PENGARUH LINGKUNGAN SEHAT, DAN PERILAKU HIDUP SEHAT TERHADAP STATUS KESEHATAN

Dwi Hapsari, Puti Sari dan Julianty Pradono

Pusat Penelitian dan Pengembangan Ekologi dan Status Kesehatan Jakarta

Abstract. *An essential asset in the nation development, human resource was influenced by level of education, nutrition and health, living environment and economic level. Demographic transition and disease epidemiology had made behaviour and lifestyle changes more complex. Thus, health environmental problem was caused by water sanitation, crowding, solid waste that were not comprehensively integrated in the system. Using Baseline Health Research (Riskesdas) 2007 and National Socio – Economic Survey (Susenas) 2007 which had combined as data source, the analysis unit of this study was respondents aged above 15 years old. Logistic regression was used as a statistical analysis. Physical activity had a role to determine health status based on degenerative disease. People lived in unhealty environment were 1,1 times more likely to have bad status in health than those in good environment. Active smoker were 1,1 times more likely to have bad status in health than for those who did not smoke at all. As already known, smoking was the risk factor for respiratory diseases, heart disease, infertility, cancer, etc*

Key Words : Health status, health behaviour, environment health

PENDAHULUAN

Sumber daya manusia (SDM) merupakan hal penting dalam pembangunan suatu bangsa dan mutunya sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan latihan, kesehatan dan gizi, lingkungan hidup mereka tinggal, serta kemampuan ekonomi keluarga. [1] Penduduk yang sehat akan mampu untuk bekerja produktif yang dapat berdampak meningkatkan pendapatan keluarga. Faktor kesehatan bukanlah sekadar pelayanan pada saat seseorang jatuh sakit tetapi dipandang pula sebagai modal pembangunan.

Kesehatan merupakan faktor pertama dan utama yang mempengaruhi kualitas SDM dalam mendukung pembangunan berkelanjutan. [2] Dalam pencapaian peningkatan status kesehatan bukan hanya tanggungjawab atau kebijakan dari Departemen Kesehatan, tetapi merupakan pengintegrasian dari berbagai departemen/institusi serta dukungan dari masyarakat untuk meningkatkan kesehatannya. [3]

Status kesehatan seseorang atau suatu komunitas masyarakat, merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal manusia maupun faktor eksternal manusia (H.L. Blum) [5]. Faktor internal ini terdiri dari faktor fisik dan psikis. Faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor seperti sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi, pendidikan dan sebagainya. Secara garis besar status kesehatan dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan, gaya hidup/perilaku,

pelayanan kesehatan, dan genetik/ keturunan. Faktor lingkungan, yang mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya.

Faktor lingkungan mempengaruhi sebanyak 45 persen, faktor perilaku 30 persen, faktor pelayanan kesehatan 20 persen, dan faktor genetik hanya berpengaruh 5 persen terhadap status kesehatan. Status kesehatan merupakan kesatuan dari kondisi kesehatan fisik, kesehatan mental, dan kesehatan sosial seseorang atau masyarakat. Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa sakit dan memang secara klinis tidak menunjukkan gejala sakit. Kesehatan mental (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni: pikiran, emosional, dan spiritual. Sedangkan Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain secara baik, atau mampu berinteraksi dengan orang atau kelompok lain tanpa membeda - bedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik dan sebagainya. [5]

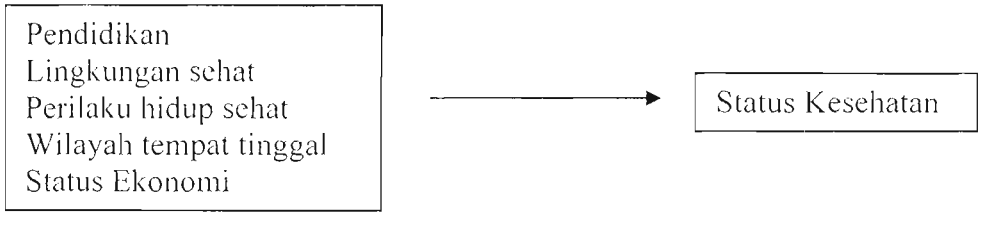
Status kesehatan masyarakat dapat dinilai berdasarkan pencapaian umur harapan hidup, angka kesakitan, angka kecacatan, angka kematian, pencapaian keikutsertaan dalam pelayanan kesehatan, pencapaian kepuasan internal, kepuasan eksternal, partisipasi dalam kehidupan sosial, dan lingkungan. Dalam suatu komunitas, keempat faktor pendukung tersebut mempunyai hubungan erat dengan sumber daya alam, jumlah penduduk, sistem budaya, kepuasan manusia, dan keseimbangan lingkungan. [2]

Faktor lingkungan terdiri dari 1) lingkungan sosial-budaya yaitu pendidikan, pekerjaan, pendapatan, kebudayaan, dan agama; 2) lingkungan fisik dan biologi baik yang merupakan sumber daya alam maupun rekayasa manusia. Termasuk di dalammya sumber air, sanitasi lingkungan, pencemaran, sumber vektor dan lainnya; Faktor gaya hidup meliputi sikap dan perilaku. Faktor genetik meliputi sistem immunitas individu, dan penyakit yang diturunkan; sedangkan faktor pelayanan kesehatan meliputi pencegahan, pengobatan, perawatan dan rehabilitasi. [5]

Berdasarkan faktor-faktor yang telah diuraikan, tidak semua variabel dapat penulis analisis dan merupakan keterbatasan dalam penulisan ini. Variabel dependen status kesehatan adalah variabel komposit angka kesakitan dalam satu bulan terakhir. Sedangkan variabel independen yang dianalisis adalah: (1) Faktor lingkungan yaitu lingkungan sosial budaya dan pengetahuan tentang kesehatan lingkungan. Variabel sosial budaya adalah tingkat pendidikan dan variabel pengetahuan tentang kesehatan lingkungan meliputi pengetahuan tentang lingkungan fisik perumahan, penyediaan air bersih, pengelolaan sampah, pembuangan kotoran, pengelolaan air limbah; (2) Faktor perilaku, yaitu variabel konsumsi makanan berserat, kebiasaan merokok, kebiasaan aktivitas fisik. Tujuan mengetahui pengaruh tingkat pendidikan, status ekonomi, perilaku hidup sehat, dan lingkungan sehat terhadap status kesehatan.

BAHAN DAN CARA

a. Kerangka Konsep



b. Batasan Operasional

Variabel Dependen

Status kesehatan

Dinilai dengan menanyakan kondisi kesehatan dalam 1 atau 12 bulan terakhir. Status kesehatan "baik" apabila responden menyatakan tidak ada keluhan atau tidak ada diagnosa penyakit oleh tenaga kesehatan selama 1 atau 12 bulan terakhir, sedangkan "buruk" apabila mempunyai salah satu keluhan kesehatan selama 1 atau 12 bulan terakhir

Variabel Independen

Pendidikan

Pendidikan terakhir yang ditamatkan sampai memperoleh ijasah. Dalam analisis pendidikan dibagi 3 yaitu tidak lulus SD dan tidak sekolah, telah memiliki ijasah SD atau memiliki ijasah SMP, SMA atau lebih

Perilaku sehat

Meliputi komponen-komponen:

a. Perilaku merokok

   Kegiatan merokok selama 1 bulan terakhir,dibagi menjadi

   → tidak merokok atau mantan perokok, merokok tiap hari atau kadang-kadang

b. Aktivitas fisik

   Cukup → melakukan aktivitas fisik sehari minimal 10 menit dilakukan terus-menerus dan minimal 150 menit dilakukan minimal 5 hari dalam seminggu. Selain itu kurang aktivitas fisik

c. Konsumsi Buah Sayur

   Cukup→ makan buah dan sayur minimal sebanyak 5 porsi selama 7 hari. Selain itu, termasuk kelompok kurang

Lingkungan Sehat

Lingkungan yang sehat jika ada penyediaan air bersih, pengelolaan sampah, pembuangan tinja, dan pengolahan air limbah. Selain itu merupakan kelompok lingkungan tidak sehat

Wilayah Tempat Tinggal

Klasifikasi wilayah tempat tinggal responden yang terdiri dari perkotaan dan perdesaan

Status Ekonomi

Pengeluaran rumah tangga untuk bahan makanan dan non makanan yang dibagi menjadi 5 bagian dengan jumlah persentase yang sama kemudian dikelompokkan menjadi 2 bagian. Kelompok 1 adalah kuintil 4 dan 5 (kaya dan terkaya), kelompok 2 adalah kuintil 1 sampai dengan 3 (sangat miskin, miskin, dan menengah)

c. Sumber Data

Sumber data adalah Riskesdas 2007 dan Kor Susenas 2007. Sampel Riskesdas menggunakan kerangka sampel Susenas Kor 2007. Disain penelitian yang digunakan oleh kedua survei adalah cross sectional. Sampel Riskesdas meliputi seluruh kelompok umur tetapi pada analisis ini hanya menggunakan sampel seluruh responden berumur 15 tahun ke atas yang berhasil dikunjungi oleh Riskesdas 2007 dan berhasil dilakukan penggabungan data dengan Susenas 2007

d. Analisis Data

Analisis status kesehatan dengan mempelajari fenomena yang ada yaitu adanya hubungan antara variabel dependen dan independen, serta mendapatkan besarnya hubungan antara variabel [9]. Hal ini sangat relevan dengan tujuan penelitian,

yaitu untuk memperoleh informasi dengan menggunakan analisis regresi logistik ganda

HASIL

Dari total sampel penelitian penduduk usia 15 tahun ke atas yang berhasil dikunjungi ulang oleh Riskesdas 2007 sebesar 612.641 responden yang dapat digabung dengan variabel dalam Susenas 2007. Jjika dikelompokkan menurut status kesehatan, ditemukan sebanyak 49 persen responden masuk dalam kategori sehat. Status kesehatan menurut karakteristik responden, persentase responden yang

Tabel 1. Distribusi Status Kesehatan Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007

	Status kesehatan				Total	Pvalue	OR
	Baik		Buruk				
	%	n	%	n			
Wilayah Tempat Tinggal						0,00	
Perkotaan	51,21	139.301	48,79	132.715	272.016		1,00
Perdesaan	46,65	158.903	53,35	181.722	340.625		1,20
Lingkungan Sehat						0,00	
Sehat	55,88	1.021	44,12	806	1.827		1,00
Tidak sehat	48,65	297.183	51,35	313.631	610.814		1,34
Konsumsi Buah Sayur						0,14	
Cukup	49,08	15.658	50,92	16.248	31.906		1,00
Kurang	48,65	282.546	51,35	298.189	580.735		1,02
Aktivitas Fisik						0,00	
Cukup	46,76	157.045	53,24	178.840	335.885		1,00
Kurang	51,01	141.159	48,99	135.596	276.755		0,84
Pendidikan						0,00	
SMA+	54,99	88.896	45,01	72.757	161.653		1,00
SD-SMP	49,30	143.704	50,70	147.761	291.465		1,26
Tdk lulus	41,13	65.604	58,87	93.918	159.522		1,75
Kategori Merokok						0,00	
Tidak merokok	49,81	202.508	50,19	204.061	406.569		1,00
Merokok saat ini	46,44	95.696	53,56	110.376	206.072		1,15
Status Ekonomi						0,00	
Kuintil 4-5	49,52	111.797	50,48	113.951	225.748		1,00
Kuintil 1-3	48,18	186.407	51,82	200.486	386.893		1,06
Total	48,68	298.204	51,32	314.437	612.641		

berstatus kesehatan baik di perkotaan lebih besar (51%) dibandingkan di perdesaan (47%). Sementara persentase responden yang memiliki status kesehatan baik lebih banyak ditemukan tinggal di lingkungan sehat yaitu sebesar 56 persen dibandingkan dengan yang tinggal di lingkungan tidak sehat.

Pola yang sedikit berbeda ditemukan pada konsumsi serat (buah dan sayur) dimana tidak terdapat perbedaan persentase status kesehatan antara responden yang mengkonsumsi cukup serat (49%) dibandingkan dengan yang tidak cukup mengkonsumsi serat (49%). Sebaliknya untuk aktivitas fisik, persentase responden yang berstatus kesehatan baik lebih kecil pada mereka yang cukup beraktivitas (47%) daripada yang kurang beraktivitas (51%). Jika status kesehatan dilihat menurut tingkat pendidikan, maka persentase responden yang berpendidikan SMA ke atas memiliki status kesehatan berkategori baik yang paling besar (55%) dibandingkan dengan responden yang memiliki jenjang pendidikan SD-SMP (49%), dan tidak lulus SD (41%). Persentase responden tidak merokok dan memiliki status kesehatan baik lebih tinggi (50%) dibandingkan dengan responden yang merokok (46%). Demikian pula, presentase responden yang status ekonominya berada pada kuintil 4 dan 5 ternyata lebih banyak yang masuk kategori baik untuk status kesehatannya (50%) daripada responden yang berada pada kuintil 1 sampai dengan 3 (48%).

Pada Tabel 1 diketahui bahwa variabel-variabel yang memiliki hubungan dengan status kesehatan (p value < 0,05) dan kandidat model (p<0,25) adalah klasifikasi daerah, lingkungan sehat, konsumsi buah sayur, aktivitas fisik, perilaku sehat, tingkat pendidikan, kategori merokok dan status ekonomi. Ke 8 variabel tersebut kemudian diikutkan dalam model multivariat dengan menggunakan regresi logistik. Setelah mencoba dengan berbagai model, akhirnya ditemu-kan model yang dianggap telah cukup dapat mewakili secara tepat hubungan yang dimaksud antara variabel independen dan variabel dependen (status kesehatan). Model tersebut memiliki presentasi klasifikasi benar sebesar 54,8 persen dianggap sudah dapat mewakili asumsi hubungan antara dua variabel pokok yaitu variabel independen dan dependen. Adapun variabel tersebut adalah lingkungan sehat, klasifikasi daerah, aktivitas fisik, perilaku sehat, tingkat pendidikan, perilaku merokok dan status ekonomi. Secara lengkap dapat disimak hasil uji multivariat seperti tergambar pada Tabel 2.

Dari Tabel 2 dapat digambarkan sebagai berikut : Setelah dilakukan analisis secara bersama-sama antara faktor lingkungan sehat, daerah tempat tinggal, aktifitas fisik, pendidikan, perilaku merokok, dan status ekonomi menunjukkan bahwa kelompok yang tinggal di lingkungan tidak sehat berpeluang 1,1 kali berstatus kesehatan buruk dibandingkan dengan kelompok yang tinggal di ling-kungan sehat. Kelompok yang tinggal di perdesaan berpeluang 1,0 kali berstatuskesehatan buruk dibandingkan dengan kelompok yang tinggal di perkotaan. Pada faktor aktifitas fisiko terjadi risiko yang bersifat protektif atau terbalik, dimana kelompok yang kurang melakukan aktivitas fisik berpeluang 1,1 kali berstatus kesehatan baik dibandingkan dengan kelompok yang kurang melakukan aktivitas fisik. Kelompok dengan tingkat pendidikan tidak tamat SD (rendah) berpeluang 1,7 kali berstatus kesehatan buruk dibandingkan dengan kelompok berpendidikan SMA ke atas. Kelompok dengan tingkat pendidikan

SD-SMP (sedang) berpeluang 1,2 kali berstatus kesehatan buruk dibandingkan dengan kelompok ber-pendidikan SMA ke atas. Kelompok yang merokok berpeluang 1,1 kali berstatus kesehatan buruk dibandingkan dengan kelompok yang tidak merokok. Kelompok dengan status ekonomi berada pada kuintil 1-3 (kurang mampu) berpeluang 1,01 kali berstatus kesehatan baik dibandingkan dengan kelompok dengan status ekonomi berada pada kuintil 4-5 (mampu).

Tabel 3 untuk mendukung penjelasan kondisi-kondisi yang hasilnya terlihat di Tabel 1. Persentase penyakit infeksi dan penyakit degeneratif tidak berbeda antara kota dan desa, demikian juga antara status ekonomi kuintil 1-3 dengan status ekonomi kuintil 4-5.

PEMBAHASAN

Sumber daya manusia (SDM) merupakan salah satu modal penting dalam pembangunan suatu bangsa. Kesehatan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kualitas SDM dalam mendukung pembangunan berkelanjutan. Sebab penduduk yang sehat akan mampu mendedikasikan waktunya lebih banyak dan lebih baik untuk bekerja produktif. Dewasa ini dengan adanya transisi demografi dan epidemiologi penyakit, menjadikan masalah penyakit akibat perilaku dan perubahan gaya hidup cenderung semakin kompleks. Perbaikannya perlu memperhatikan faktor perilaku yang tidak kondusif terhadap kesehatan dan lingkungan sehingga dapat menurunkan faktor risiko penyakit baik menular dan tidak menular. Secara teoritis dampak dari perilaku terhadap status kesehatan mempunyai andil 30-35 persen. [15]

Dalam studi ini yang dimaksud dengan perilaku hidup sehat adalah jika penduduk melakukan aktivitas fisik selama minimal 150 menit per minggu dan dilakukan tiap hari disamping mengkonsumsi buah dan sayur sebanyak 5 porsi selama 7 hari. Adapun penduduk yang berperilaku sehat dirinci satu persatu. Jika ditelusuri lebih seksama, penduduk yang tidak aktif berpeluang 1,1 kali berstatus sehat dibandingkan dengan kelompok penduduk yang aktif. Hal ini bertentangan dengan sejumlah penelitian sebelumnya dimana aktivitas fisik yang teratur dipercaya

Tabel 2. Hasil uji regresi logistik, Riskesdas 2007

		B	Sig.	OR	Pmodel	% klasifikasi benar
Model terpilih					0,00	54,80%
	Constant	-0.28				
	Lingkungan sehat(1)	0,11	0,02	1,12		
	Daerah(1)	0,05	0,00	1,05		
	Aktifitas Fisik(1)	-0,12	0,00	0,89		
	Pendidikan		0,00			
	didik(1)	0,21	0,00	1,23		
	didik(2)	0,53	0,00	1,70		
	Merokok(1)	0,11	0,00	1,11		
	St ekonomi(1)	-0,04	0,00	0,97		

Tabel 3. Distribusi Kelompok Penyakit Menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007

	Kelompok Penyakit	
	Infeksi	Degeneratif
Wilayah Tempat Tinggal		
Perkotaan	78,9	21,1
Perdesaan	78,9	21,1
Lingkungan sehat		
sehat	78,0	22,0
tidak sehat	78,9	21,1
Konsumsi buah sayur		
Cukup	77,4	22,6
Kurang	79,0	21,0
Aktivitas fisik		
cukup	79,6	20,4
kurang	78,0	22,0
Pendidikan		
SMA+	82,7	17,3
SD-SMP	80,4	19,6
Tdk lulus	73,6	26,4
Kategori merokok		
Tidak merokok	78,1	21,9
merokok saat ini	80,5	19,5
Status ekonomi		
kuintil 4-5	78,9	21,1
kuintil 1-3	78,9	21,1
Total	78,9	21,1

mampu mencegah risiko timbulnya penyakit-penyakit degeneratif misalnya jantung koroner. [14] Kemungkinan yang dapat dijelaskan mengenai fenomena ini adalah diasumsikan aktivitas fisik dan konsumsi serat tidak bisa berdiri sendiri untuk dapat dilihat hubungannya dengan status kesehatan. Namun jika dikaitkan dengan umur, maka akan nampak jelas bahwa usia dan perilaku hidup sehat dapat mempengaruhi status kesehatan. Orang yang berusia di atas 45 tahun dan kurang melakukan aktivitas fisik berpeluang 3,3 kali memiliki status kesehatan yang buruk

dibandingkan dengan usia di bawah 45 tahun dan kurang melakukan aktivitas fisik [10]. Hasil ini juga sejalan dengan hasil yang diperoleh dalam studi sebelumnya yang menyatakan bahwa status kesehatan bertambah buruk seiring dengan bertambahnya umur [13], terlebih lagi jika tidak melakukan olahraga atau aktivitas fisik secara rutin [14]. Jika dilihat dari data pendukung, aktivitas fisik kurang berperan pada penyakit degeneratif bukan pada penyakit infeksi. Kemungkinan hal tersebut yang menyebabkan nilai risiko menjadi protektif.

Sedangkan jika dilihat pada faktor lingkungan sehat, diketahui bahwa penduduk yang tinggal di lingkungan sehat lebih banyak yang memiliki status kesehatan yang baik dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di lingkungan tidak sehat. Lingkungan sehat yang dimaksud di sini adalah lingkungan yang memiliki penyediaan air bersih, pengelolaan sampah, pembuangan tinja, dan pengolahan air limbah. Lebih jauh dapat dikatakan, penduduk yang tinggal di lingkungan yang tidak sehat berpeluang 1,1 kali berstatus kesehatan buruk. Hal ini tentunya berkaitan dengan kenyataan bahwa lingkungan yang bersih dan sehat mengurangi risiko penyebaran penyakit berbasis lingkungan seperti diare, malaria, demam berdarah atau TBC. Secara keseluruhan ini dapat mendukung untuk peningkatan kesehatan masyarakat. [12] Pernyataan ini didukung dengan hasil analisis bahwa lingkungan tidak sehat berperan terhadap penyakit infeksi.

Sementara itu, proporsi penduduk yang tinggal di perdesaan lebih sedikit yang memiliki status kesehatan baik daripada penduduk yang tinggal di perkotaan. Dengan kata lain, penduduk yang tinggal di daerah perdesaan 1,0 kali berstatus kesehatan buruk dibanding penduduk perkotaan. Hal ini dimungkinkan karena penduduk perdesaan diasumsikan mengalami keterbatasan dalam mengakses fasilitas kesehatan, dimana selain jumlahnya jelas jauh tertinggal dibanding di perkotaan, kondisi sosial ekonomi dan geografis di perdesaan lebih minim dibanding perkotaan. [16] Jika dilihat dari jenis penyakit, tidak ada perbedaan persentase antara kota dan desa.

Demikian juga halnya dengan tingkat pendidikan dihubungkan dengan status kesehatan. Persentase penduduk dengan tingkat pendidikan SMA ke atas memiliki status kesehatan baik yang paling banyak jika dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan SD-SMA atau pun yang tidak lulus SD. Dapat dikatakan, penduduk yang tingkat pendidikannya rendah berpeluang 1,7 kali berstatus kesehatan buruk dibanding mereka yang berpendidikan tinggi, sedang yang berpendidikan rata-rata/sedang hanya berpeluang 1,2 kali memiliki status kesehatan buruk daripada penduduk berpendidikan tinggi. Dapat disimpulkan, makin tinggi tingkat pendidikan maka makin baik status kesehatannya. Sebaliknya makin rendah tingkat pendidikan seseorang maka makin buruk status kesehatannya. [17]

Untuk variabel merokok, persentase mereka yang tidak merokok lebih besar yang memiliki status kesehatan baik dibanding mereka yang mempunyai kebiasaan merokok. Lebih dalam dapat diasumsikan, seorang perokok berpeluang 1,1 kali memiliki status kesehatan buruk daripada mereka yang tidak merokok. Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang menyatakan bahwa merokok sebagai faktor risiko untuk penyakit-penyakit seperti gangguan pernafasan, batuk menahun, penyakit paru, infertility, gangguan kehamilan pada wanita, penyakit jantung koroner, dan kanker. [18]

Pola yang berbeda ditemukan pada status ekonomi yang dikaitkan dengan status kesehatan. Proporsi rumah tangga yang berada pada kuintil 4 dan 5 ternyata lebih banyak yang berstatus kesehatan baik daripada rumah tangga dengan status kuintil 1-3. Namun, jika dilihat hasil uji multivariat, diketahui bahwa kelompok dengan status ekonomi berada pada kuintil 1-3 berpeluang 1,0 kali memiliki status kesehatan baik dibanding penduduk dalam rumah tangga yang berada pada kuintil 4 dan 5. Dapat diasumsikan, penduduk yang kurang mampu berpeluang 1,0 kali memiliki status kesehatan yang baik daripada penduduk yang mampu. Hal ini mungkin dapat dijelaskan dengan beberapa alasan, misalnya karena variabel status ekonomi tidak bisa menunjukkan kekuatan hubungan dengan status kesehatan jika berdiri sendiri. Artinya, variabel ini akan lebih berperan dalam hubungan tersebut jika dikaitkan dengan variabel lain, misalnya tingkat pendidikan. Menurut Gregorius Sahdan [12] salah satu indikator kemiskinan adalah faktor pendidikan yang rendah disamping faktor-faktor lainnya seperti kepemilikan lahan, investasi yang tidak merata, kredit yang terbatas, terbatasnya bahan kebutuhan pokok, rendahnya produktivitas, serta kebijakan pemerintah dan pengelolaan ekonomi dan tata pemerintahan yang buruk. Sebab lainnya, variabel status ekonomi di sini yang di-wakili oleh kuintil 1 sampai dengan 5 (di-rancang oleh BPS) berdasarkan jumlah pengeluaran rumah tangga baik yang berupa bahan makanan dan non makanan. Penentuan dalam bentuk ini diasumsikan belum cukup untuk menggambarkan status ekonomi masyarakat yang sesungguhnya. Diperlukan upaya lain dalam pengklasifikasian status ekonomi yang lebih komprehensif dan representatif.

KESIMPULAN

Hasil analisis menyimpulkan bahwa status kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor: tingkat pendidikan, daerah tempat tinggal, perilaku merokok, perilaku aktifitas fisik. Status kesehatan yang buruk lebih berisiko terjadi pada golongan penduduk dengan tingkat pendidikan rendah, tinggal di perdesaan, perokok, dan tinggal tidak di lingkungan yang sehat. Dengan demikian dapat disarankan untuk meningkatkan edukasi dan promosi kesehatan mengenai faktor-faktor risiko untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat menjadi suatu kebutuhan penting dalam upaya pemberdayaan masyarakat menuju masyarakat yang produktif. Hal lain pemerintah wajib memberikan perhatian lebih pada program promosi kesehatan khususnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan mengembangkan model yang sudah ada selama ini dengan menyesuaikan wilayah dan budaya. Promosi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat diberikan sejak dini, dapat dimulai dari pendidikan dasar (anak usia TK). Promosi tersebut isi dan cara penyampaian disesuaikan dengan usia sehingga dapat memperkecil kejadian penyakit infeksi dan memperlambat terjadinya penyakit degeneratif.

DAFTAR RUJUKAN

1. Redaksi Sinar Grafika, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2004 – 2009, Peraturan Peresiden No. 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2004 – 2009. Jakarta: Sinar Grafika, 2005.
2. Indeks Pembangunan Manusia Kotamadya di DKI Jakarta 1990-1999. 1999 (http://www.google/ INFO – EKS edisi Januari-Juni 1999).

3. Badan Pengelola Lingkungan Hidup Kabupaten/kota. "Kualitas Lingkungan Hidup Penentu Kualitas Kesehatan". Jakarta: Badan Pengelola Lingkungan Hidup Kabupaten/kota, 5 Desember 2007. 2008 (http://google).

4. Departemen Kesehatan R.I., "Perilaku Hidup Bersih dan Sehat 2004 di Indonesia", Jakarta: Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI., 2006.

5. Hendrik L. Blum M.D. "Planning For Health", second edition. New York: Human Scence Press, 1974.

6. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. "Konperensi Internasional Kelima tentang Pendidikan orang dewasa dalam Deklarasi Hamburg agenda masa depan", tanggal 14-18 Juli 1997". Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Luar Sekolah, Pemuda, dan Olahraga. 1998.

7. Soerjani Mohamad, "Prakiraan Risiko Terhadap Efektoksis dari Senyawa-senyawa Kimia" Seminar sehari tentang kajian risiko dan keselamatan terhadap bahan-bahan kimia berbahaya, Jurusan, FMIPA-UI. Jakarta: 25 Nopember 1998.

8. Fred N Kerlinger, "Foundation of Bahavioral Research". Boston: Holt, Rinerhartmand Winston Inc. All, 1973.

9. Masri Singarimbun, Sofian Effendi Masri Singarimbun. "Tipe, Metode dan Penelitian", Metode Penelitian Survei, (Jakarta, LP3ES, 1982), p.8.

10. Puti Sari H, et.all. "Status Kesehatan Masyarakat dan Faktor – Faktor yang Berhubungan Di Nanggroe Aceh Darussalam". (Jakarta: Media Litbang Indonesia, Januari 2008), pp.38-50

11. Pradono J, et.all. "Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Status Disabilitas Penduduk > 15 tahun Di Nanggroe Aceh Darussalam". (Jakarta: Media Litbang Indonesia, Januari 2008), pp.34-37

12. Sahdan, Gregorius. "Menanggulangi Kemiskinan Desa" (http://www.ekonomirakyat.org /edisi_22/artikel_6.htm). Diakses 7 Januari 2009: 16.35

13. Badan Litbangkes. "Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2004, Volume 3, Sudut Pandang Masyarakat mengenai Status, Cakupan, Ketanggapan, dan Sistem Pelayanan Kesehatan", Surkesnas, Depkes RI 2005.

14. Kristanti, Ch. M. "Kondisi Fisik Kurang Gerak Dan Instrumen Pengukuran", Media Litbang Kesehatan, Volume XII, Nomor 1, Tahun 2002.

15. Djmanshiro, "Dampak Merokok Bagi Kesehatan" (one.indoskripsi.com/judul-skripsi-tugas-makalah/kedokteran/dampak-merokok-bagi-kesehatan). Diakses 7 Januari 2009: 17.05

16. Paulina Kristianti, "Distribusi Dan Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak Di Kabupaten Ngawi Kajian Data Potensi Desa Tahun 2005", (puspasca.ugm.ac.id/files/Abst_(3850-H-2007).pdf. Diakses 7 Januari 2009: 17.35

17. Asta Qauliyah, "Peran Masyarakat Dalam Pembangunan Kesehatan" (astaqauliyah.com/2005/12/08/peran-masyarakat-dalam-pembangunan-kesehatan) Diakses 7 Januari 2009: 17.45

18. Jurnal Lingkungan Keluarga, Edisi ke II Tahun 2007 (www.bkkbn.go.id:5000/publish/Data/Lists/Data/Attachments/279/Bahaya%20rokok.doc). Diakses 7 Januari 2009: 18.15