Selatan	215 791	219 836	223 460	227 280	231 217	235 090
Halmahera Utara	176 573	180 100	183 596	187 104	190 531	193 851
Halmahera Timur	82 914	85 188	87 680	90 070	92 618	95 005
Pulau Morotai	59 102	60 727	62 412	64 001	65 573	67 284
Pulau Taliabu	50 067	50 709	51 316	51 928	52 503	53 018
Ternate	207 789	212 997	218 028	223 111	228 105	233 208
T i d o r e Kepulauan	95 813	96 979	98 206	99 337	100 415	101 414
Maluku Utara	1 138 667	1 162 345	1 185 912	1 209 342	1 232 632	1 255 771

Sumber : Proyeksi Sensus Penduduk Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara 2014 – 2019, Badan Pusat Statistik

LAMPIRAN 2

Kabupaten/Kota	Laju Pertumbuhan Penduduk Maluku (persen)		
	2017	2018	2019
(1)	(2)	(3)	(4)
Halmahera Barat	1,98	1,93	1,88
Halmahera Tengah	1,58	1,76	1,52
Kepulauan Sula	2,92	2,61	2,84
Halmahera Selatan	2,08	1,79	1,90
Halmahera Utara	1,71	1,73	1,68
Halmahera Timur	1,91	1,83	1,74
Pulau Morotai	2,73	2,83	2,58
Pulau Taliabu	2,55	2,46	2,61
Ternate	1,19	1,11	0,98
Tidore Kepulauan	2,33	2,24	2,24
Maluku Utara	1,15	1,09	0,99

Sumber : Proyeksi Sensus Penduduk Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara 2015 – 2019, Badan Pusat Statistik

LAMPIRAN 3

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk		Rasio Jenis Kelamin
	Laki-laki	Perempuan	
(1)	(2)	(3)	(4)
Halmahera Barat	60 416	57 871	104,40
Halmahera Tengah	28 480	27 248	104,52
Kepulauan Sula	52 085	50 801	102,53
Halmahera Selatan	119 405	115 685	103,22
Halmahera Utara	98 998	94 853	104,37
Halmahera Timur	49 757	45 248	109,97
Pulau Morotai	34 482	32 802	105,12
Pulau Taliabu	26 988	26 030	103,68
Ternate	118 448	114 760	103,21
Tidore Kepulauan	51 133	50 281	101,69
Maluku Utara	64 0192	615 579	104,00

Sumber : Proyeksi Sensus Penduduk Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara 2015 – 2019, Badan Pusat Statistik

LAMPIRAN 4

Kabupaten/Kota	Persentase Perempuan Berumur 10 + Menurut Usia Perkawinan Pertama, 2019				
	≤16	17-18	19-20	21+	Total
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Halmahera Barat	11,10	24,37	21,78	42,75	100
H a l m a h e r a Tengah	11,24	19,17	28,05	41,53	100
Kepulauan Sula	8,79	19,40	23,25	48,56	100
H a l m a h e r a Selatan	13,10	21,47	27,64	37,78	100
Halmahera Utara	11,40	19,54	30,45	38,61	100
Halmahera Timur	12,08	24,20	25,29	38,43	100
Pulau Morotai	12,43	20,28	27,65	39,65	100
Pulau Taliabu	9,01	25,62	28,78	36,59	100
Ternate	6,10	14,62	25,70	53,58	100
Tidore Kepulauan	8,78	12,09	23,54	55,60	100
Maluku Utara	10,32	19,51	26,32	43,85	100

Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

LAMPIRAN 5

Kabupaten/Kota	Persentase Penduduk Perempuan Berumur 15-49 Tahun yang Pernah Melahirkan dalam 2 Tahun Terakhir menurut kab/kota Dan Berat Badan Anak Lahir Hidup Ketika dilahirkan, 2019			
	< 2,5 Kg	>= 2,5 Kg	Tidak Ditimbang	Tidak Tahu Ditimbang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Halmahera Barat	22,60	69,17	5,49	2,74
Halmahera Tengah	17,65	61,43	11,86	9,05
Kepulauan Sula	8,87	47,26	32,21	11,65
Halmahera Selatan	13,77	55,04	20,94	10,25
Halmahera Utara	23,15	57,67	13,17	6,01
Halmahera Timur	22,90	67,78	5,59	3,73
Pulau Morotai	26,70	52,26	6,12	14,91
Pulau Taliabu	14,29	34,93	38,81	11,97
Ternate	5,75	89,39	2,63	2,23
Tidore Kepulauan	9,17	82,92	3,00	4,91
Maluku Utara	15,23	65,46	12,63	6,68

Sumber : Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

LAMPIRAN 6

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Komponen Penyusunnya Menurut kab/kota, 2019					
Kabupaten/Kota	Usia Harapan Hidup (UHH)	Expected Years of Schooling (EYS)	Mean Years of schooling (MYS)	Pengeluaran Per Kapita yang Disesuaikan (000)	IPM
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Halmahera Barat	66,13	13,08	8,12	7 660	65,34
Halmahera Tengah	63,65	12,94	8,79	8 258	65,55
Kepulauan Sula	63,18	12,73	8,73	7 221	63,64
Halmahera Selatan	65,75	12,77	7,92	7 298	64,11
Halmahera Utara	69,47	13,59	8,38	7 713	67,75
Halmahera Timur	68,64	12,74	8,06	8 127	66,74
Pulau Morotai	66,99	12,43	7,1	6 655	62,38
Pulau Taliabu	61,95	12,58	7,46	6 659	60,62
Ternate	70,85	15,73	11,58	13 632	80,03
Tidore Kepulauan	69,22	14,2	9,64	8 608	70,83
Maluku Utara	68,18	13,63	9,00	8 308	68,70

Sumber : Indeks Pembangunan Manusia 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

LAMPIRAN 7

Kabupaten/Kota	UHH Menurut Jenis Kelamin, 2019 (Tahun)		
	Laki-laki	Perempuan	Total
(1)	(2)	(3)	(4)
Halmahera Barat	64,13	68,02	65,34
Halmahera Tengah	61,69	65,49	65,55
Kepulauan Sula	61,24	65,02	63,64
Halmahera Selatan	63,77	67,63	64,11
Halmahera Utara	67,44	71,38	67,75
Halmahera Timur	66,61	70,57	66,74
Pulau Morotai	64,98	68,9	62,38
Pulau Taliabu	60,04	63,76	60,62
Ternate	68,84	72,75	80,03
Tidore Kepulauan	67,2	71,14	70,83
Maluku Utara	66,25	70,17	68,70

Sumber : Indeks Pembangunan Manusia 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

LAMPIRAN 8

Kabupaten/Kota	Harapan Lama Sekolah Menurut Jenis Kelamin, 2019 (Tahun)		
	Laki-laki	Perempuan	Total
(1)	(2)	(3)	(4)
Halmahera Barat	12,96	13,09	13,08
Halmahera Tengah	13,11	12,69	12,94
Kepulauan Sula	12,95	12,72	12,73
Halmahera Selatan	12,8	12,47	12,77
Halmahera Utara	13,68	13,22	13,59
Halmahera Timur	13,06	12,61	12,74
Pulau Morotai	11,85	12,43	12,43
Pulau Taliabu	12,16	12,58	12,58
Ternate	15,61	15,86	15,73
Tidore Kepulauan	14,15	14,24	14,20
Maluku Utara	13,71	13,63	13,63

Sumber : Indeks Pembangunan Manusia 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

LAMPIRAN 9

Kabupaten/Kota	Rata – Rata Lama Sekolah Menurut Jenis Kelamin, 2019 (Tahun)		
	Laki-laki	Perempuan	Total
(1)	(2)	(3)	(4)
Halmahera Barat	8,86	7,83	8,12
Halmahera Tengah	9,3	8,58	8,79
Kepulauan Sula	9,13	8,44	8,73
Halmahera Selatan	8,49	7,34	7,92
Halmahera Utara	8,96	7,9	8,38
Halmahera Timur	8,65	7,61	8,06
Pulau Morotai	7,65	6,53	7,10
Pulau Taliabu	7,86	7,07	7,46
Ternate	12,02	11,26	11,58
Tidore Kepulauan	10,28	9,42	9,64
Maluku Utara	9,44	8,55	9,00

Sumber : Indeks Pembangunan Manusia 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

LAMPIRAN 10

Kabupaten/Kota	Pengeluaran Per Kapita yang disesuaikan Menurut Jenis Kelamin, 2019 (000 rupiah)		
	Laki-laki	Perempuan	Total
(1)	(2)	(3)	(4)
Halmahera Barat	11 152	5 932	7 660
Halmahera Tengah	11 308	6 656	8 258
Kepulauan Sula	9 664	6 762	7 221
Halmahera Selatan	10 985	5 617	7 298
Halmahera Utara	11 650	6 873	7 713
Halmahera Timur	12 632	4 526	8 127
Pulau Morotai	11 291	2 417	6 655
Pulau Taliabu	11 764	4 588	6 659
Ternate	18 184	10 683	13 632
Tidore Kepulauan	10 170	8 294	8 608
Maluku Utara	12 662	7 094	8 308

Sumber : Indeks Pembangunan Manusia 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

LAMPIRAN 11

Kabupaten/Kota	IPM, 2019		IPG, 2019
	Laki-laki	Perempuan	
(1)	(2)	(3)	(4)
Halmahera Barat	70,16	61,88	88,2
Halmahera Tengah	69,7	62,46	89,61
Kepulauan Sula	67,59	62,28	92,14
Halmahera Selatan	69,23	59,95	86,6
Halmahera Utara	73,06	65,28	89,35
Halmahera Timur	72,44	58,97	81,41
Pulau Morotai	68,05	47,54	69,86
Pulau Taliabu	66,55	55,62	83,58
Ternate	83,52	76,92	92,1
Tidore Kepulauan	73,52	69,94	95,13
Maluku Utara	73,89	66,21	89,61

Sumber : Indeks Pembangunan Manusia 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

LAMPIRAN 12

Kabupaten/Kota	TPAK			TPT		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Halmahera Barat	68,5	65,3	63,04	2,19	3,26	3,39
Halmahera Tengah	61,06	65,23	65,17	3,95	4,59	4,1
Kepulauan Sula	60,72	64,91	64,8	5,86	5,34	4,93
Halmahera Selatan	67,53	72,71	69,93	4,68	4,08	4,58
Halmahera Utara	59,04	61,65	58,5	4,92	5,01	5,89
Halmahera Timur	71,36	73,28	66,89	4,36	3,58	4,48
Pulau Morotai	63,5	62,09	66,48	6,11	5,98	4,92
Pulau Taliabu	70,82	73,75	74,43	6,69	5,48	4,79
Ternate	60,03	57,48	61,06	7,71	5,91	6,06
Tidore Kepulauan	60,89	65,16	65,11	5,95	4,97	4,65
Maluku Utara	63,65	65,21	64,49	5,33	4,77	4,97

Sumber : Keadaan Angkatan Kerja di Maluku Utara Agustus 2017 - 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

LAMPIRAN 13

Kabupaten/Kota	Rasio Gini, 2019		
	2017	2018	2019
(1)	(2)	(3)	(4)
Halmahera Barat	0,24	0,27	0,25
Halmahera Tengah	0,29	0,27	0,29
Kepulauan Sula	0,27	0,27	0,29
Halmahera Selatan	0,24	0,27	0,26
Halmahera Utara	0,27	0,28	0,24
Halmahera Timur	0,24	0,28	0,28
Pulau Morotai	0,32	0,27	0,28
Pulau Taliabu	0,24	0,27	0,24
Ternate	0,28	0,34	0,27
Tidore Kepulauan	0,23	0,3	0,26
Maluku Utara	0,32	0,31	0,31

Sumber : Tabel Dinamis Kemiskinan 2017 - 2019, BPS Provinsi Maluku Utara

DARTAR PUSTAKA

Ali, A., & Ahmad, K. (2014). *The Impact of Socio-Economic Factors on Life Expectancy for Sultanate of Oman: An Empirical Analysis*, (66085). Retrieved from <https://mpr.aub.uni-muenchen.de/70871/>

Andersen, & Newman. (1995). *Andersen and Newman Framework of Health Services Utilization*.

Badan Pusat Statistik. (2017). *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2017*. Jakarta : Badan Pusat Statistik

Bappenas. (2014). *Penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, 2015–2019*. Jakarta : Bappenas

BPS, BKKBN, Kemenkes, & USAID. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012. Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia*, 266. <https://doi.org/0910383107> [pii]r10.1073/pnas.0910383107

BPS Provinsi Maluku Utara (2019). *Statistik Kesejahteraan Rakyat Maluku Utara 2019*. Ternate : BPS Provinsi Maluku Utara

BPS Provinsi Maluku Utara. (2020). *Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Maluku Utara 2019*. Ternate : BPS Provinsi Maluku Utara

BPS Provinsi Maluku Utara. (2019). *Konsumsi dan Pengeluaran Rumah Tangga Provinsi Maluku Utara Maret 2019*. Ternate : BPS Provinsi Maluku Utara

BPS Provinsi Maluku Utara. (2018). *Konsumsi dan Pengeluaran Rumah Tangga Provinsi Maluku Utara Maret 2018*. Ternate : BPS Provinsi Maluku Utara

BPS Provinsi Maluku Utara. (2019). *Profil Kemiskinan Maluku Utara 2019*. Ternate : BPS Provinsi Maluku Utara

BPS Provinsi Maluku Utara. (2018). *Profil Kemiskinan Maluku Utara 2018*. Ternate : BPS Provinsi Maluku Utara

BPS Provinsi Maluku Utara. (2019). *Keadaan Angkatan Kerja di Povinsi Maluku Utara Agustus 2019*. Ternate : BPS Provinsi Maluku Utara



Braunack-Mayer, A., & Avery, J. C. (2009). Before the consultation: Why people do (or do not) go to the doctor. *British Journal of General Practice*, 59(564), 478–479. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X453495>

Detik.com. (2013). *Angka Kematian Ibu Meningkat, Ini Kata Wamenkes*. Retrieved from https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-2369052/angka-kematian-ibu-meningkat-ini-kata-wamenkes?_ga=2.157165554.856485535.1542332943-1954082151.1541425267&_gac=1.195742302.1542332943.CjwKCAiAz7TfBRAKEiwAz8fKODEnS0xDP4I5Jx8am5YPUq5e527o0GAI6ihhhBWESpy6y3gp_iR3lChocIwCQA_vD_BwE

Dewi, Rahma Yenti (2016). *Analisis Faktor Sosial Ekonomi Yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup Di Indonesia*. Diploma thesis, Universitas Andalas. Kementerian Kesehatan. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI, 2015

Kementerian Kesehatan. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI

Kementerian Kesehatan. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI

Kementerian Kesehatan. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI

Kementerian Kesehatan. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI

Kementerian Kesehatan. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI

Laksono, A.D., Wulandari, R.D., and Soedirham, O., (2019). *Regional Disparities of Health Center Utilization in Rural Indonesia*. *Journal of Public Health Medicine 2019*, Vol. 19 (1): 158-166

Ohemeng, Williams. (2015). *Socio-economic determinants of life expectancy in Nigeria (1980 – 2011)*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/272167448_Socio-economic_determinants_of_life_expectancy_in_Nigeria_1980_-_2011





Pemerintah Provinsi Maluku Utara. (2015). *Rencana Jangka Menengah Provinsi Maluku Utara Tahun 2014-2019*. www.jdih.malutprov.go.id

Perls, Tom, & Ruth, C Fretts. (1997). *Why Women Live Longer Than Men*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/248446318_Why_Women_Live_Longer_Than_Men

<https://malut.bps.go.id>

ISTILAH TEKNIS

Air Minum Bersih

Air yang bersumber dari leding, air kemasan, serta pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung yang jarak ke tempat pembuangan limbah (septic tank) \geq 10 meter.

Angka Beban Tanggungan

Angka yang menyatakan perbandingan antara penduduk usia tidak produktif (di bawah 5 tahun dan 66 tahun ke atas) dengan penduduk usia produktif (antara 15 sampai 64 tahun) dikalikan 100.

Angka Harapan Hidup

Perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas menurut umur.

Angka Kematian Bayi

Probabilitas bayi meninggal sebelum mencapai usia satu tahun (dinyatakan dengan per seribu kelahiran hidup).

Angka Kesakitan

Persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan hingga mengganggu aktivitas sehari-hari.

Angka Melek Huruf

Proporsi penduduk usia 15 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis dalam huruf latin atau lainnya.

Angka Partisipasi Murni

Proporsi anak usia sekolah pada satu kelompok umur tertentu yang bersekolah tepat pada tingkat yang sesuai dengan kelompok umurnya.

Angkatan Kerja

Penduduk usia kerja (15 tahun ke atas) yang bekerja, atau punya pekerjaan namun sementara tidak bekerja, dan yang mencari pekerjaan.

Bekerja

Melakukan kegiatan/pekerjaan dengan maksud untuk memperoleh atau membantu memperoleh pendapatan atau keuntungan, minimal selama satu jam terus-menerus dalam seminggu yang lalu (termasuk pekerja keluarga tanpa upah yang membantu dalam suatu usaha/kegiatan ekonomi). Mereka yang mempunyai pekerjaan tetap tetapi sementara tidak bekerja dianggap



sebagai pekerja. bekerja dianggap sebagai pekerja.

Indeks Gini

Ukuran pemerataan pendapatan yang dihitung berdasarkan kelas pendapatan. Nilai Koefisien Gini terletak antara nol yang mencerminkan pemerataan sempurna dan satu yang menggambarkan ketidakmerataan sempurna.

Jumlah Jam Kerja Seluruhnya

Jumlah jam kerja yang digunakan untuk bekerja (tidak termasuk jam kerja istirahat resmi dan jam kerja yang digunakan untuk hal-hal diluar pekerjaan).

Kepadatan Penduduk

Rata-rata banyaknya penduduk per km².

Lapangan Usaha

Bidangkegiatan daripekerjaan/tempat bekerjadimanaseseseorangbekerja.

Masih Bersekolah

Sedang mengikuti pendidikan di pendidikan dasar, menengah atau tinggi.

Penduduk Usia Kerja

Penduduk yang berumur 15 tahun ke atas.

Pengangguran

Mereka yang termasuk dalam angkatan kerja dan tidak bekerja tetapi mencari pekerjaan.

Pengangguran Terbuka

Mereka yang termasuk pengangguran terbuka adalah mereka yang mencari pekerjaan, mempersiapkan usaha, tidak mencari pekerjaan karena merasa tidak mungkin mendapatkan pekerjaan, serta mereka yang sudah mempunyai pekerjaan tetapi belum mulai bekerja.

Pengeluaran

Pengeluaran untuk makanan dan bukan makanan. Makanan mencakup seluruh jenis makanan termasuk makanan jadi minuman, tembakau dan sirih, bukan makanan mencakup perumahan, sandang, biaya dan kesehatan, sekolah, dan sebagainya.

Pekerja tidak dibayar

Seseorang yang bekerja membantu usaha untuk memperoleh penghasilan/keuntungan yang dilakukan oleh salah satu anggota keluarga rumah tangga atau bahkan anggota rumah tangga tanpa mendapat gaji.

**Berpergian**

Melakukan perjalanan pergi pulang (PP) sejauh minimal 100 Kilometer dan tidak dalam rangka mencari nafkah dan tidak dilakukan secara rutin.

Rata-rata lama Sekolah

Rata-rata jumlah tahun yang dihabiskan oleh penduduk berusia 15 tahun ke atas untuk menempuh semua jenis pendidikan formal yang pernah dijalani.

Status Pekerjaan

Kedudukan seseorang dalam unit usaha/kegiatan dalam melakukan pekerjaan.

Tamat Sekolah

Menyelesaikan pelajaran pada kelas atau tingkat terakhir suatu jenjang sekolah di sekolah negeri maupun swasta dengan mendapat tanda tamat ijazah.

Tidak/Belum Pernah Sekolah

Tidak atau belum pernah bersekolah disekolah formal, misalnya tamat/belum tamat Taman Kanak-Kanak tetapi tidak melanjutkan sekolah.

Tidak Bersekolah Lagi

Yaitu pernah mengikuti pendidikan dasar, menengah atau tinggi, tetapi pada saat pencacahan tidak bersekolah lagi.

Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja

Persentase angkatan kerja terhadap penduduk usia kerja.

Tingkat Pertumbuhan Penduduk

Angka yang menunjukkan tingkat pertambahan penduduk per tahun dalam jangka waktu tertentu. Angka ini dinyatakan sebagai persentase.



SUMBER DATA

1.1. SENSUS PENDUDUK

Sensus Penduduk (SP) diselenggarakan tiap 10 tahun untuk mengumpulkan data dasar penduduk dan rumah tangga di wilayah geografis Indonesia. Sejak era kemerdekaan, Indonesia telah menyelenggarakan enam kali sensus penduduk yaitu tahun 1961, 1971, 1980, 1990, 2000 dan 2010.

SP menggunakan dua tahap pencacahan; pencacahan lengkap dan pencacahan secara sampel. Pencacahan lengkap meliputi semua orang yang ada di wilayah geografis Indonesia (kecuali anggota Korps Diplomatik beserta keluarganya), awak kapal berbendera Indonesia dalam perairan Indonesia, maupun para tunawisma (gelandangan) yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap. Pencacahan sampel mencakup penduduk yang bertempat tinggal di blok-blok sensus/wilayah pencacahan yang terpilih secara acak dan mencakup sekitar lima persen rumah tangga.

1.2. SURVEI SOSIAL EKONOMI NASIONAL

Kegiatan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dilaksanakan setiap tahun dengan pergantian modul setiap tiga tahunan. Data pokok yang dicakup antara lain: data kependudukan, kesehatan, pendidikan, fertilitas, pengeluaran rumah tangga, kriminalitas, serta perumahan dan lingkungan. Karakteristik sosial ekonomi penduduk yang umum dikumpulkan melalui pertanyaan modul setiap tiga tahun. Pertanyaan-pertanyaan yang dikumpulkan secara berkala dalam pertanyaan modul adalah:

1. Konsumsi/Pengeluaran
2. Kesehatan, Perumahan dan Pemukiman
3. Sosial Budaya dan Pendidikan.

1.3. SUMBER DATA LAINNYA

Selain dari sensus dan survei, Indikator Kesejahteraan Rakyat (Inkesra) Provinsi Maluku Utara 2019 juga menggunakan data yang berasal dari catatan administrasi Departemen/Instansi pemerintah di luar BPS yang terangkum dalam Maluku Utara dalam Angka sebagai sumber data sekunder.

DATA

MENCERDASKAN BANGSA



**BADAN PUSAT STATISTIK
PROVINSI MALUKU UTARA**

Jalan Stadion No. 65, Ternate 97712

Telp. (0921) 3127878; Fax. (0921) 3126301

Homepage : <http://malut.bps.go.id> ; email : bps8200@bps.go.id

ISSN 2460-7495

