

TINGKAT DISABILITAS FISIK BERDASARKAN PENYAKIT DEGENERATIF YANG DIDERITA MENURUT FAKTOR SOSIAL DAN DEMOGRAFI

(Kajian Isu Publik dalam Formulasi Kebijakan Kesehatan)

Wahyu Dwi Astuti¹ dan Didik Budijanto¹

ABSTRACT

Background: Riskesdas 2007 showed that 18.4% had been death by stroke; 8.3% by Diabetes Mellitus and hipertension; 6.7% by heart. Hipertension is main trigger of stroke attacked and it is caused physical disability. **Methods:** Therefore the research will know a risk of physical disability that association with degeneratif disease and background characteristic. Sample size are 664.196 persons. As dependent variable was physical disability and independent variable were degeneratif diseases (rheumatic, asma, heart, diabetes mellitus, emotional mental, stroke and hipertension), also as modifier and confounder variable are background characteristic (age, sex, urban/rural, quintil). Data analysis use multiple logistic regression. **Results:** The result show that heart, emotional mental, rheumatic and asma disease in rural area are more higher than urban area. But diabetes mellitus, hipertension, stroke and tumor disease in urban are more higher than rural area. Physical disability that caused by degeneratif diseases had deferent risk in urban and rural area. In urban area, a victim of heart disease has risk to get physical disability 1,5 times than not a victim of heart disease (OR = 1.518), a victim of diabetes mellitus 2.06 times (OR = 2.06), a victim of rheumatic 2.77 times (OR = 2.77), Astma 1.65 times (OR = 1.65), emotional mental 2.54 times (OR = 2.541). In rural area, a victim of heart disease has risk to get physical disability 1,58 times than not a victim of heart disease (OR = 1.584), a victim of diabetes mellitus 1.5 times (OR = 1.524), a victim of rheumatic 2,55 times (OR = 2.557), Astma 1.21 times (OR = 1.217), emotional mental 1.9 times (OR = 1.904). The conclusion, physical disability was more higher in rural than urban area. Rheumatic disease has biggest risk to get physical disability than other degeneratif disease.

Key words: physical disability - degenartif diseases

PENDAHULUAN

Pergeseran pola Morbiditas penyakit penyebab kematian di Indonesia saat ini sedang berlangsung, di mana terdapat 3 penyebab kematian utama yaitu: penyakit sistem sirkulasi (jantung dan Pembuluh darah), penyakit sistem pernapasan dan TBC. Sulistyawati (1997) juga mengutarakan bahwa 76,0% penyebab impairment (kondisi awal sebelum Disabilitas) adalah penyakit tidak menular seperti Diabetes Mellitus, Kardiovaskular, Kanker, arthritis dan lain-lain.

Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa 18,4% kematian disebabkan oleh penyakit Stroke, 8,3% oleh penyakit Diabetes Mellitus dan Hipertensi dan 6,7% oleh penyakit Jantung. Hipertensi merupakan pemicu utama terjadinya serangan stroke yang pada gilirannya dapat menyebabkan disabilitas.

WHO yang dikutip oleh Murray dan Lopez (2000) memperkirakan bahwa pada tahun 2020 akan terdapat 5 kelompok penyakit penyebab disabilitas di Negara berkembang seperti Indonesia yaitu: Penyakit Jantung Iskhemik, Cerebrovascular, gangguan kejiwaan (depresi, stress dan lain-lain), kanker dan kecelakaan lalu lintas. Menurut Keech (1996), setelah terserang stroke akan mengalami 2 pilihan yaitu kecacatan (disabilitas) seumur hidup atau meninggal dunia. Menurut Yoeswar (2002), bahwa setiap hari terdapat 4 pasien terkena serangan stroke sehingga dalam setahun akan bertambah 1000 penderita. Menurut Miranda (2001), menyatakan bahwa pengaruh setelah suami stroke dapat menciptakan stres dan merubah pola kehidupan keluarga (istri dan anggota keluarga lainnya). Sehingga dapat mengakibatkan beban psikologis keluarga dan akhirnya juga beban ekonomi dari keluarga tersebut.

¹ Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan - Balitbangkes, Jl. Indrapura 17 Surabaya 60176
Korespondensi: E-mail: drwahyu@yahoo.com

Keadaan disabilitas fisik dan psikososial dapat dikatakan sebagai suatu akibat dari suatu sebab seperti perilaku individu yang berisiko. Seperti pendapat Blumm, bahwa status kesehatan dapat dipengaruhi oleh 4 faktor utama di mana salah satu faktornya adalah Perilaku. Sedangkan Perilaku itu sendiri menurut teori Grenn yang dikutip Solita (1994) dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu: *Predisposing* (pengetahuan, sikap, pekerjaan, tradisi, norma sosial), *Enabling* (tersedianya yankes dan aksesibilitas) dan *Reinforcing* (sikap dan perilaku tenaga kesehatan).

Oleh karena itu, dalam kajian ini akan dilihat tingkat disabilitas fisik yang dikaitkan dengan jenis gangguan kesehatan dan karakteristik latar belakang. Sehingga hasil tersebut dapat digunakan sebagai bahan masukan institusi kesehatan baik pusat atau daerah untuk dapat memberikan intervensi preventif dalam mengurangi atau menghindari terjadinya gangguan kesehatan oleh masyarakat yang pada gilirannya menurunkan kejadian disabilitas fisik dan psikososial.

Penelitian ini secara umum bertujuan menganalisis risiko terjadinya disabilitas fisik ditinjau dari gangguan kesehatan berdasarkan gejala dan karakteristik latar belakangnya.

Sedangkan tujuan khusus adalah: 1) Mengidentifikasi tingkat disabilitas fisik menurut karakteristiknya di Indonesia; 2) Mengidentifikasi Penyakit yang berkaitan dengan disabilitas fisik menurut karakteristiknya di Indonesia; 3) Mengidentifikasi Tingkat disabilitas fisik berdasarkan penyakit yang dideritanya di Indonesia; 4) Menganalisis penyakit yang diderita dan karakteristik yang berkaitan dengan terjadinya Disabilitas fisik di Indonesia; 5) Menganalisis besar risiko terjadinya disabilitas fisik ditinjau dari penyakit yang diderita dan karakteristiknya di Indonesia.

TINJAUAN PUSTAKA

Disabilitas adalah beberapa keterbatasan atau ketiadaan kemampuan akibat *impairment* untuk melakukan aktivitas secara benar-benar normal sebagai manusia. (ICIDH – WHO, 1980 dalam Murray dan Lopez, 2000). Definisi di atas menunjukkan bahwa disabilitas berkaitan erat dengan kejadian *impairment*. Selanjutnya disebutkan bahwa konsekuensi dari suatu penyakit ada 3 dimensi yaitu: *Impairment*, *Disability*, dan *Handicap*.

Disabilitas terdiri dari disabilitas fisik dan mental atau psikologis. Tingkat disabilitas fisik diukur berdasarkan kemampuan fungsional individu untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari secara mandiri. Terdapat beberapa skala penilaian kemampuan fungsional seperti Activity index, Functional Independence Measure, Index Barthel. Di dalam penilaian dengan skala index Barthel terdapat 10 tingkatan fungsional dengan tiap penilaian fungsional diberikan skor mulai 0 sampai 10. sehingga seseorang yang mandiri penuh bisa mendapatkan total skor 100. Selanjutnya perolehan skor penilaian dikelompokkan menjadi 5 kategori yaitu ketergantungan penuh, ketergantungan berat, ketergantungan moderat, ketergantungan ringan dan mandiri.

Dalam *Encyclopedia of psychology*, disebutkan bahwa disabilitas fisik termasuk kebutaan, ketulian, *deformitas*, penyakit muscular dan syaraf, paralysis, dan kehilangan anggota gerak. Penyebab disabilitas di antaranya perdarahan otak, arthritis dan penyakit tulang lain, amputasi, penyakit paru severe atau penyakit jantung dan proses ketuaan. Lumbantobing (2002) menyatakan bahwa stroke merupakan penyakit yang paling banyak menyebabkan disabilitas pada kelompok usia lebih dari 45 tahun. Disabilitas yang diderita dapat mengakibatkan penderitanya tidak mampu melakukan banyak hal seperti: tidak mampu berkomunikasi, tidak dapat berjalan sendiri, harus dibantu buang air besar, harus dibantu makan, masih ngompol, harus dibantu pindah dari tempat tidur ke kursi, harus dibantu berpakaian, mandi dan mencuci.

Thomas (1995) mengatakan bahwa seorang penderita stroke tidak mungkin kembali bekerja seperti keadaan sebelum serangan terjadi. Stroke menjadi penyebab keadaan disabilitas yang paling sering dijumpai di antara orang-orang usia menengah dan usia lanjut. Perawatan jangka panjang untuk penderita disabilitas merupakan tantangan berat bagi masyarakat dan keluarganya.

Beberapa penyakit degeneratif lain yang berhubungan dengan kejadian disabilitas fisik cukup bervariasi antara di daerah perkotaan dan perdesaan. Kajian Dwi astuti dan Budijanto (2005) beberapa penyakit yang berhubungan dengan kondisi disabilitas adalah Jantung, rematik, asma, depresi. Namun penyakit degeneratif lain seperti stroke, tumor/kanker, keturunan, hipertensi pada saat analisis yang lalu belum dilibatkan. Oleh karena itu, sampai sejauh

ini informasi tentang seberapa besar risiko terjadi disabilitas fisik karena penyakit yang dideritanya secara simultan belum banyak diperoleh. Sehingga dalam kajian ini akan dilihat tingkat disabilitas fisik yang dikaitkan dengan jenis gangguan kesehatan (penyakit yang diderita) menurut faktor sosial dan demografinya. Hasil yang diperoleh nantinya merupakan informasi tentang besar risiko terjadinya disabilitas fisik yang ditinjau dari jenis gangguan kesehatan (penyakit) berdasarkan faktor sosial, ekonomi dan demografinya. Sehingga hasil tersebut dapat digunakan sebagai bahan masukan institusi kesehatan baik pusat atau daerah untuk dapat memberikan intervensi preventif dalam mengurangi atau menghindari perilaku berisiko oleh masyarakat yang pada gilirannya menurunkan jumlah kejadian penyakit/gangguan kesehatan yang akan berdampak pada disabilitas fisik.

METODE

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari studi morbiditas Susenas 2007 dan Riskesdas 2007 menurut ICD 10, dengan fokus analisis Disabilitas fisik. Jumlah sampel yang digunakan sebesar 664.196 orang.

Variabel terikat yang dipelajari adalah disabilitas fisik. Variabel Bebas yang dipelajari adalah sebagai

berikut: Penyakit (persendian, asma, jantung, diabetes mellitus, mental emosional, stroke, hipertensi).

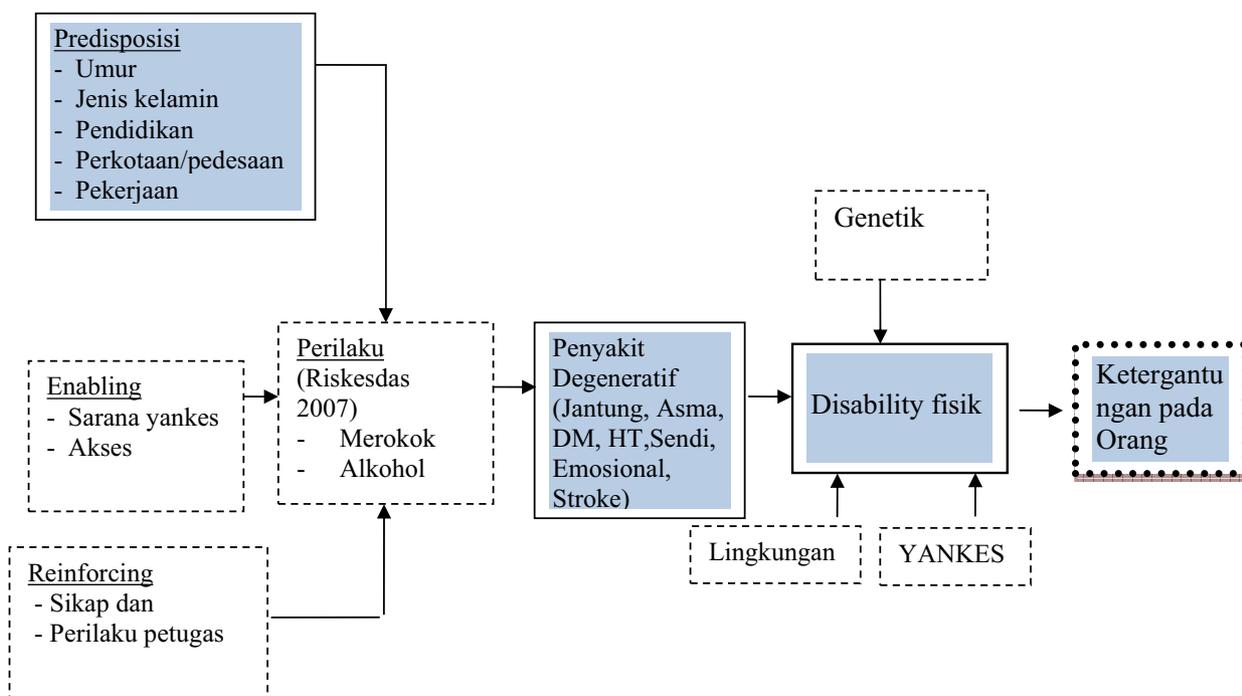
Variabel modifier dan konfounder yang dipelajari adalah: karakteristik latar belakang (usia, jenis kelamin, desa/kota, Kuintil).

Teknik analisis dilakukan dengan menggunakan univariat, bivariat, kemudian dilanjutkan dengan *Multiple Logistic Regression*. Untuk menghitung risiko digunakan perhitungan Odd rasio. Sebelum dianalisis, data dilakukan *weight* atau pembobotan.

Di dalam kajian ini kerangka pikir analisis mengadopsi dari konsep teori Blum dan Lawrence Green, seperti pada diagram berikut.

HASIL ANALISIS

Penyakit Jantung lebih banyak terjadi di perdesaan (2,8%) dari pada di perkotaan (2,4%). Sedangkan penyakit Diabetes Mellitus dan Tumor lebih banyak terjadi di perkotaan daripada di perdesaan. Di lihat dari kelompok umur maka pada penyakit Jantung terlihat adanya kecenderungan makin meningkat proporsinya dari 0,9% pada kelompok usia 14–24 tahun menjadi 7,3% pada kelompok usia 75 tahun atau lebih. Sedangkan pada penyakit Diabetes Mellitus kecenderungan tersebut puncaknya pada kelompok usia 55–64 tahun dan selanjutnya proporsinya



menurun. Di lihat dari karakteristik tingkat pendidikan, terlihat adanya kecenderungan makin meningkat pendidikannya makin menurun proporsi kejadian penyakit Jantung, Diabetes Mellitus dan tumor.

Sedangkan menurut jenis pekerjaan, proporsi tertinggi penyakit jantung terdapat pada kelompok yang tidak bekerja (3,9%) dan penyakit Diabetes Mellitus terdapat pada kelompok pegawai (2,1%).

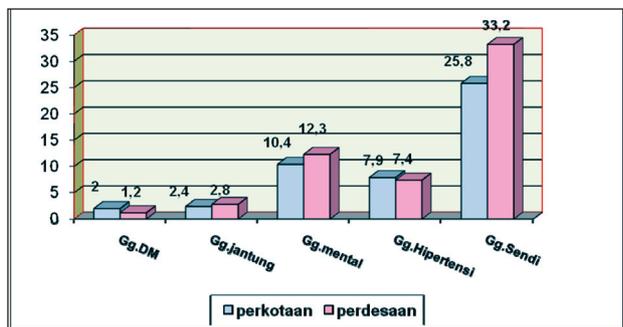
Tabel 1. Persentase Penyakit Jantung, Diabetes Mellitus dan Tumor/Kanker Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007

Karakteristik/Penyakit	Penyakit		
	Jantung	Diabetes Mellitus	Tumor/Kanker
Klasifikasi Desa/Kota			
- Perkotaan	6203 (2,4%)	5245 (2,0%)	1848 (0,7%)
- Perdesaan	11352 (2,8%)	4952 (1,2%)	2076 (0,5%)
CI 95%	(2,32–2,88%)	(1,05–2,15%)	(0,46–0,74%)
Kelompok Umur			
- 15–24 tahun	1408 (0,9%)	677 (0,4%)	367 (0,2%)
- 25–34 tahun	2233 (1,5%)	1087 (0,7%)	641 (0,4%)
- 35–44 tahun	3230 (2,3%)	1842 (1,3%)	1009 (0,7%)
- 45–54 tahun	4005 (3,8%)	2748 (2,6%)	911 (0,9%)
- 55–64 tahun	3060 (5,1%)	2149 (3,6%)	521 (0,9%)
- 65–74 tahun	2409 (6,8%)	1167 (3,3%)	318 (0,9%)
- 75+ tahun	1209 (7,3%)	526 (3,2%)	156 (0,9%)
CI 95%	(2,22–5,70%)	(1,25–3,07%)	(0,49–0,90%)
Pendidikan			
- Tidak sekolah	2750 (4,7%)	1021 (1,7%)	410 (0,7%)
- Tidak tamat SD	4228 (3,9%)	1910 (1,7%)	772 (0,7%)
- Tamat SD	5020 (2,8%)	2797 (1,5%)	1020 (0,6%)
- Tamat SMP	2260 (1,7%)	1587 (1,2%)	629 (0,5%)
- Tamat SMA	2447 (1,7%)	1976 (1,4%)	783 (0,5%)
- Tamat PT	808 (2,2%)	882 (2,4%)	303 (0,8%)
CI 95%	(1,94–3,73%)	(1,34–1,95%)	(0,54–0,72%)
Pekerjaan			
- Tidak Kerja	2919 (3,9%)	1441 (1,9%)	500 (0,7%)
- Sekolah	477 (0,9%)	254 (0,5%)	120 (0,2%)
- Ibu RT	4199 (3,1%)	2322 (1,7%)	1119 (0,8%)
- Pegawai	1254 (1,9%)	1355 (2,1%)	436 (0,7%)
- wiraswasta	2090 (2,3%)	1696 (1,9%)	561 (0,6%)
- Petani/nelayan/buruh	6053 (2,7%)	2676 (1,2%)	1471 (0,7%)
CI 95%	(1,71–3,22%)	(1,11–1,99%)	(0,46–0,77%)
Jenis Kelamin			
- Laki-laki	7330 (2,3%)	4976 (1,6%)	1243 (0,4%)
- Perempuan	10224 (3,0%)	5221 (1,5%)	2680 (0,8%)
CI 95%	(2,16–3,13%)	(1,48–1,62%)	(0,32–0,87%)
Kuintil			
- Kuintil 1	3645 (2,5%)	1708 (1,2%)	698 (0,5%)
- Kuintil 2	3746 (2,7%)	1797 (1,3%)	768 (0,5%)
- Kuintil 3	3548 (2,6%)	2003 (1,5%)	720 (0,5%)
- Kuintil 4	3417 (2,6%)	2143 (1,6%)	876 (0,7%)
- Kuintil 5	3139 (2,7%)	2523 (2,2%)	856 (0,7%)
CI 95 %	(2,58–2,70%)	(1,21–1,90%)	(0,49–0,67%)

Kemudian jika dilihat berdasarkan jenis kelaminnya, maka proporsi terbanyak terjadi pada perempuan untuk penyakit Jantung dan tumor sedangkan untuk penyakit Diabetes Mellitus banyak terjadi pada laki-laki.

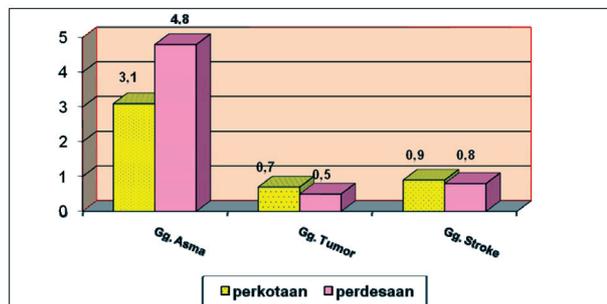
Dilihat dari tingkat ekonomi keluarga (Kuintil) maka pada penyakit jantung terlihat cukup merata pada masing-masing kuintil, sedangkan pada penyakit Diabetes Mellitus dan Tumor terlihat adanya kecenderungan makin meningkat proporsi kejadiannya seiring dengan meningkatnya Kuintil. Lebih rinci dapat dilihat pada tabel 1.

Selanjutnya apabila dilihat berdasarkan daerah perkotaan/perdesaan, maka pada gangguan kesehatan Diabetes Mellitus, Mental Emosional, Hipertensi, Persendian dan asma seperti terlihat pada gambar di bawah.



Gambar 1. Persentase responden yang menderita gangguan kesehatan menurut tempat tinggal di Indonesia, Riskesdas 2007.

Dari gambaran di atas menunjukkan bahwa responden yang mengalami gangguan kesehatan seperti Jantung, Mental Emosional dan Persendian di perdesaan proporsinya lebih tinggi dibandingkan kejadian tersebut di perkotaan. Gangguan persendian di perkotaan 25,8% dan di perdesaan 33,2%, sedangkan gangguan jantung di perkotaan 2,4% dan di perdesaan 2,8%. Kemudian gangguan diabetes mellitus di perkotaan 2% dan di perdesaan 1,2%, dan gangguan mental emosional di perkotaan 10,4% dan di perdesaan 12,3%. Gangguan hipertensi di perkotaan 7,9% dan di perdesaan 7,4%.



Gambar 2. Persentase responden yang menderita gangguan kesehatan Asma, Tumor dan Stroke menurut tempat tinggal di Indonesia, Riskesdas 2007.

Gambaran Disabilitas Fisik menurut Karakteristik dan Penyakit yang di Derita

Kejadian Disabilitas Fisik, jika dilihat dari karakteristiknya terlihat gambaran sebagai berikut:

Menurut klasifikasi desa/kota terlihat bahwa disabilitas fisik banyak terjadi di perdesaan (28,0%) dibanding di perkotaan. Sedangkan menurut kelompok umur terlihat bahwa adanya kecenderungan makin meningkat umur makin meningkat pula persentase kejadian disabilitas fisik. Jika ditinjau dari tingkat pendidikan, maka terlihat bahwa makin tinggi pendidikan ada kecenderungan makin menurun persentase kejadian disabilitas fisik. Selanjutnya dilihat dari jenis pekerjaannya menunjukkan bahwa persentase kejadian disabilitas fisik kelompok yang tidak bekerja lebih tinggi (39,1%) dari kelompok jenis pekerjaan lainnya.

Menurut jenis kelamin, kejadian disabilitas fisik, persentase tertinggi terdapat pada wanita (28,7%) dibandingkan pada laki-laki.

Menurut tingkat kuintilnya, kejadian disabilitas fisik, terlihat cenderung menurun seiring dengan meningkatnya kuintil. Rincian lihat tabel 2.

Apabila tingkat disabilitas ditinjau dari penyakit degeneratif yang diderita maka terlihat gambaran bahwa persentase yang menderita penyakit degeneratif (jantung, Diabetes Mellitus, Hipertensi, Asma, Stroke, persendian dan tumor) lebih tinggi terjadi di perdesaan dibandingkan yang di perkotaan. Lebih terinci dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 2. Persentase Disabilitas Fisik menurut Karakteristik, Riskesdas 2007

Karakteristik/Penyakit	Disabilitas Fisik
Klasifikasi Desa/Kota	
- Perkotaan	58814 (23,0%)
- Perdesaan	113755 (28,0%)
CI 95%	(22,03–28,96)
Kelompok Umur	
- 15–24 tahun	15545 (10,2%)
- 25–34 tahun	21764 (14,3%)
- 35–44 tahun	30028 (21,4%)
- 45–54 tahun	36427 (34,9%)
- 55–64 tahun	30413 (51,4%)
- 65–74 tahun	24650 (69,6%)
- 75+ tahun	13736 (83,5%)
CI 95%	(19,77–61,74)
Pendidikan	
- Tidak sekolah	32314 (55,1%)
- Tidak tamat SD	41773 (38,3%)
- Tamat SD	47431 (26,3%)
- Tamat SMP	22021 (16,6%)
- Tamat SMA	22142 (15,4%)
- Tamat PT	6445 (17,9%)
CI 95%	(15,69–40,83)
Pekerjaan	
- Tidak Kerja	29321 (39,1%)
- Sekolah	5272 (9,9%)
- Ibu RT	37672 (27,8%)
- Pegawai	10625 (16,3%)
- Wiraswasta	19931 (22,1%)
- Petani/nelayan/buruh	64568 (28,9%)
CI 95%	(15,79–32,34)
Jenis Kelamin	
- Laki-laki	73672 (23,2%)
- Perempuan	98897 (28,7%)
CI 95%	(20,56–31,34)
Kuintil	
- Kuintil 1	38496 (27,0%)
- Kuintil 2	36738 (26,4%)
- Kuintil 3	35315 (26,3%)
- Kuintil 4	33145 (25,6%)
- Kuintil 5	28346 (24,8%)
CI 95 %	(25,28–26,75)

Seleksi Variabel

Di dalam seleksi variabel, terlebih dahulu dilakukan antara variabel Predisposisi dengan penyakit yang diderita (Jantung, Hipertensi, Diabetes Mellitus, Asma, Gangguan mental emosional, stroke, persendian). Seleksi variabel predisposisi dilakukan

Tabel 3. Persentase Disabilitas Fisik menurut Penyakit Degeneratif yang diderita, Riskesdas 2007

Penyakit Degeneratif	Disabilitas Fisik
Jantung	
- Perkotaan	3543 (57,6%)
- Perdesaan	7277 (64,5%)
Mental Emosional	
- Perkotaan	14758 (55,9%)
- Perdesaan	30470 (61,4%)
Hipertensi	
- Perkotaan	10178 (50,9%)
- Perdesaan	17198 (57,3%)
Sendi/Rematik	
- Perkotaan	28954 (44,0%)
- Perdesaan	63211 (47,0%)
Diabetes Mellitus	
- Perkotaan	2737 (52,4%)
- Perdesaan	2840 (57,6%)
Asma	
- Perkotaan	4089 (51,1%)
- Perdesaan	11604 (59,8%)
Tumor	
- Perkotaan	779 (42,4%)
- Perdesaan	984 (47,7%)
Stroke	
- Ya	1622 (70,9%)
- Tidak	2274 (71,8%)

dengan menggunakan Regresi Logistik Sederhana dan dengan tingkat signifikansi 0,25.

Variabel predisposisi yang berhubungan dengan penyakit jantung, hipertensi atau diabetes mellitus adalah Desa/kota, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan kuintil (Lihat pada tabel 4).

Demikian pula halnya untuk penyakit Asma, Persendian dan gangguan mental emosional, variabel predisposisi yang berhubungan adalah Desa/kota, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan kuintil (Lihat tabel 5).

Kemudian untuk seleksi variabel penyakit yang diderita dengan disabilitas fisik, psikologis dan sosial, ternyata penyakit yang lolos seleksi adalah Jantung, Diabetes Mellitus, Asma, Hipertensi, Stroke, persendian dan Mental emosional (Lihat tabel 6).

Uji Interaksi dan Konfounding

Metode pengujian adanya interaksi dan konfounding dari variabel predisposisi yang lolos seleksi dengan penyakit degeneratif yang diderita

Tabel 4. Pengujian kandidat Variabel Predisposisi yang berhubungan dengan Penyakit Jantung, Hipertensi dan Diabetes Mellitus di Indonesia, Riskesdas 2007

No	Variabel Predisposisi	Signifikansi			
		Jantung	Hipertensi	Diabetes M	Stroke
1.	Desa/Kota	0,000*)	0,000*)	0,000*)	0,000*)
2.	Umur	0,000*)	0,000*)	0,000*)	0,000*)
3.	Jenis Kelamin	0,000*)	0,000*)	0,000*)	0,000*)
4.	Pendidikan	0,000*)	0,000*)	0,000*)	0,001*)
5.	Pekerjaan	0,000*)	0,000*)	0,000*)	0,000*)
6.	Kuintil	0,039*)	0,000*)	0,000*)	0,025*)

Ket : *) Masuk Kandidat variabel yang berpengaruh

Tabel 5. Pengujian kandidat Variabel Predisposisi yang berhubungan dengan Penyakit Mental, Sendi dan Asma di Indonesia, Riskesdas 2007

No	Variabel Predisposisi	Signifikansi		
		Mental	Sendi	Asma
1.	Desa/Kota	0,011*)	0,000*)	0,000*)
2.	Umur	0,000*)	0,000*)	0,000*)
3.	Jenis Kelamin	0,000*)	0,000*)	0,000*)
4.	Pendidikan	0,000*)	0,000*)	0,000*)
5.	Pekerjaan	0,000*)	0,000*)	0,000*)
6.	Kuintil	0,000*)	0,023*)	0,000*)

Keterangan: *) masuk kandidat variabel yang berpengaruh

Tabel 6. Pengujian kandidat Variabel Penyakit yang berhubungan dengan Disabilitas Fisik di Indonesia, Riskesdas 2007

No	Variabel Penyakit	Disabilitas Fisik (p/OR)
1.	Jantung	0,000*)/4,88
2.	Diabetes M	0,000*)/3,53
3.	Hipertensi	0,000*)/3,89
4.	Stroke	0,000*)/7,22
5.	Persendian	0,000*)/4,04
6.	Asma	0,000*)/3,37
7.	Mental Emosional	0,000*)/5,31

Keterangan: *) masuk kandidat variabel yang berpengaruh

terhadap disabilitas dilakukan secara bertahap, yaitu pengujian interaksi terlebih dahulu dengan menguji variabel multiplikasi antar variabel independen yang ditengarai secara teori berinteraksi. Apabila

hasil pengujian variabel multiplikasi tersebut nilai signifikansinya kurang dari alfa 0,05 persen maka terjadi interaksi antar variabel independen yang diuji dan solusinya adalah variabel multiplikasi dimasukkan dalam analisis multiple lebih lanjut. Sedangkan jika variabel multiplikasi tersebut not signifikan maka tidak terjadi interaksi antar variabel independen yang diuji, dan dilakukan pengujian konfounding. Hasil pengujian interaksi antara variabel karakteristik dan penyakit yang diderita terhadap **Disabilitas Fisik** terinci pada tabel 7.

Selanjutnya bagi variabel predisposisi yang tidak berinteraksi dilakukan pengujian konfounding dengan cara membandingkan koefisien regresi tanpa variabel ke-3 yang dianggap konfounder dan yang mengikutsertakan variabel 3 tersebut. Kemudian dihitung Index konfoundingnya. Formula yang digunakan untuk menentukan Index konfounding adalah sebagai berikut:

$$\text{Index Konfounding} = \frac{B \text{ Crude} - \beta \text{ Adjusted}}{B \text{ Adjusted}} \times 100\%$$

Kriteria penentuan variabel tersebut sebagai konfounder atau tidak jika Index hasil perhitungan $\geq 10\%$. Solusi jika variabel tersebut ternyata konfounder adalah dimasukkan di dalam analisis multipel berikutnya. Hasil pengujian seperti pada tabel 8.

Hasil pengujian konfounding menunjukkan bahwa tidak terdapat variabel Konfounder. Oleh karena itu, variabel predisposisi tidak masuk ke dalam analisis multipel selanjutnya.

Tabel 7. Pengujian Interaksi Variabel Penyakit yang diderita dengan Karakteristik yang berhubungan dengan Disabilitas Fisik di Indonesia, Riskesdas 2007

No	Variabel penyakit	Karakteristik			
		Desa/Kota	Umur	Sex	Kuintil
1	Jantung	Jantung*Desa/Kota (p = 0,345)	Jantung*Umur (p = 0,000)*	Jantung*seks (p = 0,008)*	Jantung*Kuintil (p = 0,943)
2	Diabetes M	Diabet*Desa/Kota (p = 0,086)	Diabet*Umur (p = 0,000)*	Diabet*Sex (p = 0,230)	Diabet*Kuintil (p = 0,371)
3	Hipertensi	Hiperten*Desa/Kota (p = 0,139)	Hiperten*Umur (p = 0,000)*	Hiperten*Sex (p = 0,852)	Hiperten*Kuintil (p = 0,170)
4	Stroke	Stroke*Desa/Kota (p = 0,000)*	Stroke*Umur (p = 0,000)*	Stroke*Sex (p = 0,010)*	Stroke*Kuintil (p = 0,314)
5	Persendian	Sendi*Desa/Kota (p = 0,000)*	Sendi*Umur (p = 0,000)*	Sendi*Sex (p = 0,015)*	Sendi*Kuintil (p = 0,001)*
6	Asma	Asma*Desa/kota (p = 0,000)*	Asma*Umur (p = 0,000)*	Asma*Sex (p = 0,000)*	Asma*Kuintil (p = 0,688)
7	Mental Emosional	Mental*Desa/kota (p = 0,143)	Mental*Umur (p = 0,000)*	Mental*Sex (p = 0,199)	Mental*Kuintil (p = 0,343)

Keterangan: *) variabel interaksi

Tabel 8. Uji Konfounding Variabel Karakteristik pada Penyakit yang diderita terhadap Disabilitas Fisik di Indonesia, Riskesdas 2007

No	Variabel Independen & konfounding	Koefisien regresi (B)		
		Disabilitas fisik		Konfounder
		B	Index	
1	Jantung	1,585		
	Jantung + Desa/Kota	1,582	1,0%	tidak
	Jantung + Kuintil	1,585	0,0%	tidak
	Jantung + Seks	====	=====	===
2	Diabetes Mellitus	1,262		
	Diabetes + Desa/kota	1,304	4,0%	tidak
	Diabetes + Seks	1,271	0,8%	tidak
	Diabetes + Kuintil	1,273	2,0%	tidak
3	Hipertensi	1,358		
	Hipertensi + Desa/Kota	1,368	0,7%	tidak
	Hipertensi + Seks	1,337	1,57%	tidak
	Hipertensi + Kuintil	1,365	0,51%	tidak
4	Stroke	1,977		
	Stroke + Kuintil	1,979	0,10%	tidak
	Stroke + Umur	====	=====	=====
5	Asma	1,404		
	Asma + Kuintil	1,402	0,14%	tidak
	Asma + Umur	====	=====	=====
6	Mental	1,669		
	Mental + Desa/kota	1,663	0,36%	tidak
	Mental + Seks	1,647	0,97%	tidak
	Mental + Kuintil	1,666	0,18%	tidak

Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Disabilitas Fisik

Di dalam analisis ini dibagi menurut klasifikasi desa/kota sehingga analisis terbagi menjadi disabilitas

fisik di perkotaan dan perdesaan. Sebagai variabel dependen adalah terjadinya disabilitas fisik dan sebagai variabel independen adalah penyakit degeneratif yang diderita dan variabel multiplikasi

Tabel 9. Analisis Lanjut Faktor yang berhubungan dengan Disabilitas Fisik di Perkotaan di Indonesia, Riskesdas 2007

No.	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
1.	jantung (1)	0,417	0,000	1,518	1,239–1,860
2.	mental (1)	0,933	0,000	2,541	2,392–2,700
3.	sendi (1)	1,021	0,000	2,777	2,652–2,908
4.	diabet (1)	0,725	0,000	2,065	1,568–2,720
5.	asma (1)	0,502	0,000	1,652	1,450–1,882
6.	jantung* umur 15		0,000		
7.	jantung (1) by umur 15 (1)	0,074	0,582	1,077	0,828–1,400
8.	jantung (1) by umur 15 (2)	0,190	0,129	1,209	0,946–1,545
9.	jantung (1) by umur 15 (3)	0,172	0,156	1,188	0,937–1,506
10.	jantung (1) by umur 15 (4)	0,070	0,588	1,072	0,833–1,379
11.	jantung (1) by umur 15 (5)	0,683	0,000	1,980	1,468–2,670
12.	jantung (1) by umur 15 (6)	1,307	0,000	3,696	2,215–6,167
13.	diabet* umur 15		0,000		
14.	diabet (1) by umur 15 (1)	-0,324	0,070	0,723	0,509–1,027
15.	diabet (1) by umur 15 (2)	-0,415	0,011	0,661	0,480–0,910
16.	diabet (1) by umur 15 (3)	-0,243	0,111	0,784	0,581–1,058
17.	diabet (1) by umur 15 (4)	0,175	0,262	1,191	0,878–1,617
18.	diabet (1) by umur 15 (5)	0,342	0,053	1,408	0,996–1,992
19.	diabet (1) by umur 15 (6)	1,495	0,000	4,461	2,606–7,637
20.	hiperten* umur 15		0,000		
21.	hiperten (1) by umur 15 (1)	0,031	0,636	1,031	0,909–1,170
22.	hiperten (1) by umur 15 (2)	0,128	0,001	1,137	1,051–1,230
23.	hiperten (1) by umur 15 (3)	0,390	0,000	1,477	1,385–1,575
24.	hiperten (1) by umur 15 (4)	0,837	0,000	2,310	2,148–2,468
25.	hiperten (1) by umur 15 (5)	1,315	0,000	3,725	3,393–4,089
26.	hiperten (1) by umur 15 (6)	2,163	0,000	8,694	7,273–10,393
27.	strok* umur 15		0,000		
28.	strok (1) by umur 15 (1)	0,400	0,040	1,492	1,018–2,187
29.	strok (1) by umur 15 (2)	0,678	0,000	1,970	1,488–2,609
30.	strok (1) by umur 15 (3)	0,894	0,000	2,445	1,990–3,003
31.	strok (1) by umur 15 (4)	1,207	0,000	3,345	2,652–4,219
32.	strok (1) by umur 15 (5)	1,518	0,000	4,564	3,297–6,318
33.	strok (1) by umur 15 (6)	2,079	0,000	7,993	4,124–15,492
34.	b4k4 (1) by sendi (1)	0,245	0,000	1,278	1,235–1,323
35.	Neko_kpi* sendi		0,003		
36.	Neko_kpi (1) by sendi (1)	-0,076	0,007	0,927	0,877–0,979
37.	Neko_kpi (2) by sendi (1)	-0,037	0,190	0,964	0,913–1,018
38.	Neko_kpi (3) by sendi (1)	-0,055	0,047	0,947	0,897–0,999
40.	Neko_kpi (4) by sendi (1)	-0,103	0,000	0,902	0,855–0,952
41.	asma* umur15		0,000		
42.	asma (1) by umur 15 (1)	-0,220	0,019	0,802	0,668–0,964
43.	asma (1) by umur 15 (2)	0,032	0,727	1,032	0,865–1,232
44.	asma (1) by umur 15 (3)	0,205	0,023	1,228	1,029–1,465
45.	asma (1) by umur 15 (4)	0,743	0,000	2,101	1,722–2,565
46.	asma (1) by umur 15 (5)	1,199	0,000	3,317	2,623–4,195
47.	asma (1) by umur 15 (6)	1,903	0,000	6,706	4,518–9,953
48.	mental* umur 15		0,000		
49.	mental (1) by umur 15 (1)	0,051	0,236	1,053	0,967–1,146

Lanjutan Tabel 9.

No.	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
50.	mental (1) by umur 15 (2)	0,237	0,000	1,267	1,163–1,381
51.	mental (1) by umur 15 (3)	0,646	0,000	1,908	1,741–2,091
52.	mental (1) by umur 15 (4)	0,932	0,000	2,540	2,267–2,845
53.	mental (1) by umur 15 (5)	1,733	0,000	5,657	4,861–6,584
54.	mental (1) by umur 15 (6)	2,720	0,000	15,187	11,684–19,740
55.	Constant	-1,892	0,000	0,151	

Keterangan:

- Umur 15 (1) = 25–34 th; Umur 15 (2) = 35–44 th; Umur 15 (3) = 45–54 th; Umur 15 (4) = 55–64 th; Umur 15 (5) = 65–74 th; Umur 15 (6) = 75 th+.
- B4k4 = Jenis Kelamin; Neko_kpi (1) = kuintil2; Neko_kpi (2) = kuintil3; Neko_kpi (3) = kuintil4; Neko_kpi (5) = kuintil5.
- Jantung (1) = gangg. Jantung; Diabet (1) = Gangg. DM; Hiperten (1) = Gangg.hipertensi; Stroke (1) = gangg.stroke; Sendi (1) = gangg. persendian; Asma (1) = Gangg. asma; Mental (1) = Gangg. Mental Emosional.

hasil interaksi antara variabel predisposisi dengan penyakit yang diderita.

Hasil analisis menunjukkan bahwa penyakit penderita yang mempunyai hubungan secara signifikan dengan disabilitas fisik di perkotaan adalah jantung, gangguan mental emosional, persendian, diabetes mellitus dan asma. Sedangkan variabel karakteristik berhubungan dengan disabilitas fisik melalui interaksi dengan penyakit yang diderita. Seperti variabel umur berinteraksi dengan variabel penyakit jantung, diabetes mellitus, hipertensi, stroke, asma dan gangguan mental emosional. Sedangkan variabel jenis kelamin dan kuintil status ekonomi keluarga berinteraksi dengan gangguan persendian.

Seseorang yang menderita penyakit jantung di perkotaan mempunyai kemungkinan disabilitas fisik 1,5 lebih besar dibanding yang tidak berpenyakit jantung (OR = 1,52). Keadaan ini akan menjadi lebih besar apabila usia dari penderita gangguan jantung antara 65–74 tahun yaitu 1,9 kali (OR = 1,980) dan menjadi lebih besar lagi risikonya bila usia penderita 75 tahun atau lebih yaitu sebesar 3,6 kali (OR = 3,696). Selanjutnya seseorang dengan penyakit diabetes mellitus di perkotaan, kemungkinan terjadi disabilitas fisik 2,06 kali lebih besar dibandingkan yang tidak sakit diabetes mellitus (OR = 2,065). Keadaan ini akan berisiko lebih besar jika penderita diabetes mellitus tersebut berusia 75 tahun atau lebih yaitu 4,4 kali lebih besar (OR = 4,461). Penderita asma 1,6 kali lebih besar terjadi disabilitas fisik dibandingkan yang tidak asma (OR = 1,652), risiko gangguan asma untuk terjadi disabilitas fisik menjadi lebih besar jika penderita berusia 55–64 tahun yaitu 2,1 kali (OR = 2,101) dan makin meningkat pada usia 75 tahun

atau lebih sebesar 6,7 kali (OR = 6,706). Penderita sakit persendian 2,7 kali lebih besar terjadi disabilitas fisik dibandingkan yang tidak sakit persendian (OR = 2,77). Gangguan persendian ini akan berkurang risikonya bila penderita tersebut termasuk kelompok masyarakat kaya atau kuintil_5 yaitu sebesar 1,1 kali (OR = 1,108). Penderita dengan gangguan mental emosional kemungkinan akan terjadi disabilitas fisik 2,5 kali lebih besar dibandingkan yang tidak ada gangguan mental emosional (OR = 2,541). Kondisi ini makin meningkat risikonya jika penderita berusia 64–74 tahun yaitu 5,6 kali (OR = 5,657) dan makin meningkat pada usia 75 tahun atau lebih yaitu sebesar 15,1 kali (OR = 15,187).

Hasil analisis di atas apabila digambarkan sebagai sebuah model matematis dengan variabel-variabel independen yang signifikan berhubungan akan memberikan prediksi untuk dapat terjadi disabilitas fisik di perkotaan sebesar 80,3% sedangkan sisanya 19,7% akan diprediksi oleh variabel lain di luar analisis di atas.

Hasil analisis antara disabilitas fisik di perdesaan sebagai variabel dependen dengan variabel-variabel independen dan interaksinya memberikan gambaran seperti pada tabel 10.

Hasil analisis menunjukkan bahwa penyakit penderita yang mempunyai hubungan secara signifikan dengan disabilitas fisik di perdesaan adalah jantung, gangguan mental emosional, hipertensi, persendian, diabetes mellitus dan asma. Sedangkan variabel karakteristik berhubungan dengan disabilitas fisik melalui interaksi dengan penyakit yang diderita. Seperti variabel umur berinteraksi dengan variabel penyakit jantung, diabetes mellitus, hipertensi, stroke,

Tabel 10. Analisis Lanjut Faktor yang berhubungan dengan Disabilitas Fisik di Perdesaan di Indonesia, Riskesdas 2007

No.	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
1.	Jantung (1)	0,460	0,000	1,584	1,349–1,859
2.	Mental (1)	0,644	0,000	1,904	1,809–2,005
3.	Hiperten (1)	-0,202	0,033	0,817	0,678–0,984
4.	Sendi (1)	0,939	0,000	2,557	2,505–2,610
5.	Diabet (1)	0,422	0,000	1,524	1,227–1,894
6.	Asma (1)	0,197	0,000	1,217	1,097–1,350
7.	jantung* umur 15		0,000		
8.	Jantung (1) by umur 15 (1)	-0,098	0,309	0,907	0,751–1,095
9.	Jantung (1) by umur 15 (2)	-0,081	0,377	0,923	0,772–1,103
10.	Jantung (1) by umur 15 (3)	0,041	0,646	1,042	0,873–1,244
11.	Jantung (1) by umur 15 (4)	0,377	0,000	1,458	1,198–1,775
12.	Jantung (1) by umur 15 (5)	0,595	0,000	1,814	1,438–2,287
13.	Jantung (1) by umur 15 (6)	0,961	0,000	2,615	1,780–3,841
14.	b4k4 (1) by jantung (1)	0,105	0,032	1,110	1,009–1,222
15.	diabet* umur 15		0,000		
16.	Diabet (1) by umur 15 (1)	0,031	0,823	1,032	0,784–1,359
17.	Diabet (1) by umur 15 (2)	0,107	0,413	1,113	0,861–1,439
18.	Diabet (1) by umur 15 (3)	0,194	0,134	1,215	0,942–1,565
20.	Diabet (1) by umur 15 (4)	0,126	0,369	1,134	0,862–1,491
21.	Diabet (1) by umur 15 (5)	0,582	0,001	1,790	1,263–2,537
22.	Diabet (1) by umur 15 (6)	1,064	0,000	2,898	1,708–4,915
23.	Hiperten* umur 15		0,000		
24.	Hiperten (1) by umur 15 (1)	0,083	0,432	1,087	0,883–1,339
25.	Hiperten (1) by umur 15 (2)	0,300	0,003	1,349	1,110–1,641
26.	Hiperten (1) by umur 15 (3)	0,687	0,000	1,987	1,638–2,411
27.	Hiperten (1) by umur 15 (4)	1,144	0,000	3,138	2,580–3,816
28.	Hiperten (1) by umur 15 (5)	1,677	0,000	5,351	4,372–6,550
29.	Hiperten (1) by umur 15 (6)	2,197	0,000	9,002	7,138–11,352
30.	Strok (1)	-0,429	0,039	0,651	0,434–0,978
31.	strok* umur 15		0,000		
32.	Strok (1) by umur 15 (1)	0,484	0,059	1,623	0,982–2,682
33.	Strok (1) by umur 15 (2)	0,933	0,000	2,541	1,607–4,018
34.	Strok (1) by umur 15 (3)	1,136	0,000	3,114	1,990–4,871
35.	Strok (1) by umur 15 (4)	1,218	0,000	3,379	2,128–5,365
36.	Strok (1) by umur 15 (5)	1,633	0,000	5,120	3,096–8,468
37.	Strok (1) by umur 15 (6)	2,000	0,000	7,392	3,890–14,047
38.	b4k4 (1) by sendi (1)	0,159	0,000	1,172	1,144–1,200
40.	asma* umur 15		0,000		
41.	Asma (1) by umur 15 (1)	0,052	0,453	1,053	0,920–1,205
42.	Asma (1) by umur 15 (2)	0,321	0,000	1,378	1,213–1,566
43.	Asma (1) by umur 15 (3)	0,584	0,000	1,794	1,577–2,040
44.	Asma (1) by umur 15 (4)	1,077	0,000	2,936	2,558–3,369
45.	Asma (1) by umur 15 (5)	1,506	0,000	4,508	3,850–5,279
46.	Asma (1) by umur 15 (6)	1,903	0,000	6,703	5,328–8,432
47.	mental* umur 15		0,000		
48.	Mental (1) by umur 15 (1)	0,138	0,000	1,147	1,071–1,230
49.	Mental (1) by umur 15 (2)	0,381	0,000	1,464	1,368–1,567
50.	Mental (1) by umur 15 (3)	0,844	0,000	2,326	2,165–2,499

Lanjutan Tabel 10.

No.	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
51.	Mental (1) by umur 15 (4)	1,328	0,000	3,774	3,472–4,103
52.	Mental (1) by umur 15 (5)	2,045	0,000	7,727	6,948–8,594
53.	Mental (1) by umur 15 (6)	2,991	0,000	19,904	16,706–23,713
54.	Constant	-1,671	0,000	0,188	

Keterangan:

- Umur 15 (1) = 25–34 th; Umur 15 (2) = 35–44 th; Umur 15 (3) = 45–54 th; Umur 15 (4) = 55–64 th; Umur 15 (5) = 65–74 th; Umur 15 (6) = 75 th+. B4k4 = Jenis Kelamin

asma dan gangguan mental emosional. Sedangkan variabel jenis kelamin dengan gangguan jantung dan persendian.

Seseorang yang menderita penyakit jantung di perdesaan mempunyai kemungkinan disabilitas fisik 1,5 lebih besar dibanding yang tidak berpenyakit jantung (OR = 1,584). Keadaan ini akan menjadi lebih besar apabila usia dari penderita gangguan jantung antara 65–74 tahun yaitu 1,8 kali (OR = 1,814) dan menjadi lebih besar lagi risikonya bila usia penderita 75 tahun atau lebih yaitu sebesar 2,6 kali (OR = 2,615). Selanjutnya seseorang dengan penyakit diabetes mellitus di perdesaan, kemungkinan terjadi disabilitas fisik 1,5 kali lebih besar dibandingkan yang tidak sakit diabetes mellitus (OR = 1,524). Keadaan ini akan berisiko lebih besar jika penderita diabetes mellitus tersebut berusia 75 tahun atau lebih yaitu 2,8 kali lebih besar (OR = 2,898). Penderita asma 1,2 kali lebih besar terjadi disabilitas fisik dibandingkan yang tidak asma (OR = 1,217), risiko gangguan asma untuk terjadi disabilitas fisik menjadi lebih besar jika penderita berusia 55–64 tahun yaitu 2,9 kali (OR = 2,936) dan makin meningkat pada usia 75 tahun atau lebih sebesar 6,7 kali (OR = 6,703). Penderita sakit persendian 2,5 kali lebih besar terjadi disabilitas fisik dibandingkan yang tidak sakit persendian (OR = 2,55). Penderita dengan gangguan mental emosional kemungkinan akan terjadi disabilitas fisik 1,9 kali lebih besar dibandingkan yang tidak ada gangguan mental emosional (OR = 1,904). Kondisi ini makin meningkat risikonya jika penderita berusia 45–54 tahun yaitu 2,3 kali (OR = 2,326) dan makin meningkat hingga pada usia 75 tahun atau lebih yaitu sebesar 19,9 kali (OR = 19,904).

Hasil analisis di atas apabila digambarkan sebagai sebuah model matematis dengan variabel-variabel independen yang signifikan berhubungan akan memberikan prediksi untuk dapat terjadi disabilitas

fisik di perdesaan sebesar 77,2% sedangkan sisanya 22,8% akan diprediksi oleh variabel lain di luar analisis di atas.

Perbandingan Odd Ratio Gangguan Kesehatan (Penyakit) pada Disabilitas Fisik di perkotaan dan perdesaan

Perbandingan odd ratio ini dilakukan guna melihat gambaran efek terbesar dari gangguan kesehatan (penyakit) yang diderita terhadap disabilitas fisik di perkotaan dan perdesaan. Hasil perbandingan odd ratio terlihat pada tabel di bawah.

Tabel 11. Perbandingan Odd Ratio Gangguan Kesehatan (Penyakit) dengan Disabilitas Fisik di perkotaan dan perdesaan di Indonesia, Riskesdas 2007

No	Variabel Penyakit	Odd Ratio Disabilitas Fisik	
		Perkotaan	Perdesaan
1.	Jantung	1,518	1,584
2.	Diabetes M	2,064	1,524
3.	Persendian	2,775	2,557
4.	Asma	1,650	1,217
5.	Mental Emosional	2,540	1,904

Tabel di atas menunjukkan bahwa gangguan kesehatan (penyakit) Diabetes Mellitus, Persendian, Asma dan Mental Emosional menimbulkan disabilitas fisik lebih besar di perkotaan daripada perdesaan, hanya gangguan jantung saja yang sedikit lebih tinggi di perdesaan.

PEMBAHASAN

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa proporsi kejadian penyakit jantung, asma, rematik/persendian dan gangguan emosional banyak terdapat di daerah perdesaan dibanding perkotaan, sedangkan Diabetes

Mellitus, hipertensi yang kejadiannya banyak di perkotaan (gambar 1 dan 2). Keadaan ini menunjukkan bahwa telah terjadi pergeseran sosial yang cukup signifikan pada masyarakat perdesaan, seperti pola hidup misalnya. Kondisi ini sesuai dengan pendapat Dadang (2004) yang menyebutkan bahwa perubahan sosial yang serba cepat (*Rapid Social Change*) sebagai konsekuensi modernisasi, industrialisasi, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi telah memengaruhi nilai-nilai moral etika dan gaya hidup (*value system and way of life*). Perubahan tata nilai kehidupan sering kali juga disebut perubahan-perubahan psikososial, dapat dilihat dari beberapa hal yaitu: (1) pola hidup masyarakat dari yang semula sosial-religius cenderung ke arah pola kehidupan masyarakat individual, materialistis dan sekuler (2) Pola hidup sederhana dan produktif cenderung ke arah pola hidup mewah dan konsumtif (3) Struktur keluarga yang semula keluarga besar (*extended Family*) cenderung ke arah keluarga inti (*nuclear family*), bahkan sampai pada keluarga tunggal (*single parent family*) (4) Hubungan keluarga yang semula erat dan kuat (*tight family Relationship*) cenderung menjadi longgar dan rapuh (*loose family relationship*) (5) Nilai-nilai religius dan tradisional masyarakat, cenderung berubah menjadi modern bercorak sekuler dan serba boleh serta toleransi berlebihan (*permissive society*) (6) Lembaga perkawinan mulai diragukan, dan masyarakat cenderung untuk memilih hidup bebas atau hidup bersama tanpa ikatan perkawinan. (7) Ambisi karier dan materi yang sebelumnya menganut azas-azas hukum dan moral serta etika, cenderung berpola menghalalkan segala cara. Perubahan inilah yang kemungkinan terjadi di perdesaan Indonesia dan memberikan gambaran gangguan kesehatan seperti di atas.

Selanjutnya gambaran pada tabel 2 menunjukkan bahwa proporsi kejadian disabilitas wanita lebih besar dibandingkan pada laki-laki. Deskripsi ini memperjelas adanya dampak pergeseran fungsi dan peran jika ditinjau menurut jenis kelamin. Pendapat Scanzoni yang dikutip oleh Su'adah (2005) menyatakan bahwa laki-laki lebih *public oriented* dan wanita lebih *domestic oriented*. Artinya bahwa laki-laki diharapkan melakukan peran yang bersifat instrumental yaitu berorientasi pada pekerjaan untuk memperoleh nafkah (*task oriented*), sedangkan wanita harus melakukan peran yang bersifat *ekspresif* yaitu berorientasi pada emosi manusia serta hubungannya dengan orang lain

(*people oriented*). Menurut konsep ini jika dikaitkan dengan tingkat stres individu maka laki-laki cenderung lebih besar kemungkinannya untuk menjadi stres dibandingkan wanita karena laki-laki harus bersaing dalam masyarakat yang bekerja sedangkan wanita menjadi istri dan ibu dalam keluarganya. Sehingga lebih memungkinkan laki-laki mudah terserang gangguan mental emosional atau gangguan jantung akibat kondisi tersebut. Akan tetapi dalam era saat ini, wanita bukan lagi hanya melakukan peran yang bersifat *ekspresif* (*domestic oriented*), namun juga dituntut oleh keadaan untuk melakukan peran yang bersifat *task oriented* (*public oriented*) seperti laki-laki. Oleh karena itulah gangguan kesehatan di atas proporsinya menjadi lebih tinggi pada wanita daripada laki-laki. Lebih lanjut perubahan tersebut makin jelas bila melihat gambaran disabilitas yang dikaitkan dengan karakteristik responden.

Disabilitas jika dilihat dari gambaran usia maka memberikan gambaran tren yang makin meningkat seiring dengan peningkatan umur (tabel 2). Hal ini menunjukkan keadaan secara alami terjadi bahwa semakin meningkat usia, kecenderungan terjadi disabilitas juga makin meningkat. Namun kecenderungan peningkatan tersebut lebih banyak terjadi di perdesaan. Hal inilah yang perlu dicermati karena terlihat risiko disabilitas fisik dan psikososial hampir merata di semua kelompok usia dan lebih banyak di perdesaan. Gambaran ini juga menunjukkan bahwa kemungkinan *Rapid Social Change* yang berakibat pada disabilitas terjadi pada semua lapisan usia di perdesaan.

Selanjutnya jika dilihat dari faktor gangguan kesehatan yang memengaruhi terjadinya disabilitas fisik antara di perkotaan dan perdesaan, maka terdapat beberapa faktor risiko yang sama dan spesifik. Tabel 9 dan tabel 10 menunjukkan bahwa gangguan persendian, mental emosional, diabetes mellitus, jantung dan asma merupakan faktor yang berpengaruh cukup besar terhadap terjadinya disabilitas fisik. Keadaan ini menggambarkan bahwa gangguan kesehatan itu sebagai faktor risiko yang 'universal' terhadap terjadinya disabilitas fisik. Akan tetapi jika dicermati lebih mendalam tentang faktor yang berkaitan dengan disabilitas fisik, maka di daerah perkotaan gangguan kesehatan jantung risikonya makin meningkat secara signifikan untuk terjadi disabilitas fisik mulai kelompok usia 65 tahun ke atas, sedangkan di daerah perdesaan mulai

kelompok usia lebih muda yaitu 55 tahun ke atas. Di samping itu di daerah perkotaan interaksi antara jenis kelamin (Laki-laki dibanding wanita) dengan gangguan kesehatan jantung tidak berhubungan signifikan dengan disabilitas fisik, tetapi di daerah perdesaan interaksi antara jenis kelamin dan gangguan kesehatan jantung berhubungan secara signifikan dengan disabilitas fisik (OR = 1,11). Hal ini kemungkinan terjadi karena difusi informasi kesehatan khususnya tentang faktor pencetus terjadinya gangguan jantung di perdesaan lebih lambat difahami oleh masyarakat dibandingkan di perkotaan. Misalnya informasi tentang dampak merokok yang merupakan pencetus terjadinya gangguan kesehatan jantung. Sehingga masyarakat di perdesaan terutama laki-laki cenderung mengkonsumsi rokok lebih banyak dibanding di perkotaan sehingga gangguan kesehatan jantung di perdesaan dimulai pada usia lebih muda dibanding di perkotaan untuk bisa terjadi disabilitas fisik. Lambatnya difusi pemahaman masyarakat tentang faktor risiko gangguan jantung tentu saja berkaitan dengan pendidikan seseorang. Sebagian besar proporsi gangguan kesehatan jantung berpendidikan rendah (lihat tabel 1). Masyarakat perdesaan mungkin menerima perubahan-perubahan sosial tanpa filtrasi yang baik sehingga berefek pada pola hidup mereka dan pada gilirannya berpengaruh pada gangguan jantung. Cooley (1921), Mead (1934) yang dikutip oleh Sarlito (1999) menyatakan bahwa makin tingginya kecerdasan makin mampu seseorang menggambarkan dirinya sendiri dan makin baik konsep diri yang dipunyai sehingga makin kecil gangguan kesehatan yang dihadapinya. Demikian pula dengan Solevey (1989) yang dikutip Smet (1994) menyatakan bahwa '*self efficacy*' berkaitan erat dengan peningkatan kesehatan dan perilaku menghambat kesehatan.

Selanjutnya pada gangguan persendian secara umum, di perkotaan risiko terjadinya disabilitas fisik lebih besar (OR = 2,77) dibandingkan dengan perdesaan (OR = 2,55), akan tetapi jika gangguan persendian dikaitkan dengan tingkat ekonomi seseorang maka terlihat hanya di perkotaan saja yang menunjukkan gangguan persendian pada seseorang dengan kuintil 4 dan kuintil 5 (Kaya) berisiko terjadi disabilitas fisik, sedangkan di perdesaan tidak. Hal ini berkaitan dengan kesempatan seseorang untuk mengkonsumsi makanan berisiko terjadi gangguan persendian seperti makanan yang banyak mengandung asam urat

(Jerohan, lemak dan lain-lain). Di perkotaan dengan tingkat ekonomi yang cukup mapan maka peluang untuk mengkonsumsi makanan berisiko tersebut lebih besar dibandingkan di perdesaan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil analisis dan pembahasan di atas maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Disabilitas fisik lebih banyak terjadi di perdesaan daripada perkotaan, lebih banyak pada wanita dibanding laki-laki, lebih banyak terjadi pada responden yang tidak bekerja, ada kecenderungan meningkat kejadian disabilitas fisik seiring dengan meningkatnya umur, ada kecenderungan menurun kejadiannya seiring dengan meningkatnya kuintil dan pendidikan.
2. Proporsi kejadian disabilitas fisik karena Gangguan kesehatan Jantung, Mental emosional, Hipertensi, Persendian, Diabetes Mellitus, Asma, Tumor dan Stroke di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan.
3. Proporsi Gangguan kesehatan Jantung, Mental emosional, Persendian dan asma di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan, namun gangguan Diabetes Mellitus, Hipertensi, tumor dan stroke lebih tinggi di perkotaan.
4. Terdapat hubungan yang signifikan antara variabel desa/kota, umur, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan dan kuintil dengan gangguan kesehatan jantung, hipertensi, diabetes mellitus, persendian, mental emosional dan asma.
5. Gangguan persendian mempunyai risiko lebih besar terjadi disabilitas fisik dibanding gangguan kesehatan lainnya.
6. Risiko terjadinya disabilitas fisik pada penderita gangguan persendian di perkotaan 2,7 kali lebih besar dibanding yang tidak menderita gangguan persendian, sedangkan di perdesaan 2,5 kali.

Saran

Dari hasil analisis di atas, maka ada beberapa saran yang perlu diperhatikan dan ditindaklanjuti, antara lain adalah:

1. Tingginya disabilitas fisik di pedesaan, maka pelayanan kesehatan perlu memikirkan cara untuk memberikan edukasi dan mensosialisasikan pada masyarakat perdesaan dalam meminimalkan

disabilitas yang terjadi. Untuk yang mengalami disabilitas fisik perlu disediakan pelayanan rehabilitasi.

2. Perlu adanya peningkatan penyuluhan tentang pencegahan faktor risiko agar tidak sampai terjadi disabilitas fisik kepada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Budijanto D, 2007. Beban Ekonomi Keluarga Penderita Disabilitas Fisik Akibat Stroke dalam Kaitannya dengan Produktivitas Keluarga berdasarkan Faktor Personal, Sosial dan Budaya. *Disertasi*. Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
- Crocket A, 2003. *Your questions answered Asthma*. Churchill livingstone London.
- Dadang H, 2004. *Penyakit Jantung Koroner dimensi Psikoreligi*. Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Dadang H, 2004. *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Balai Penerbit FKUI, Jakarta
- Boedhi R, 2004. Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut): Teori Proses Menue. Editor Boedhi D, Hadi M. Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Harrison's, 2005. Principal of Internal Medicine, sixteenth edition: *Manual of Medicine*. McGraw-Hill Companies. Inc North America.
- Global Initiative for Asthma, Global Strategy for Asthma management and prevention, National Institutes of Health, National Heart, Lung Blood and Institute, revised 2002.
- Martanti M, 2001. Hubungan Antara Kematangan Emosi dan Persepsi Terhadap Dukungan Anak dengan Penyesuaian Diri dari Penderita Pasca Stroke. *Skripsi*. Universitas Airlangga Surabaya.
- Notosoedirdjo dan Latipun, 2002. *Kesehatan Mental, Konsep dan Penerapan*. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Pranawa, 2004. Naskah Lengkap Pertemuan Ilmiah Berkala Trigonum Sudema-2004: *Treating to Blood Pressure Target: what are missing?* Surabaya, 12–14 Maret 2004.
- Sarwono SW, 2003. *Teori-teori Psikologi Sosial*. Jakarta. Raja Grafindo Perkasa.
- Smet B, 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta. Gramedia.
- Su'adah, 2005. *Sosiologi Keluarga*. Universitas Muhammadiyah Malang. Hal: 48–50.