

DELAPAN DOMAIN KESEHATAN MENURUT “INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY & HEALTH” PADA PENDUDUK USIA ≥ 15 TAHUN DAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI (ANALISIS LANJUT RISKESDAS TAHUN 2007)

Puti Sari H, Dwi Hapsari T, Julianty Pradono¹

ABSTRACT

Background: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is the basic concept developed by World Health Organization (WHO) to describe public health condition. The potrait was collected and measured through their own perception of their health status in the past one month prior to survey. The-eight-health-domain were consist of mobility, self care, pain and discomfort, cognitive, public relation, vision, sleep disorders and afection. **Methods:** This study used cross sectional design with people aged 15 years old above as the sample. Analysis was undertaken with logistic regression to observe the association between independent and dependent variables. **Result:** The results shown that 68 percent of respondents were in good health category and 32 percent respondents were vice versa. Central Sulawesi Province was the worst in health condition (55.3%) while South Sumatera Province had the highest level of good health (81.2%). Factors has associated with health status were age, sex, education, having job, classification of living area, economic status, physical activity, fiber consumption, smoking behaviour, boddy mass index, hypertension and arthritis. In final model of multivariate test, the old age group (≥ 45 years old) were 2.5 times more likely to have bad health condition. People with low BMI's were 1.4 times more likely had bad health condition. Then, ex-smoker or people who had already terminated smoking were 2.1 times more likely had bad health condition. Moreover, people with arthritis complaints were 2.3 times more likely to have bad health status than those who were not suffered of arthritis. **In order to decrease the diseases related to smoke, it was necessary to improve smoking cessation promotion, so that people realized of cigarette hazard. The low enforcement of cigarette prohibited was crucial to be commenced too. While, it was critical to enhance formal and informal education about health promotion of healthy life style (diet, physical activity, fiber consumption) in earlier stage to increase the community health status.**

Key words: health status, physical activity, fiber consumption, smoking behaviour, hypertension, arthritis, ICF, Riskesdas

ABSTRAK

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) adalah konsep dasar yang dikembangkan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) untuk menggambarkan kondisi kesehatan masyarakat. Gambaran tersebut dikumpulkan dan diukur melalui persepsi responden terhadap status kesehatan mereka sendiri pada satu bulan terakhir sebelum wawancara. Delapan domain kesehatan tersebut terdiri dari mobilitas, perawatan diri, nyeri dan rasa tidak nyaman, konsentrasi, hubungan masyarakat, penglihatan, gangguan tidur dan perasaan cemas. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian cross sectional atau potong lintang pada penduduk yang berusia ≥ 15 tahun sebagai sampel. Analisis dilakukan dengan menggunakan regresi logistik untuk melihat hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas. Hasil analisis menunjukkan bahwa 68% responden berstatus baik dan hanya 32% yang berstatus buruk. Provinsi Sulawesi Tengah merupakan provinsi dengan status kesehatan terendah, sedangkan Provinsi Sumatera Selatan adalah yang berstatus kesehatan tertinggi. Pada model akhir dari uji multivariat, kelompok yang berusia lanjut (≥ 45 tahun) berisiko 2,5 kali untuk memiliki kondisi kesehatan buruk. Kemudian, mantan perokok atau orang yang sudah berhenti merokok 2,1 kali lebih berisiko untuk memiliki status kesehatan buruk dibandingkan yang tidak merokok. Orang yang menderita penyakit sendi 2,3 kali berisiko memiliki status kesehatan buruk daripada mereka yang tidak emiliki penyakit sendi. Diperlukan

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Biomedis dan Farmasi, Badan Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta.

Korespondensi:

E-mail: sellyi@yahoo.com

peningkatan penyuluhan tentang bahaya merokok sehingga masyarakat menyadari akibat dari bahaya merokok. Selain itu penting pula ditingkatkan penguatan terhadap larangan merokok. Pendidikan formal dan informal tentang hidup sehat harus ditingkatkan mulai dari sejak dini.

Kata kunci: status kesehatan, lanjut usia, perilaku merokok, penyakit sendi, ICF, Riskesdas

Naskah masuk: 6 Januari 2009, Review 1: 8 Januari 2009, Review 2: 8 Januari 2009, Naskah layak terbit: 18 Januari 2009

PENDAHULUAN

Tujuan pembangunan bidang kesehatan adalah tercapainya status kesehatan masyarakat yang optimal dengan terwujudnya masyarakat maju, mandiri dan sejahtera lahir dan batin. Menurut WHO, status kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi, perilaku, penyakit dan faktor sosial ekonomi, budaya dan lingkungan. Oleh karena itu penting untuk mengetahui seberapa besar peranan faktor tersebut dalam menentukan status kesehatan masyarakat.

Pada tahun 2007, Badan Litbangkes Departemen Kesehatan telah melakukan survei berskala nasional yaitu Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Selain menyangkut kesehatan masyarakat, survei ini juga meliputi penelitian mengenai biomedis dan gizi. Tujuan riset nasional ini adalah untuk menyediakan data kesehatan berbasis masyarakat secara nasional.

Dari survei tersebut dapat diperoleh informasi antara lain mengenai delapan domain kesehatan menurut *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) yang diasumsikan dapat memberikan gambaran tingkat kesehatan masyarakat. Gambaran tersebut dikumpulkan dan diukur secara subjektif melalui persepsi masyarakat terhadap kondisi kesehatan mereka selama satu bulan terakhir. Delapan domain itu meliputi mobilitas, perawatan diri, nyeri dan rasa tidak nyaman, kognitif/mengingat sesuatu, hubungan dengan masyarakat, penglihatan, gangguan tidur, afeksi/perasaan cemas.

Tulisan ini akan melakukan analisa pengaruh faktor-faktor sosial ekonomi, perilaku dan gaya hidup dan penyakit kronis terhadap delapan domain kesehatan masyarakat di Indonesia. Diharapkan hasil analisis ini dapat diketahui seberapa besar peranan tiap faktor tersebut terhadap delapan domain kesehatan masyarakat. Penelitian ini mempunyai tujuan secara umum.

Melakukan analisa kondisi kesehatan masyarakat melalui delapan domain kesehatan masyarakat di Indonesia dan faktor-faktor yang memengaruhinya,

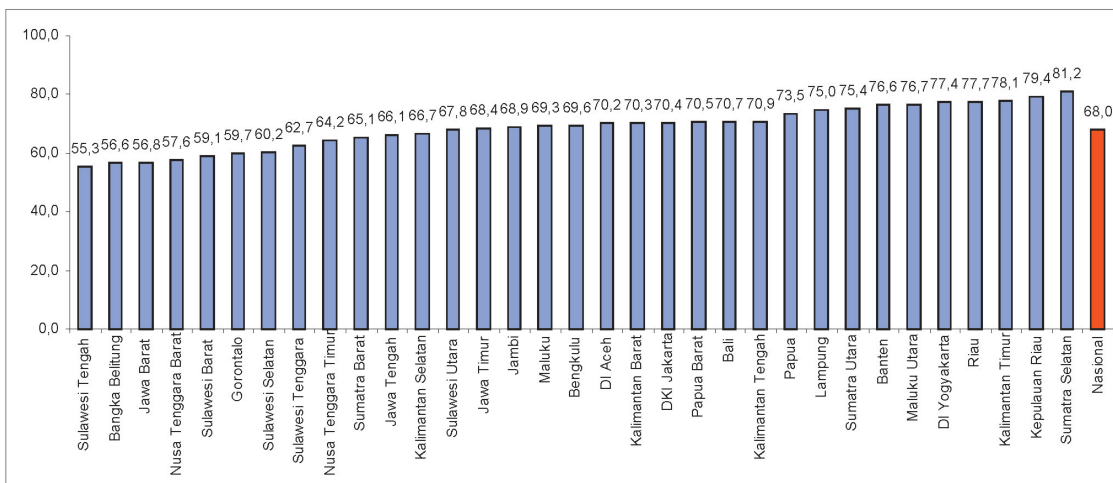
sedangkan secara khusus: 1) Mengetahui pengaruh faktor demografi terhadap kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia melalui delapan domain ICF; 2) Mengetahui pengaruh faktor lingkungan terhadap kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia melalui delapan domain ICF; 3) Mengetahui pengaruh faktor kondisi tubuh terhadap kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia melalui delapan domain ICF; dan 4) Mengetahui pengaruh faktor perilaku terhadap kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia melalui delapan domain ICF.

METODE

Jenis penelitian adalah deskriptif, dengan rancangan penelitian potong lintang (*cross sectional*). Populasi penelitian adalah masyarakat di 33 provinsi di Indonesia, dimana sampel adalah semua responden yang berusia 15 tahun ke atas.

Sumber data adalah hasil analisa data Riskesdas tahun 2007 setelah digabungkan dengan data Susenas KOR 2007. Sebagai variabel dependen yaitu komposit delapan domain kesehatan masyarakat sesuai rekomendasi *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) berdasarkan persepsi masyarakat terhadap kondisi kesehatan mereka dalam satu bulan terakhir. Delapan domain itu meliputi mobilitas, perawatan diri, nyeri dan rasa tidak nyaman, kognitif/mengingat sesuatu, hubungan dengan masyarakat, penglihatan, gangguan tidur, afeksi/perasaan cemas. Sedangkan independen variabel meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status bekerja, daerah tempat tinggal, status ekonomi, aktivitas fisik, konsumsi serat, perilaku merokok, status indeks massa tubuh, penyakit hipertensi dan sendi.

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan *software* SPSS dan Stata. Analisis dilakukan mulai dari menampilkan tabel-tabel distribusi frekuensi, tabulasi silang variabel dependen dan independen sampai dengan analisis regresi logistik untuk melihat hubungan dan peranan antar variabel.



Sumber: data primer Riskesdas 2007

Gambar 1. Persentase status kesehatan baik menurut provinsi, Riskesdas 2007

HASIL

Unit analisis dalam studi ini adalah responden yang berusia 15 tahun ke atas, hasil penggabungan data Suplemen Kesehatan Susenas Kor 2007 dan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Total jumlah sampel yaitu 664.196 responden berusia ≥ 15 tahun.

Gabungan atau komposit delapan domain kesehatan kemudian dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu baik dan buruk. Kategori **Baik** jika responden menjawab serangkaian pertanyaan mengenai kondisi kesehatan dan disabilitas dengan **tidak ada keluhan dan keluhan ringan**. Kategori **buruk** jika responden menjawab **ada keluhan yaitu sedang atau buruk atau sangat buruk**. Secara keseluruhan, hasil gabungan delapan domain kesehatan 68% responden masuk dalam kategori baik dan 32% dengan kategori buruk.

Status kesehatan masyarakat berdasarkan delapan domain menurut daerah

Dilihat dari status kesehatan responden menurut daerah, sebagian besar provinsi di Indonesia memiliki status kesehatan di atas rata-rata. Adapun yang dimaksud dengan status kesehatan di sini adalah persentase persepsi responden yang menilai baik terhadap status kesehatannya. Status kesehatan masyarakat pada bagian ini mengacu pada pengakuan responden tentang kondisi kesehatannya saat mereka diwawancarai (pertanyaan nomor E01 s.d E20 pada

kuesioner). Dari gambar di bawah ini dapat dilihat bahwa terdapat 13 provinsi yang berada di bawah rata-rata Nasional (68%), di mana Provinsi Sulawesi Tengah sebagai provinsi dengan gambaran domain kesehatan terendah (55,3%). Sedangkan Sumatera Selatan memiliki gambaran domain kesehatan yang tertinggi (81,2%). Yang menarik untuk dicermati, Jawa Barat yang merupakan provinsi di bagian Indonesia Barat dan jika dibandingkan dengan beberapa tahun terakhir yang selalu berada di posisi baik, ternyata tahun ini bisa berada di posisi peringkat ketiga terbawah. Di lain pihak Provinsi Papua Barat dan Maluku Utara mengalami kemajuan pesat dengan gambaran domain kesehatan di atas rata-rata Nasional. Kondisi tersebut diperkirakan merupakan keberhasilan program pemerintah dalam pemerataan pembangunan di Indonesia Bagian Timur (IBT). Sementara di Jawa Barat, kemunduran gambaran domain kesehatan di provinsi tersebut diperkirakan karena kondisi alam yang sedang tidak bersahabat dengan banyaknya bencana alam yang terjadi di sana beberapa tahun belakangan.

Jika dilihat dari masing-masing domain per provinsi, untuk domain **mobilitas diri**, terdapat 15 provinsi dengan gambaran domain kesehatan rendah atau berada di bawah rata-rata Nasional khusus mobilitas diri (87%) yaitu Jawa Barat, Kalimantan Selatan, Maluku, Kalimantan Barat, Sulawesi Tenggara, Sumatera Barat, D.I. Aceh, Bangka Belitung, Nusa Tenggara Timur, Gorontalo, Jambi,

Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Nusa Tenggara Barat dan yang terendah yaitu Sulawesi Barat (77%). Mobilitas diukur melalui tingkat kesulitan yang dialami responden dalam berjalan, baik di dalam maupun di luar rumah. Jika responden sehat fisiknya maka hampir dapat dipastikan tidak mengalami kesulitan dalam bergerak atau berjalan.

Domain **perawatan diri**, diperoleh hasil 15 provinsi dengan persentase kondisi kesehatan rendah atau berada di bawah rata-rata Nasional yaitu Lampung, Bangka Belitung, Gorontalo, Sulawesi Tenggara, Sumatera Barat, D.I. Aceh, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Bengkulu, Nusa Tenggara Barat, Maluku, Papua dan Sulawesi Barat, di mana Sulawesi Barat sebagai provinsi dengan gambaran domain kesehatan perawatan diri yang terendah (92%). Untuk gambaran domain kesehatan tertinggi khusus pada domain perawatan diri, ditemukan di Provinsi DKI Jakarta (98%). Hal ini diasumsikan karena Provinsi Sulawesi Barat awalnya adalah bagian dari Provinsi Sulawesi Selatan sehingga infrastruktur masih belum berkembang dengan baik.

Untuk domain **nyeri dan rasa tidak nyaman**, Provinsi Sulawesi Tengah merupakan provinsi dengan gambaran domain kesehatan yang paling rendah (82%), sedang Kepulauan Riau merupakan provinsi dengan gambaran domain kesehatan tertinggi (94%).

Domain berikut yaitu **daya ingat**, memberikan hasil hanya sebagian kecil provinsi dengan gambaran domain kesehatan rendah di antaranya Bali, Kalimantan Barat, Jambi, Sulawesi Tenggara, Jawa Tengah, Bengkulu, Nusa Tenggara Timur, Bangka Belitung, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Sumatera Barat, Gorontalo, Nusa Tenggara Barat dan Sulawesi Tengah. Sulawesi Tengah merupakan daerah yang paling rendah status kesehatan untuk domain ini (85%), sedang Kepulauan Riau yang paling baik gambaran domain kesehatannya (95%).

Status kesehatan dilihat dari domain **hubungan masyarakat** menunjukkan ada 14 provinsi yang berada di bawah rata-rata Nasional pada gambaran domain kesehatan rendah yaitu Kalimantan Barat, Maluku, Sumatera Barat, Nusa Tenggara Timur, Jawa Barat, Bengkulu, Jambi, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Bangka Belitung, Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Barat dan Sulawesi Barat. Sulawesi Barat memiliki gambaran domain kesehatan terendah

dengan 78%, sedang DKI Jakarta merupakan provinsi dengan status kesehatan tertinggi (94%) pada domain ini.

Status kesehatan berdasarkan domain **penglihatan** menggambarkan pola yang hampir mirip dengan domain lain, di mana Provinsi Sulawesi Barat merupakan wilayah dengan gambaran domain kesehatan terendah (78%) dan Kepulauan Riau yang terbaik dengan 92%.

Gangguan tidur banyak dikeluhkan oleh sebagian besar penduduk yang tinggal di Provinsi Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Tengah, Bangka Belitung, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Barat, Jawa Barat, Gorontalo, Sulawesi Selatan, Maluku, Bengkulu, Sumatera Barat, Sulawesi Tenggara, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, D.I Aceh, dan Jawa Tengah, di mana Nusa Tenggara Barat adalah provinsi yang memiliki gambaran domain kesehatan terendah (86%). Sementara Kepulauan Riau merupakan daerah yang tertinggi gambaran domain kesehatannya (96%).

Persentase provinsi dengan gambaran domain kesehatan **perasaan cemas** terendah diwakili oleh Provinsi Nusa Tenggara Barat (87%), dilanjutkan oleh Sulawesi Barat, Sulawesi Tengah, Nusa Tenggara Timur, Maluku, Jawa Barat, Sulawesi Selatan, Gorontalo, Sumatera Barat, Bangka Belitung, Sulawesi Tenggara, Kalimantan Barat, Jambi, Bengkulu, D.I Aceh dan Jawa Tengah. Sedangkan untuk persentase provinsi dengan gambaran domain kesehatan yang tertinggi adalah Kepulauan Riau (97%). Domain perasaan di sini lebih menitikberatkan pada rasa rendah diri, cemas dan tertekan yang lebih condong kepada masalah sosial kemasyarakatan. Pola ini mirip dengan pola pada domain gangguan tidur, menunjukkan adanya hubungan antara kedua domain.

Status kesehatan masyarakat menurut karakteristik penduduk, perilaku hidup sehat, status gizi dan penyakit kronis

Status kesehatan di sini sesuai *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* merupakan gabungan hasil penilaian dari 8 domain kesehatan yaitu mobilitas, perawatan diri, nyeri, daya ingat, hubungan masyarakat, penglihatan, gangguan tidur dan perasaan. Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat perbedaan persentase gambaran delapan domain kesehatan yang buruk antara responden usia muda (15–44 tahun) sebesar 22% nampak lebih kecil

Tabel 1. Hubungan karakteristik penduduk, perilaku hidup sehat, status gizi dan penyakit kronis dengan status kesehatan, Riskesdas 2007

Faktor	Status Kesehatan		N	p Value	OR	CI 95%
	Baik %	Buruk %				
Umur				0,00		
0. 15–44 tahun	77,9	22,1	462973		1	
1. ≥ 45 tahun	45,3	54,7	201223		4,004	3,960–4,048
Jenis Kelamin				0,00		
0. Laki-laki	70,8	29,2	319615		1	
1. Perempuan	65,4	34,6	344581		1,306	1,292–1,319
Pendidikan				0,00		
0. Tinggi	77,8	22,2	311692		1	
1. Rendah	59,4	40,6	352504		2,385	2,360–2,411
Pekerjaan				0,00		
0. Tidak kerja	54,7	45,3	74229		1	
1. Bekerja	69,7	30,3	589897		0,507	0,499–0,514
Status Ekonomi				0,00		
0. Quintile 4 dan 5	69,0	31,0	243211		1	
1. Quintile 1–3	67,5	32,5	418451		1,098	1,086–1,110
Wilayah				0,00		
0. Perkotaan	70,3	29,7	248533		1	
1. Perdesaan	66,6	33,4	415663		1,144	1,133–1,156
Aktivitas Fisik				0,00		
0. Cukup/Baik	69,2	30,8	372538		1	
1. Kurang	66,6	33,4	291658		1,133	1,121–1,144
Konsumsi Serat				0,00		
0. Cukup/Baik	65,3	34,7	40272		1	
1. Tidak Cukup	68,6	31,4	581098		0,918	0,899–0,938
Perokok				0,00		
0. Tidak pernah	69,1	30,9	414856		1	
1. Mantan perokok	48,4	51,6	25084		2,638	1,884–3,694
2. Perokok aktif	68,3	31,7	223387		0,893	0,811–0,985
Index Massa Tubuh				0,00		
0. Normal	70,3	29,7	437844		1	
1. Kurus	60,7	39,3	88713		1,795	1,572–2,051
2. Gemuk	66,4	33,6	118011		1,416	1,244–1,611
Hipertensi				0,00		
0. Tidak	73,4	26,6	420106		1	
1. Ya	57,0	43,0	193966		2,089	2,066–2,113
Sakit Sendi				0,00		
0. Tidak	76,6	23,4	460223		1	
1. Ya	48,7	51,3	203973		3,311	3,276–3,348
Total	68,0	32,0	664196			

jika dibandingkan dengan responden usia 45 tahun ke atas yaitu sebanyak 55%. Secara statistik perbedaan ini sangat bermakna. Selain itu, perbedaan yang

cukup signifikan juga terjadi pada responden laki-laki dimana yang berstatus kesehatan buruk sebesar 29% dibandingkan perempuan yaitu 35%. Tingkat

Tabel 2. Multivariat karakteristik penduduk, perilaku hidup sehat, status gizi dan penyakit kronis dengan status kesehatan, Riskesdas 2007

	α	β	p Value	OR	CI 95%	% klasifikasi benar
Konstanta	-1,502					73,2
Umur		0,943	0,00	2,45	2,41	2,48
Jenis Kelamin		0,416	0,00	1,59	1,57	1,62
Pendidikan		0,381	0,00	1,46	1,44	1,48
Wilayah		-0,06	0,00	0,93	0,92	0,95
Pekerjaan		-0,54	0,00	0,59	0,58	0,61
Tingkat ekonomi		0,047	0,00	1,04	1,03	1,05
Aktivitas Fisik		0,091	0,00	1,08	1,06	1,09
Konsumsi serat		-1,41	0,00	0,87	0,85	0,89
Perokok						
Mantan		0,135	0,00	2,05	1,98	2,12
Perokok aktif		0,100	0,00	1,36	1,34	1,39
Index Massa Tubuh						
Kurus		0,057	0,00	1,37	1,35	1,40
Gemuk		0,006	0,00	1,04	1,03	1,06
Hipertensi		0,023	0,00	1,29	1,27	1,31
Sakit sendi		0,804	0,00	2,29	2,26	2,32

pendidikan dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu tingkat pendidikan tinggi (minimal tamat SMP) dan tingkat pendidikan rendah (tidak bersekolah sampai dengan tidak tamat SMP). Persentase responden berpendidikan tinggi yang berstatus kesehatan buruk yaitu 22%, sedangkan persentase responden berpendidikan rendah yang memiliki status kesehatan buruk sebesar 41%. Status ekonomi rumah tangga dibagi menjadi 5 bagian yaitu *quintile* 1 sampai dengan 5. Dalam studi ini, 5 tingkat itu dikelompokkan lagi menjadi 2 kategori yaitu kategori tinggi dan rendah. Kategori tinggi yaitu rumah tangga yang berada pada *quintile* 4–5, sedangkan kategori rendah yaitu *quintile* 1 sampai dengan 3. Hasil menunjukkan status kesehatan buruk lebih banyak dimiliki oleh mereka yang rumah tangganya berada pada kategori rendah (33%) dibandingkan rumah tangga yang berada pada *quintile* 4 dan 5 (31%). Sebagian besar responden yang bermukim di perdesaan 33%-nya memiliki status kesehatan yang buruk, sedang yang bermukim di perkotaan yaitu hanya 30%.

Status kesehatan masyarakat dan faktor-faktor yang berhubungan

Tabel 2 berikut ini menggambarkan hubungan faktor-faktor demografi seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, wilayah tempat tinggal, faktor perilaku dan gaya hidup seperti aktivitas fisik, konsumsi

serat, kebiasaan merokok, serta faktor prevalensi penyakit seperti hipertensi dan penyakit sendi dengan gambaran domain kesehatan responden. Status kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yaitu baik dan buruk. Status kesehatan dikategorikan baik jika responden melaporkan tidak mengalami gangguan atau hanya mengalami gangguan ringan dalam satu bulan terakhir dalam delapan domain kesehatan.

Setelah dilakukan uji *chi square*, diperoleh beberapa variabel yang memiliki hubungan yang bermakna dengan status kesehatan. Variabel-variabel ini kemudian diuji kembali untuk melihat sampai sejauh mana peranannya terhadap status kesehatan melalui uji regresi logistik dengan menggunakan metode enter.

Dalam melakukan uji regresi logistik, dilakukan pula uji interaksi dengan memasukkan pasangan variabel tunggal yang dalam literatur dianggap memiliki hubungan ke dalam tiap-tiap model. Beberapa model ternyata menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna secara statistik dalam uji interaksi tersebut. Hingga pada akhirnya ditemukan adanya hubungan yang secara statistik bermakna yaitu pada model dengan uji interaksi antara variabel tunggal aktivitas fisik dan usia. Adapun hasil yang diperoleh dapat dilihat dalam tabel 2 di bawah ini. Melalui uji interaksi tersebut, diperoleh hasil variabel aktivitas fisik dan variabel usia secara bersamaan memiliki peranan dalam menentukan status kesehatan responden.

Dari model tersebut dapat diasumsikan bahwa yang berperan dalam status kesehatan adalah faktor umur, jenis kelamin, pendidikan, wilayah tinggal, pekerjaan, ekonomi, aktivitas fisik, konsumsi serat, perilaku merokok, indeks massa tubuh, penyakit hipertensi, dan gangguan sendi.

Adapun “persentase klasifikasi benar” mempunyai arti bahwa model tersebut 73,1 % dapat menjelaskan secara benar peranan faktor-faktor yang berhubungan terhadap status kesehatan.

PEMBAHASAN

Status kesehatan merupakan salah satu tujuan akhir yang ingin dicapai oleh SKN. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* telah mengembangkan delapan domain deskripsi status kesehatan yang dijabarkan menjadi mobilitas (berjalan di dalam maupun di luar rumah), perawatan diri (merawat diri sendiri misal mandi atau berpakaian), nyeri dan rasa tidak nyaman (merasakan sakit/pegal linu atau nyeri), kognitif (memusatkan pikiran pada kegiatan atau mengingat sesuatu), hubungan dengan masyarakat (pergaulan atau melibatkan diri dalam kegiatan kemasyarakatan) penglihatan (mengenal orang di seberang jalan, kira-kira jarak 20 m), tidur (gangguan tidur) dan perasaan (merasa sedih, rendah diri atau tertekan). Penilaian ke delapan domain dalam status kesehatan ini pada penduduk usia 15 tahun ke atas. Mereka diminta mendeskripsikan keadaan kesehatan menurut penilaiannya sendiri dalam satu bulan terakhir sampai saat wawancara. Dalam mendeskripsikan status kesehatannya, mereka diminta menilai status kesehatannya dalam 5 kategori yaitu tidak ada kesulitan, ringan, sedang, sulit dan sangat sulit. Dalam analisis ini diasumsikan status kesehatan baik jika tidak ada keluhan atau keluhan ringan, sedang status kesehatan buruk jika keluhan sedang, berat dan sangat berat. Hasil analisis menunjukkan status kesehatan masyarakat cukup tinggi yaitu 68% berstatus baik.

Dalam studi ini, status kesehatan dibagi menjadi status kesehatan secara umum yaitu dengan menggabungkan 8 domain sesuai klasifikasi ICF yang dianalisis tiap provinsi. Selain itu juga dilakukan analisis status kesehatan tiap domain pada tiap provinsi. Secara umum, status kesehatan di tiap provinsi bervariasi. Pola ini terus berulang untuk tiap domain yang ditanyakan.

Di samping itu hasil analisis terhadap status kesehatan ditinjau dari hubungannya dengan faktor-faktor risiko menunjukkan, pada kelompok usia di atas 45 tahun memiliki 2 kali kemungkinan berstatus kesehatan buruk dibandingkan dengan kelompok usia muda. Pada umumnya status kesehatan penduduk usia 15 tahun ke atas bertambah buruk dengan bertambahnya usia terutama pada 45 tahun ke atas. Hal ini dimungkinkan karena pada usia tua, fungsi organ tubuh manusia mengalami penurunan dibandingkan saat berusia muda. (Rika Sabri, 2008)

Selain itu, hasil analisis juga menunjukkan bahwa perempuan berpeluang 1,6 kali berstatus kesehatan buruk dibanding laki-laki. Pada beberapa studi, khususnya studi kesehatan, misal studi mengenai penyakit hipertensi, perempuan memang memiliki risiko lebih besar terkena penyakit hipertensi daripada laki-laki. Hal ini dimungkinkan karena pada umumnya perempuan di Indonesia yang menganut sistem ‘*patriarkhi*’ adalah termasuk ‘warga kelas dua’ di mana laki-laki sebagai pencari nafkah harus diutamakan dan mendapatkan yang terbaik, sehingga perempuan harus ‘mengalah’. Demikian juga dalam status kesehatan, terdapat anggapan bahwa kondisi kesehatan laki-laki dalam keluarga baik itu ayah atau anak laki-laki harus lebih diutamakan daripada perempuan. Di samping itu peraturan perundang-undangan masih berpihak pada salah satu jenis kelamin dengan kata lain belum mencerminkan kesetaraan gender dan penafsiran ajaran agama yang kurang komprehensif menyebabkan perempuan belum memperoleh hak-haknya secara optimal.

Kelompok berpendidikan rendah berpeluang 1,5 kali memiliki status kesehatan yang buruk dibandingkan kelompok berpendidikan tinggi. Masyarakat dengan pendidikan tinggi pada umumnya lebih mengerti bagaimana mencapai status kesehatan yang optimal. Misalnya mereka yang berpendidikan tinggi tahu bagaimana mencegah terjadinya penyakit dan penularannya, bagaimana menu makanan bergizi dan pola konsumsinya, di mana kesemuanya itu pada akhirnya menuju tercapainya status kesehatan yang baik. Rendahnya tingkat pendidikan sebuah rumah tangga miskin menyebabkan mereka tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan. Keluarga ini pun tidak mampu menjaga kesehatan ibu mengandung sehingga mengakibatkan tingginya risiko kematian ibu saat melahirkan.

Kelompok yang tinggal di perkotaan berpeluang 1,1 kali memiliki status kesehatan baik dibanding mereka yang berdomisili di perdesaan. Ini disebabkan pada umumnya akses ke fasilitas kesehatan di perkotaan lebih mudah dan cepat dibandingkan di perdesaan, sehingga kesembuhan penyakit dapat diupayakan segera. Kasus penyakit bisa ditekan, demikian juga tingkat keparahan penyakit dapat ditekan sehingga memengaruhi kondisi kesehatan masyarakat.

Kelompok yang tidak bekerja berpeluang 1,7 kali memiliki gambaran domain kesehatan baik dibanding mereka yang bekerja. Hal ini dimungkinkan karena orang yang bekerja cenderung berkompetisi dalam lingkungan kerjanya sehingga menjalani kegiatan sehari-harinya dalam tekanan fisik dan mental. Hal ini mengakibatkan timbulnya kelelahan dan stres lebih besar daripada mereka yang tidak bekerja. Karena gangguan kesehatan pada pekerja dapat disebabkan oleh faktor yang berhubungan dengan pekerjaan maupun yang tidak berhubungan dengan pekerjaan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa status kesehatan masyarakat pekerja dipengaruhi tidak hanya oleh bahaya kesehatan di tempat kerja dan lingkungan kerja tetapi juga oleh faktor-faktor pelayanan kesehatan kerja, perilaku kerja serta faktor lainnya. (Depkes, 2009). Hal tersebut dewasa ini masih sangat relevan mengingat angka kecelakaan kerja dan angka kejadian penyakit baik penyakit di masyarakat akibat lingkungan yang tidak sehat maupun penyakit akibat kerja yang masih tinggi di berbagai perusahaan di Indonesia.

Kelompok dengan tingkat ekonomi rendah berpeluang 1,0 kali memiliki gambaran domain kesehatan buruk daripada mereka yang berasal dari kelompok ekonomi tinggi. Tentunya hal ini berhubungan dengan daya beli kelompok mampu terhadap makanan bergizi, akses ke fasilitas kesehatan yang mudah dan kemudahan lainnya yang dapat mereka peroleh dengan kemampuan keuangannya. Upaya pemerintah menciptakan pemerataan pelayanan kesehatan dan meningkatkan akses masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan tampaknya masih belum terwujud. Fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit memiliki jangkauan yang terbatas. Penyebaran tenaga kesehatan masih terkonsentrasi di kota-kota besar sehingga menyulitkan masyarakat miskin untuk mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu. (Bappenas, 2009).

Kelompok yang kurang melakukan aktivitas fisik berpeluang 1,1 kali memiliki gambaran domain kesehatan buruk dibandingkan kelompok yang cukup melakukan aktivitas. Hal ini sesuai dengan beberapa literatur yang menyatakan bahwa kegiatan aktivitas fisik yang cukup dan teratur dapat meningkatkan kesehatan tubuh. (Kristanti, 2002).

Sedangkan kelompok yang cukup mengonsumsi serat juga berpeluang 1,1 kali memiliki gambaran domain kesehatan yang baik dibandingkan kelompok yang kurang konsumsi serat. Hal ini sesuai dengan beberapa studi yang ada yaitu penelitian epidemiologi yang dilakukan di Afrika membuktikan bahwa orang-orang Afrika berkulit hitam yang mengonsumsi makanan tinggi serat dan diet rendah lemak mempunyai angka kematian yang rendah akibat kanker usus besar (kolon) dibandingkan orang Afrika yang berkulit putih dengan diet rendah serat dan tinggi lemak. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa diet tinggi serat mempunyai efek proteksi untuk kejadian kanker kolon. (Siagian, 2003).

Mantan perokok berpeluang 2,1 kali berstatus kesehatan buruk daripada yang tidak pernah merokok. Begitu juga dengan perokok aktif berpeluang 1,4 kali memiliki status kesehatan buruk daripada kelompok yang tidak pernah merokok. Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang menyatakan bahwa merokok sebagai faktor risiko untuk penyakit-penyakit seperti gangguan pernafasan, batuk menahun, penyakit paru, infertilitas, gangguan kehamilan pada wanita, penyakit jantung koroner, dan kanker. (Litbangkes, 2002). Namun, terdapat kecenderungan mantan perokok memiliki risiko lebih besar dari perokok aktif atau yang masih merokok saat ini. Dapat diinterpretasikan bahwa **mereka yang merokok berhenti merokok setelah menderit sakit atau merasakan adanya keluhan dalam menjalankan hidup sehari-hari**. Hal ini dimungkinkan karena pada umumnya rokok memiliki *dose-response effect*. Artinya makin muda usia mulai merokok makin besar pengaruhnya terhadap kesehatan. Makin awal seseorang mulai merokok makin sulit untuk berhenti merokok. Sementara hasil dari survei kesehatan sebelumnya seperti Susenas dan SKRT menyatakan, usia mulai merokok pada kelompok usia muda makin meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan data Susenas, persentase penduduk umur 10 tahun ke atas meningkat dari 8,5% (1995) menjadi 9,4% (2001). Dan pada kelompok usia

15–19 tahun, terjadi peningkatan yang cukup tinggi dari 54% (1995)⁴⁾ menjadi 59% (2001). (Litbangkes, 2005). Sedangkan tahun 2004, tercatat sekitar 14% perokok mulai merokok pada usia di bawah 15 tahun (SKRT 2004). (Riyadina, 2002). Jadi, jika dihubungkan dengan umur, faktor mulai merokok di usia muda menyebabkan makin banyaknya zat-zat berbahaya yang terakumulasi di dalam tubuh yang memengaruhi status kesehatan menjadi lebih buruk. Orang yang sudah berhenti merokok dengan orang yang masih merokok saat ini dianggap memiliki faktor risiko yang berbeda, di mana zat berbahaya sudah banyak terakumulasi pada mantan perokok dibandingkan mereka yang masih perokok aktif karena mereka diasumsikan masih baru mulai merokok. (Bustan, 2000).

Pada kelompok kurus berpeluang 1,4 kali berstatus kesehatan buruk daripada kelompok dengan IMT normal. Sedang kelompok gemuk berpeluang 1,0 kali berstatus kesehatan buruk dibandingkan dengan IMT normal. Hal ini sejalan dengan pengertian bahwa kurus dan gemuk keduanya mempunyai risiko terhadap status kesehatan. Namun jika kurus dianggap lebih berisiko daripada gemuk terhadap IMT normal dimungkinkan karena kurus dianggap lebih rentan terhadap penyakit-penyakit yang muaranya memengaruhi kepada status kesehatan daripada mereka yang gemuk. **Kurus dapat diasumsikan kekurangan asupan zat gizi yang dibutuhkan tubuh, sehingga dapat memperbesar risiko terhadap penyakit baik penyakit menular maupun degeneratif.** (Chrisna, Irwanto, Tarigan, 2009). Hal ini berbeda tentunya dengan penelitian yang mempelajari hubungan hipertensi dan berat badan, di mana gemuk lebih berisiko menjadi hipertensi daripada kurus. (Litbangkes, 2002).

Hasil analisis juga menunjukkan kelompok berpenyakit hipertensi cenderung berstatus kesehatan buruk 1,3 kali dibandingkan dengan mereka yang tidak berpenyakit tersebut. Hal ini sejalan dengan asumsi bahwa hipertensi adalah awal untuk proses lanjut mencapai target organ mengalami kerusakan yang lebih berat. (Litbangkes, 2002). Kecilnya risiko yang dihasilkan dalam analisis ini dapat diakibatkan karena penderita hipertensi pada umumnya tidak merasakan adanya gejala (Riyadina, 2002). Hipertensi jika berkembang menjadi penyakit jantung dapat

mengakibatkan kematian jika tidak ditangani dengan benar. (Depkes, 2007).

Kelompok penderita gangguan sendi berpeluang 2,3 kali berstatus kesehatan buruk daripada yang tidak memiliki penyakit tersebut. Hal ini sangat beralasan mengingat orang yang menderita penyakit sendi atau rematik tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya karena kaku dan nyeri serta mengalami pembengkakan di sekitar persendian baik lengan, tangan, tungkai dan kaki. Jika terus dibiarkan maka penyakit ini akan mengarah kepada disabilitas anggota gerak. Namun nampaknya penyakit ini masih dianggap tidak begitu penting bagi penderitanya mengingat kurang dari separuh (44%) dari penderita penyakit ini yang mencari pengobatan untuk penyakitnya (SKRT 2004) dan dari proporsi itu pun hanya tinggal separuhnya (22%) yang masih menjalani pengobatan dalam 2 minggu sebelum wawancara. Rendahnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat serta masih berkembangnya mitos soal rematik masih menjadi problema bagi penurunan prevalensi penyakit ini yang muaranya adalah menurunnya kondisi kesehatan masyarakat.

KESIMPULAN

Kesimpulan

1. Faktor-faktor yang memengaruhi status kesehatan menurut *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, wilayah tinggal, pekerjaan, tingkat ekonomi, aktivitas fisik, konsumsi serat, perilaku merokok, indeks massa tubuh, penyakit hipertensi dan gangguan sendi.
2. Status kesehatan cenderung lebih rendah pada kelompok yang berusia tua, perempuan, berpendidikan rendah, tinggal di perdesaan, bekerja, tingkat ekonomi rendah, kurang aktivitas fisik, kurang konsumsi serat, mantan perokok, kurus, berpenyakit hipertensi dan sendi.
3. Mantan perokok berisiko lebih besar memiliki status kesehatan buruk dibandingkan dengan tidak merokok, diasumsikan mereka berhenti merokok/menjadi mantan perokok karena telah merasakan adanya keluhan kesehatan/menderita sakit.

4. Kelompok kurus lebih berisiko memiliki status kesehatan buruk daripada kelompok dengan IMT normal, diasumsikan kurus karena kekurangan asupan zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh, sehingga rentan terhadap penyakit, baik penyakit menular atau tidak menular.
5. Kelompok yang menderita penyakit-penyakit kronis seperti hipertensi dan sendi berpeluang memiliki status kesehatan buruk daripada yang tidak menderita penyakit, diasumsikan mereka yang menderita penyakit memiliki keluhan terhadap kondisi kesehatannya sehingga memengaruhi penilaian dirinya terhadap 8 domain ICF.
6. Secara umum, status kesehatan baik dengan persentase terendah dialami oleh Provinsi Sulawesi Tengah, sedang persentase tertinggi adalah Provinsi Sumatera Selatan.
7. Dari 8 domain yang dianalisis, Provinsi Kepulauan Riau menduduki peringkat terbaik pada 5 domain, yaitu domain Nyeri, Daya Ingat, Penglihatan, Gangguan Tidur dan Cemas. Hal ini diasumsikan karena Provinsi Kepulauan Riau yang terletak pada jalur lalu lintas internasional dan memiliki potensi sumber daya alam yang cukup besar sehingga memungkinkan penduduknya cepat mencapai tingkat kesejahteraan yang tinggi.

Saran

1. Pemerintah agar lebih memfokuskan program kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat kepada kelompok dengan karakteristik sebagai berikut berusia tua, berpendidikan rendah, tinggal di perdesaan dan tingkat ekonomi rendah.
2. Penting untuk membuat program dan peningkatan intensitas pelaksanaan program kesehatan yang berkaitan dengan peningkatan aktivitas fisik dan konsumsi serat.
3. Pemerintah perlu melakukan optimalisasi pengendalian rokok serta penguatan UU Anti Rokok demi mengurangi prevalensi penyakit akibat merokok.
4. Peningkatan penyuluhan gizi baik di sekolah maupun kegiatan PKK, dan posyandu agar semakin banyak masyarakat yang memahami bagaimana pemenuhan gizi yang adekuat sehingga menurunkan prevalensi kurus dan obesitas.
5. Meningkatkan upaya promosi kesehatan yang intensif berkaitan dengan pencegahan dan perawatan orang dengan penyakit hipertensi dan sendi, misalnya diet makanan, memahami faktor pencetus dan bagaimana pencegahan dan perawatannya yang benar. Dan orang yang sudah mengidap penyakit degeneratif (hipertensi dan sendi) diupayakan tetap dapat hidup produktif secara optimal.
6. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah bekerja sama dan mengupayakan peningkatan dan pemerataan kesejahteraan rakyat di daerah yang terdeteksi memiliki status kesehatan kurang baik, seperti Provinsi Sulawesi Barat, Sulawesi Tengah dan Nusa Tenggara Barat.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Dr. Triono Soendoro, PhD; Dr. Faizati Karim, MPH; dan Prof. DR. Dr. Agus Purwadianto yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan analisis data Riskesdas 2007. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada tim KI puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan serta reviewer yang tidak dapat disebutkan satu per satu atas masukan dan kritikan yang membangun sehingga dapat membantu penyempurnaan tulisan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Erkaningrum IF. 2002. *The boundary/less career* pada abad ke 21. Artikel dalam *Paradigma Baru Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta. Penerbit Amara Books
- Handayani L, Sopacua E, Siswanto, Ma'ruf NA & Widjiartini. 2006. *Upaya revitalisasi pelayanan kesehatan Puskesmas dan jaringannya dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Laporan Penelitian*, Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Surabaya.
- Harrington B. 2007. *The protean career*. Center for work and family, Boston.
- Indonesia Departemen Kesehatan. 2004. *Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Depkes, Jakarta.
- Notoatmojo S. 2003. *Pengembangan sumber daya manusia*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Murti B. 2006. *Desain dan ukuran sampel untuk penelitian kuantitatif dan kualitatif di bidang kesehatan*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Setyawan IR. 2002. Manajemen sumberdaya manusia strategis: repositioning peran, perilaku plus kompetensi serta peran SDM strategi. Artikel dalam

Delapan Domain Kesehatan (Puti Sari H, Dwi Hapsari T, Julianty Pradono)

Paradigma Baru Manajemen Sumber Daya Manusia., Amara Books, Yogyakarta.

Soetjipto BW. 2002. Manajemen sumber daya manusia: sebuah tinjauan komprehensif (bagian 1). Artikel dalam *Paradigma Baru Manajemen Sumber Daya Manusia*, Amara Books, Yogyakarta.

Stokes P. 2007. *Implementing decentralization in health: sharing experiences and ways forward. Where*

are we now?. Ppt dalam 6th annual forum on health care decentralization di Bali. Available at: www.desentralisasi-kesehatan.net.

Rangkuman dan Kesepakatan Pertemuan Koordinasi perencanaan dan pendayagunaan SDM kesehatan. 2007. Diakses 26 Agustus 2007, Available at: www.tenaga-kesehatan.or.id