

STATUS KESEHATAN MASYARAKAT DAN FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DI NANGGROE ACEH DARUSSALAM

Health status of the community and its related factors in Nanggroe Aceh Darussalam

Puti Sari H,* Dwi Hapsari T,* Julianty Pradono*

Abstract

This study describes community health status in NAD Province after tsunami disaster and its related factors. Health status was obtained from data of "Surkesda NAD 2006" which included questions of physical and mental health of respondents aged 15 years in the past month. Set of questions used was adapted from general framework of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) which include 8 domains, i.e., mobility, personal healthcare, pain and discomfort, cognitive, public relation, vision, sleep disorder and, affection. Statistical method used to analyse relation and contribution of various study variables was logistic regression. The result showed that 74 percent of respondents reported generally in good health status at the time of interview. The percentages by district varied, from the lowest for Gayo Lues (44 percent) to the highest for Banda Aceh (89 percent). When respondents referred to their health status in the past month, based on question for each domain, only 62 percent of them reported in good health status. Poor health status was mostly found for respondents aged 45 years (64 percent), female (42 percent), low education (48 percent), low income (41 percent), living in rural area (40 percent), living in medium conflict-experienced area (42 percent), had medium impact of tsunami (41 percent), low physical activity (38 percent), low fiber consumption (39 percent), had used to be a smoker (62 percent), low BMI (48 percent), had hypertension (51 percent) and rheumatic disease (67 percent). From logistic regression model had shown that female had probability 1.4 times to have poor health status compared to male while low education had probability 1.3 times, used to be a smoker had 1.8 times, low BMI had 1.7 times, hypertension suffer had 1.3 times and rheumatic suffer had 4.5 times. Respondents aged 45 years and above with low physical activity had probability 3.3 times to have poor health status compared to those with adequate physical activity. While those aged below 45 years with insufficient physical activity had probability 1.6 times to have poor health status compared to those with sufficient physical activity. To improve health status of the population, particularly for districts below the average, government should promote on health risks of smoking, insufficient physical activity, and inadequate fiber consumption. The government should also pay attention on hypertension and rheumatism which were prevalent among elderly.

Keywords: health status, economic status, education level, smoking behaviour, physical activity, body mass index, hypertension, rheumatic disease

Pendahuluan

Tujuan pembangunan bidang kesehatan adalah tercapainya status kesehatan masyarakat yang optimal dengan terwujudnya masyarakat maju, mandiri dan sejahtera lahir dan batin. Menurut H.L. Blum, status

kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor hereditas, sosial ekonomi dan budaya, lingkungan, pelayanan kesehatan dan perilaku kesehatan. Oleh karena itu penting untuk mengetahui seberapa besar peranan faktor tersebut dalam menentukan status kesehatan masyarakat.

* Peneliti Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan

Pada akhir Desember 2004 telah terjadi gempa tektonik yang disertai gelombang dahsyat tsunami memporakporandakan sebagian besar wilayah Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD). Setelah bencana tersebut ditemukan peningkatan penyakit, baik yang menular seperti ISPA (41%), diare (19%) dan kulit (77%) dan yang tidak menular. Ditemukan pula 28 persen kasus balita gizi kurang dan 7 persen kasus gizi buruk. Dari 12 kasus gizi buruk, 1 meninggal di lokasi pengungsian di Kabupaten Simeulue.

Dalam upaya penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana tersebut, Badan Litbangkes telah melakukan survei kesehatan untuk mengetahui kondisi dan status kesehatan masyarakat di Provinsi NAD pasca bencana tsunami. Dari survei tersebut diperoleh informasi mengenai status kesehatan masyarakat yang secara subyektif dapat diukur melalui keluhan kesehatan yang dialami anggota rumah tangga satu bulan terakhir sebelum wawancara survei.

Status kesehatan dalam studi ini terdiri dari 8 domain yang merupakan pengembangan *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* dianggap dapat menggambarkan status kesehatan seseorang. Delapan domain itu meliputi mobilitas, perawatan diri, nyeri dan rasa tidak nyaman, kognitif/mengingat sesuatu, hubungan dengan masyarakat, penglihatan, gangguan tidur, afeksi/perasaan cemas.

Kajian ini mempelajari pengaruh faktor-faktor sosial ekonomi, perilaku dan gaya hidup

sehat dan penyakit kronis terhadap status kesehatan masyarakat di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam setelah bencana tsunami. Diharapkan dengan kajian ini dapat diketahui seberapa besar peranan tiap faktor tersebut dalam menentukan status kesehatan masyarakat di Provinsi NAD.

Metode Penelitian

Rancangan penelitian: *cross sectional*

Sumber data: Data hasil Survei Kesehatan Daerah (Surkesda) Pasca Tsunami NAD tahun 2006 setelah digabungkan dengan data Susenas KOR 2006 dan Suplemen Kesehatan. Variabel dependen yaitu status kesehatan masyarakat yang diukur melalui 8 domain kesehatan sesuai rekomendasi ICF berdasarkan keluhan kesehatan dalam satu bulan terakhir. Variabel independen terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, daerah tempat tinggal, status daerah dan dampak tsunami, status ekonomi, aktivitas fisik, konsumsi serat, perilaku merokok, status indeks massa tubuh, penyakit hipertensi dan sendi.

Unit analisis: Unit analisis dalam studi ini adalah responden yang berusia 15 tahun ke atas, hasil penggabungan data Suplemen Kesehatan Susenas Kor 2006 dan Survei Kesehatan Daerah Nanggroe Aceh Darussalam 2006. Total jumlah sampel yaitu 10.948 responden berusia ≥ 15 tahun.

Analisis data: Analisis dilakukan dengan regresi logistik untuk melihat hubungan dan peranan antar variabel.

Batasan Operasional:

Variabel dependen:

Status kesehatan masyarakat	:	0. Kondisi kesehatan dianggap baik jika tidak ada keluhan atau hanya keluhan ringan untuk status kesehatan selama 1 bulan terakhir sebelum wawancara. 1. dianggap buruk jika menilai kondisi diri sebagai sedang, buruk dan sangat buruk.
-----------------------------	---	--

Faktor risiko tidak dapat dimodifikasi:

Umur	:	0. Muda: 15-44 tahun 1. Tua : 45+ tahun
Jenis kelamin	:	0. Laki-laki 1. Perempuan

Lanjutan.

Sosekbud & kondisi lingkungan:

- Pendidikan : 0. Tinggi (Lulus SMP +)
1. Rendah (Tidak sekolah s.d tidak/ belum lulus SMP)
- Wilayah : 0. Perkotaan
1. Perdesaan
- Daerah darurat sipil : 0. Putih (Bukan daerah / Tidak ada konflik)
1. Abu-abu (Sebagian daerah merupakan daerah konflik)
2. Hitam (Keseluruhan daerah adalah daerah konflik)
- Dampak tsunami : 0. Ringan (Mengalami sedikit kerusakan akibat tsunami)
1. Sedang (Mengalami kerusakan cukup parah akibat tsunami)
2. Berat (Mengalami kerusakan sangat parah akibat tsunami)
- Sosial ekonomi : 0. Pengeluaran RT pada kelompok Kuintil 4 – 5
1. Pengeluaran RT pada kelompok Kuintil 1 – 3

Faktor risiko perilaku:

- Aktivitas fisik : 0. Cukup, aktivitas fisik sedang dan/ atau berat ≥ 5 hari per minggu dan 30 menit per hari
1. Tidak cukup, aktivitas fisik sedang dan/ atau berat < 5 hari per minggu dan kurang dari 30 menit per hari
- Konsumsi serat : 0. Cukup, makan sayur dan buah ≥ 5 hari per minggu dan minimal 5 porsi perhari (2 porsi buah-3 porsi sayur atau 3 porsi buah-2 porsi sayur)
1. Tidak cukup, makan sayur dan buah < 5 hari per minggu dan bukan kombinasi porsi perhari seperti di atas.
- Kebiasaan merokok : 0. Tidak pernah merokok
1. Mantan perokok
2. Perokok (tiap hari dan kadang-kadang)

Faktor risiko penyakit:

- IMT : Indeks massa tubuh berdasarkan WHO (1998):
0. IMT normal: $18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$
1. IMT kurang/kurus: $< 18,5 \text{ kg/m}^2$
2. IMT lebih/gemuk: $\geq 25 \text{ kg/m}^2$
- Penyakit hipertensi : 0. Tidak hipertensi (Sistolik $< 140 \text{ mmHg}$ dan diastolik $< 90 \text{ mmHg}$)
1. Hipertensi (Sistolik $\geq 140 \text{ mmHg}$ atau diastolik $\geq 90 \text{ mmHg}$)
- Gangguan/Penyakit sendi : 0. Tidak
1. Ya, pernah didiagnosis menderita penyakit sendi atau pernah merasakan nyeri/ kaku sendi

Hasil

Dalam studi ini, status kesehatan dilihat dari dua aspek. Pertama, status kesehatan ditinjau dari kondisi kesehatan responden secara umum pada saat wawancara menurut persepsi responden sendiri. Kedua, status kesehatan ditentukan

berdasarkan kondisi kesehatan responden menurut persepsinya sendiri dalam satu bulan terakhir sebelum wawancara yang telah digabungkan (*composite*) dari 8 domain.

Hasil analisis menunjukkan, pada saat wawancara sebanyak 74 persen responden

melaporkan memiliki status kesehatan baik, sedang setelah 8 domain digabungkan, 62 persen responden berstatus kesehatan baik dan 38 persen berstatus kesehatan buruk.

1. Status kesehatan masyarakat berdasarkan delapan domain menurut kabupaten/kota

Dilihat dari status kesehatan responden menurut wilayah, sebagian besar kabupaten di Nanggroe Aceh Darussalam memiliki status kesehatan baik di atas rata-rata. Gambar 1 menunjukkan status kesehatan masyarakat yang diukur pada saat mereka diwawancara. Enam kabupaten dengan status di bawah rata-rata, Kabupaten Gayo Lues mempunyai status kesehatan terendah (44%), dan Kota Banda Aceh memiliki status kesehatan tertinggi (89%).

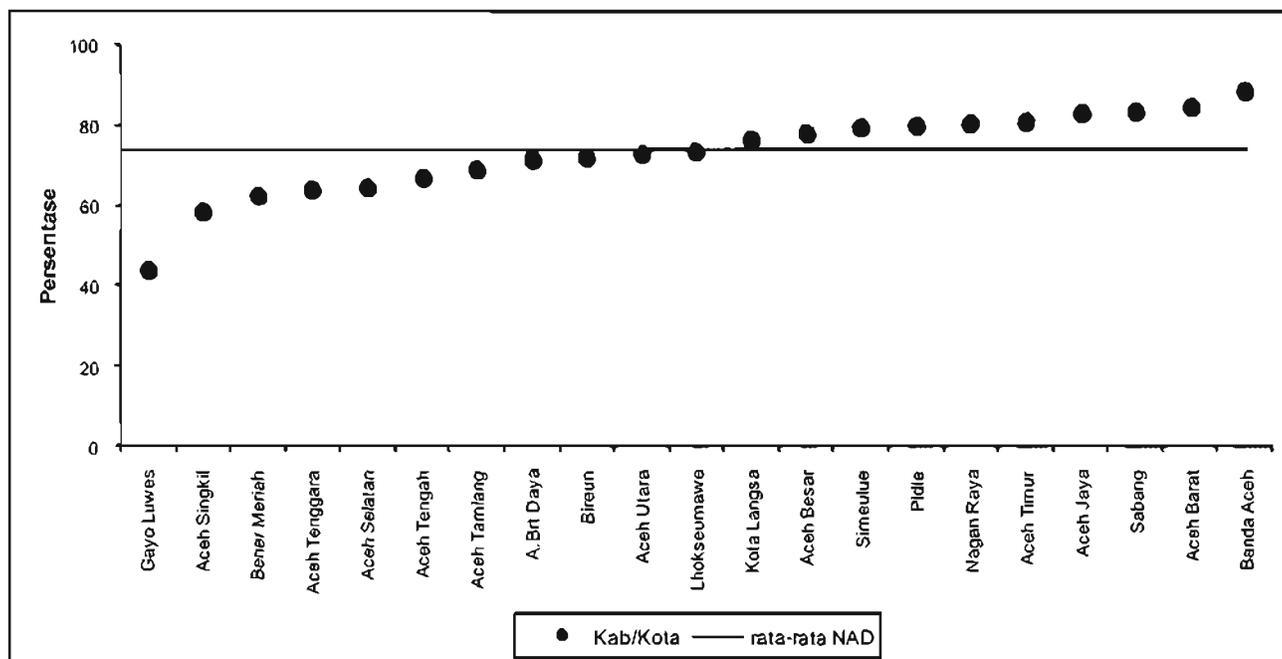
Sedangkan jika dilihat dari masing-masing domain per kabupaten/kota berdasarkan persepsi responden dalam 1 bulan terakhir, untuk domain mobilitas diri, kabupaten dengan mobilitas diri paling baik yaitu Kota Langsa (97%), yang terendah Aceh Utara (84%).

Untuk domain perawatan diri, diketahui Bireuen sebagai kabupaten dengan status kesehatan perawatan diri yang terendah (91%). Status kesehatan tertinggi ditemukan di Kabupaten Simeulue (100%).

Sedang domain nyeri dan rasa tidak nyaman, Kabupaten Gayo Lues merupakan kabupaten dengan status kesehatan yang paling rendah (56%), sedang Kota Banda Aceh merupakan kabupaten berstatus kesehatan tertinggi untuk domain ini (91%).

Domain daya ingat, memberikan gambaran hanya sebagian kecil daerah yang berstatus kesehatan rendah. Aceh Singkil merupakan wilayah yang paling rendah status kesehatan untuk domain ini (64%), sedang Simeulue yang paling baik status kesehatannya (94%). (Gambar2)

Status kesehatan dilihat dari domain hubungan masyarakat menunjukkan Aceh Utara memiliki status kesehatan terendah dengan 88 persen, sedang Simeulue merupakan daerah dengan status kesehatan tertinggi (99%) (Gb. 3).



Gambar 1. Persentase Status Kesehatan Baik Berdasarkan Kondisi Kesehatan Responden Pada Saat Wawancara Menurut Wilayah, Surkesda NAD 2006

Status kesehatan berdasarkan domain penglihatan menggambarkan pola yang hampir mirip dengan domain lain, di mana Aceh Utara merupakan daerah dengan status kesehatan terendah (83%) dan Simeulue yang terbaik dengan 95 persen.

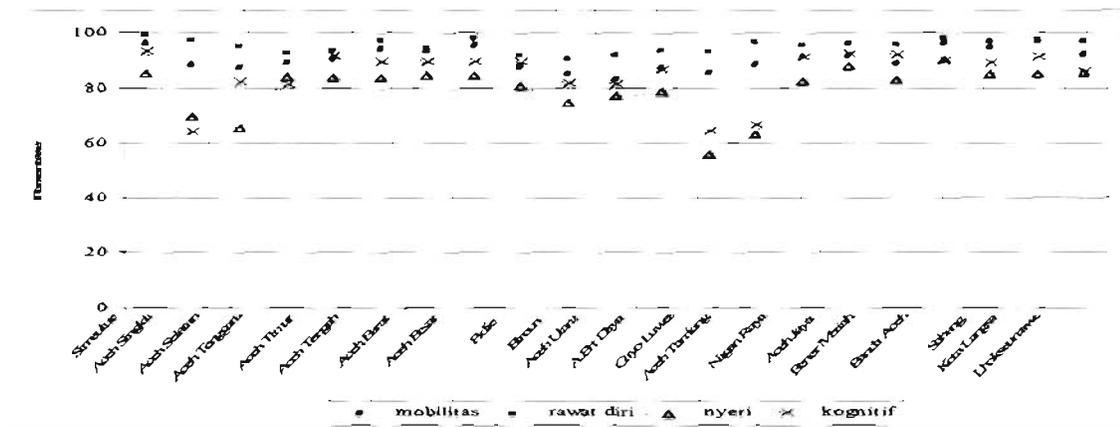
Gangguan tidur banyak dikeluhkan oleh sebagian besar penduduk yang tinggal di Gayo Lues sebagai daerah yang memiliki status kesehatan terendah (58%). Sementara Sabang merupakan daerah yang tertinggi status kesehatannya (93%).

Persentase status kesehatan terendah untuk

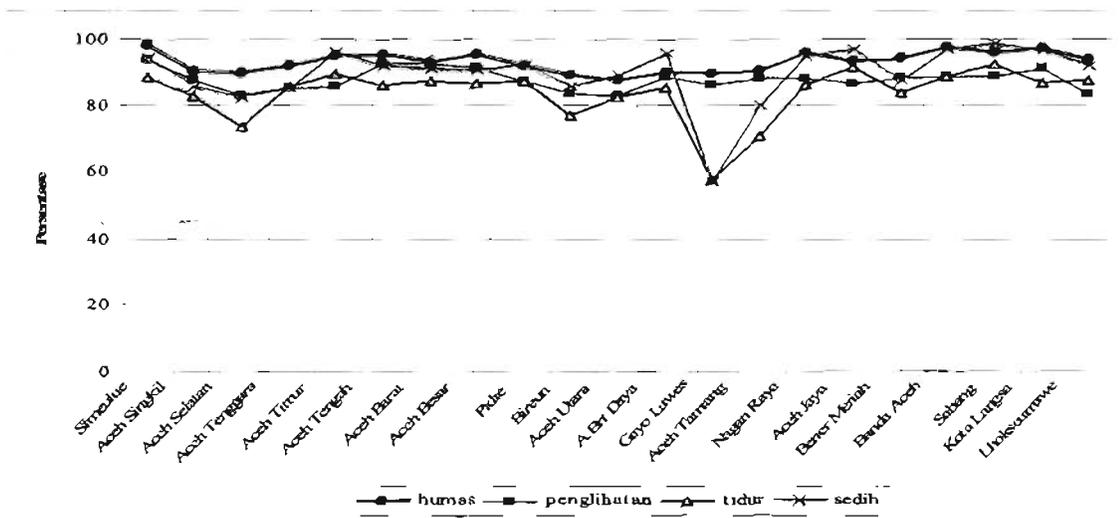
domain perasaan cemas diwakili oleh Kabupaten Gayo Lues (57%), sedangkan untuk yang tertinggi status kesehatannya adalah Sabang (99%).

2. 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 *composite/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 di-



Gambar 2. Persentase status kesehatan baik berdasarkan domain mobilitas diri, perawatan diri, nyeri dan rasa tidak nyaman, dan kognitif/ingatan, Surkesda NAD 2006



Gambar 3. Persentase status kesehatan baik berdasarkan domain hubungan masyarakat, penglihatan, kualitas tidur, dan afeksi/perasaan, Surkesda NAD 2006

lihat persentase status kesehatan yang buruk paling banyak ditemui pada responden usia tua (45 tahun ke atas) yaitu 64 persen. Pola yang sama ditemui pada responden wanita (42%), tingkat pendidikan rendah (48%), status ekonomi rumah tangga rendah (41%), bermukim di pedesaan (40%), wilayah dengan pengalaman konflik

sedang yaitu 42 persen, daerah yang terkena dampak tsunami sedang yaitu 41 persen, responden yang kurang melakukan aktivitas fisik (38%), kurang konsumsi serat (39%), mantan perokok (62%), orang yang kurus (48%), menderita hipertensi (51%) dan riwayat sakit sendi (67%).

Tabel 1. Hubungan Karakteristik Penduduk, Perilaku Hidup Sehat, Status Gizi dan Penyakit Kronis dengan Status Kesehatan, Surkesda NAD 2006

Faktor	Status Kesehatan		N	p Value	OR	CI 95%
	Baik %	Buruk %				
Umur				0.00		
0. 15-44 tahun	72.6	27.4	7833		1	
1. >= 45 tahun	36.4	63.6	3125		4.63	4.07 – 5.27
Jenis Kelamin				0.00		
0. Laki-laki	66.6	33.5	5277		1	
1. Perempuan	58.4	41.6	5681		1.419	1.305 – 1.543
Pendidikan				0.00		
0. Tinggi	72.6	27.4	5541		1	
1. Rendah	51.8	48.2	5417		2.47	2.19 -2.78
Status Ekonomi				0.00		
0. Quintile 4 dan 5	67.8	32.2	4317		1	
1. Quintile 1 – 3	58.7	41.3	6641		1.48	1.29 – 1.70
Wilayah				0.00		
0. Perkotaan	69.0	31.0	2623		1	
1. Pedesaan	60.2	39.8	8335		1.473	1.213 – 1.787
Pengalaman konflik				0.00		
0. Tidak ada	63.8	36.3	3117		1	
1. Sedang	58.1	41.9	3911		1.27	1.04 – 1.55
2. Berat	65.3	34.7	3929		0.93	0.78 – 1.12
Dampak Tsunami				0.00		
0. Ringan	60.5	39.5	2792		1	
1. Sedang	59.5	40.5	5729		1.04	0.87 – 1.25
2. Berat	71.0	29.0	2438		0.62	0.49 – 0.79
Aktivitas Fisik				0.61		
0. Cukup/ Baik	62.7	37.3	5292		1	
1. Kurang	62.0	38.0	5665		1.03	0.92 – 1.16

Lanjutan Tabel 1.

Faktor	Status Kesehatan		N	p Value	OR	CI 95%
	Baik	Buruk				
	%	%				
Konsumsi Serat						
0. Cukup/ Baik	69.7	30.3	1115	0.00	1	
1 Tidak Cukup	61.5	38.5	9842		1.44	1.18 – 1.76
Perokok						
0 Tidak pernah	61.9	38.2	7295	0.00	1	
1. Mantan perokok	38.1	61.9	175		2.638	1.884 – 3.694
2. Perokok aktif	64.5	35.5	3488		0.893	0.811 – 0.985
Index Massa Tubuh						
0. Normal	65.7	34.3	7476	0.00	1	
1. Kurus	51.7	48.4	1534		1.795	1.572 – 2.051
2. Gemuk	57.5	42.5	1949		1.416	1.244 – 1.611
Hipertensi						
0. Tidak	67.2	32.8	8042	0.00	1	
1 Ya	48.8	51.2	2917		2.148	1.917 – 2.407
Sakit Sendi						
0. Tidak	76.6	23.4	7332	0.00	1	
1. Ya	33.4	66.6	3626		6.537	5.724 – 7.466
Total	62.3	37.7	10958			

3. Status kesehatan masyarakat dan faktor-faktor yang berhubungan

Tabel 2 menggambarkan hubungan faktor-faktor demografi seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, wilayah tempat tinggal, konflik dan dampak tsunami, faktor perilaku dan gaya hidup seperti aktivitas fisik, konsumsi serat, kebiasaan merokok, serta faktor prevalensi penyakit seperti hipertensi dan penyakit sendi dengan status kesehatan responden.

Dari tabel 2 juga dapat dilihat bahwa kelompok usia tua berisiko 2 kali memiliki status kesehatan buruk dibandingkan kelompok usia muda (OR = 2,01; 95% CI = 1,65 – 2,46) dan perempuan berpeluang 1,4 kali memiliki status kesehatan yang buruk dibandingkan dengan laki-laki (OR = 1,43; 95% CI = 1,24 – 1,66). Sedangkan kelompok yang berpendidikan rendah berpeluang 1,3 kali memiliki status kesehatan yang buruk dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan tinggi (OR = 1,30; 95% CI = 1,13 –

1,50). Untuk mantan perokok berpeluang 1,8 kali memiliki status kesehatan yang buruk dibandingkan dengan kelompok yang tidak pernah merokok (OR = 1,81; 95% CI = 1,20–2,75). Pada kelompok yang kurus berpeluang 1,7 kali memiliki status kesehatan yang buruk dibandingkan mereka pada kelompok IMT normal (OR = 1,72; 95% CI = 1,48–2,00). Pada kelompok yang menderita penyakit hipertensi berpeluang 1,3 kali memiliki status kesehatan yang buruk dibandingkan dengan kelompok yang tidak menderita penyakit tersebut (OR = 1,26; 95% CI = 1,11–1,43). Sedangkan kelompok yang menderita gangguan sendi berpeluang 4,5 kali memiliki status kesehatan yang buruk dibandingkan dengan mereka yang tidak menderita penyakit tersebut (OR = 4,46; 95% CI = 3,89–5,12). Selanjutnya kelompok usia muda yang kurang melakukan aktivitas fisik berpeluang 1,6 kali memiliki status kesehatan yang buruk dibandingkan dengan mereka yang cukup melakukan aktivitas fisik (OR = 1,64; 95% CI = 1,29–2,09). Pada kelompok usia tua yang

kurang melakukan aktivitas fisik berpeluang 3,3 kali memiliki status kesehatan yang buruk dibandingkan dengan mereka yang cukup melakukan aktivitas fisik (OR = 3,31; 95% CI = 2,72 – 4,03).

Yang menarik untuk dicermati, khusus pada kelompok yang tinggal di daerah dengan pengalaman konflik berat berpeluang 1,8 kali

memiliki status kesehatan yang baik dibandingkan dengan orang yang tinggal di daerah tanpa pengalaman konflik (OR = 0,55; 95% CI = 0,44 – 0,68). Demikian juga pada daerah yang terkena tsunami berat berpeluang 1,7 kali memiliki status kesehatan yang baik dibandingkan dengan kelompok yang tinggal di daerah berdampak ringan (OR = 0,59; 95% CI = 0,45 – 0,76).

Tabel 2. Multivariat Karakteristik Responden, Perilaku Hidup Sehat, Status Gizi dan Penyakit Kronis dengan Status Kesehatan, Surkesda NAD 2006

	α	β	p Value	OR	CI 95%	% klasifikasi benar
Konstanta	-1.67					74.59
Umur		0.70	0.00	2.01	1.65 2.46	
Jenis Kelamin		0.36	0.00	1.43	1.24 1.66	
Pendidikan		0.27	0.00	1.30	1.13 1.50	
Wilayah		0.22	0.07	1.25	0.98 1.58	
Pengalaman konflik						
Sedang		0.07	0.55	1.07	0.86 1.32	
Berat		-0.60	0.00	0.55	0.44 0.68	
Dampak Tsunami						
Sedang		0.06	0.54	1.06	0.88 1.29	
Berat		-0.54	0.00	0.59	0.45 0.76	
Aktivitas Fisik		-0.18	0.01	0.83	0.72 0.96	
Perokok						
Mantan		0.59	0.01	1.81	1.20 2.75	
Perokok aktif		0.10	0.24	1.11	0.93 1.31	
Index Massa Tubuh						
Kurus		0.54	0.00	1.72	1.48 2.00	
Gemuk		0.06	0.39	1.07	0.92 1.23	
Hipertensi		0.23	0.00	1.26	1.11 1.43	
Sakit sendi		1.50	0.00	4.46	3.89 5.12	
Aktivitas Fisik x Unsur		0.50				
AF x U = 0			0.00	1.64	1.29 2.09	
AF x U = 1			0.00	3.31	2.72 4.03	

Pembahasan

Status kesehatan yang baik merupakan salah satu tujuan yang ingin dicapai oleh SKN. Responden 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. Hasil analisis menunjukkan, secara umum status kesehatan masyarakat di Provinsi NAD setelah tsunami mempunyai persentase cukup tinggi berstatus baik pada saat wawancara dan dalam satu bulan terakhir sebelum wawancara. Walaupun lebih banyak responden mengaku kondisi kesehatannya baik pada saat wawancara (74%) dibandingkan dengan hasil *composite* 8 domain yang lebih rinci (62%). Hal ini dimungkinkan karena langkah-langkah tanggap darurat yang komprehensif dan segera dilaksanakan instansi pemerintah terkait dan dukungan masyarakat internasional yang sangat besar dalam upaya pemulihan kondisi baik fisik maupun material di daerah tersebut. Ada kecenderungan masyarakat selalu menganggap lebih tinggi kondisi kesehatannya jika ditanyakan sepintas, dibandingkan jika dirinci satu persatu berdasarkan domain.

Secara umum, status kesehatan yang terendah pada saat wawancara di Kabupaten Gayo Lues, yang tertinggi di Kota Banda Aceh. Gayo Lues tidak termasuk daerah yang terkena musibah tsunami, sedang Banda Aceh merupakan daerah terkena dampak tsunami berat.

Dalam satu bulan terakhir sebelum wawancara dan setelah menggabungkan 8 domain, status kesehatan di tiap kota/kabupaten bervariasi, yang terendah diduduki oleh Kabupaten Aceh Singkil dan tertinggi oleh Kabupaten Aceh Jaya. Jika ditelusuri lebih lanjut, Aceh Singkil termasuk wilayah tanpa konflik (wilayah putih) dan terkena dampak tsunami sedang. Sebaliknya Aceh Jaya adalah kabupaten yang termasuk daerah konflik berat (wilayah hitam) dan terkena dampak tsunami berat. Hal tersebut menunjukkan besarnya perhatian pemerintah Indonesia terhadap daerah-daerah yang terkenal merupakan wilayah konflik. Selain itu dukungan masyarakat internasional pun sangat besar terhadap daerah yang terkena dampak tsunami berat dalam memberikan bantuan,

sehingga dapat meningkatkan status kesehatan penduduk di wilayah tersebut menjadi sangat baik.

Jika ditinjau dari tiap domain, empat kota/kabupaten yang terkena dampak tsunami berat status kesehatannya selalu berada di atas rata-rata, yaitu Kota Banda Aceh, Aceh Jaya, Aceh Besar dan Aceh Barat. Sedangkan misalnya Kabupaten Gayo Lues yang tidak terkena bencana tsunami seringkali berada di bawah rata-rata status kesehatan. Jika dilihat persentasenya, sesungguhnya sebagian besar penduduk Kabupaten Gayo Lues status kesehatannya baik walaupun berada di bawah rata-rata persentase kota/kabupaten lain. Pola yang serupa juga ditemukan pada daerah dengan pengalaman konflik berat, dengan status kesehatan di atas rata-rata kabupaten lain. Contoh, Kabupaten Aceh Jaya yang merupakan wilayah hitam memiliki status kesehatan di atas rata-rata untuk semua domain.

Hal ini mungkin terjadi dikarenakan:

1. Kondisi sesungguhnya masyarakat memang tidak berubah, baik sebelum dan sesudah bencana Tsunami atau pengalaman konflik.
2. Masyarakat di kabupaten yang tidak terkena bencana atau di daerah tidak terkena konflik memang memiliki ketanggapan yang rendah dalam menilai kondisi kesehatan dirinya.

Berdasarkan hasil-hasil tersebut dapat disimpulkan:

Upaya rehabilitasi dan rekonstruksi di beberapa wilayah di Provinsi NAD yang terkena bencana tsunami dan wilayah konflik memang membawa hasil yang positif dengan meningkatnya status kesehatan masyarakat dibandingkan wilayah lain di Provinsi NAD yang tidak terkena bencana atau bukan merupakan wilayah konflik.

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. Hal ini dimungkinkan karena pada usia tua, fungsi organ tubuh manusia mengalami penurunan dibandingkan saat berusia muda.

Selain itu, hasil analisis juga menunjukkan bahwa perempuan lebih berpeluang berstatus

kesehatan buruk dibanding laki-laki. Hal ini senada dengan beberapa studi, misal studi mengenai penyakit hipertensi, perempuan memang memiliki risiko lebih besar terkena penyakit hipertensi daripada laki-laki.² Contoh lain pada kejadian penyakit jantung. Laki-laki berisiko tinggi mengalami sakit jantung, namun perempuan memperoleh perawatan yang kurang dalam hal ini, dan mengidap angka kematian akibat penyakit jantung yang tinggi. Kondisi ini menunjukkan risiko ketidakadilan perawatan bagi perempuan.³

Hal tersebut dapat terjadi karena posisi perempuan yang kurang menguntungkan dibandingkan dengan laki-laki, misalnya dalam mengakses sumber daya pembangunan, di samping tingkat pendidikan yang rendah, sehingga pada akhirnya tingkat kesehatan yang dicapai menjadi rendah. Selain itu diketahui tata nilai sosial budaya masyarakat di Indonesia umumnya lebih mengutamakan laki-laki daripada perempuan (ideologi patriarkhi). Antara lain dapat dilihat dari 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. Padahal rendahnya kualitas perempuan turut mempengaruhi kualitas generasi penerusnya, mengingat mereka mempunyai peran reproduksi yang sangat berperan dalam mengembangkan sumber daya manusia masa depan.⁴

Kelompok berpendidikan rendah lebih berpeluang 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 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.

Di samping itu diperoleh informasi, mereka yang tinggal di daerah dengan pengalaman konflik berat ternyata berstatus kesehatan lebih baik dibanding mereka yang tinggal di daerah tanpa pernah konflik (OR = 0,50; 95% CI = 0,44 – 0,68). Namun, mereka yang tinggal di daerah dengan tingkat konflik sedang (wilayah abu-abu),

status kesehatannya lebih buruk daripada mereka yang tinggal di daerah tanpa konflik. Jika dilihat menurut tiap domain, status kesehatan mereka yang tinggal di wilayah abu-abu ini lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang tinggal di daerah konflik berat (wilayah hitam) namun lebih baik daripada mereka di daerah putih. Hal ini dimungkinkan karena mereka yang hidup di daerah tanpa konflik masyarakatnya statis, tidak mengalami perubahan dalam menilai kondisi kesehatannya dari dahulu hingga sekarang. Sementara mereka yang hidup dalam wilayah dengan konflik berat mendapatkan perhatian yang lebih banyak baik dari pemerintah maupun internasional, sehingga status kesehatannya lebih baik. Namun kondisi tersebut tidak berlaku pada mereka yang tinggal di daerah dengan tingkat konflik sedang.

Demikian juga kelompok yang hidup di daerah yang terkena dampak tsunami berat berpeluang berstatus kesehatan baik lebih banyak daripada mereka yang tinggal di daerah berdampak ringan (OR = 0,59; 95% CI = 0,45 – 0,76). Pada umumnya kelompok yang tinggal di daerah yang berdampak tsunami pastinya berstatus kesehatan lebih buruk daripada mereka di daerah berdampak tsunami ringan karena kondisi lingkungan mereka lebih buruk. Namun hal tersebut tidak terjadi dalam kasus ini. Terdapat kecenderungan mereka yang tinggal di daerah dengan dampak tsunami berat justru berstatus kesehatan lebih baik. Hal ini dimungkinkan karena mereka lebih diutamakan dalam pemberian bantuan atau rehabilitasi, revitalisasi dan rekonstruksi, sehingga status kesehatan mereka lebih baik daripada yang tinggal di daerah berdampak ringan dan sedang. Sebaliknya, mereka yang tinggal di daerah dengan dampak tsunami sedang memiliki status kesehatan lebih buruk daripada daerah dampak tsunami ringan. Jika diamati per domain, mereka yang tinggal di daerah dengan dampak tsunami berat selalu memiliki status kesehatan lebih baik daripada mereka yang hidup di daerah tsunami ringan dan sedang. Ini mungkin karena bantuan yang mereka dapatkan sangat banyak. Namun, status kesehatan paling buruk untuk domain kognitif, gangguan tidur dan perasaan cemas terjadi di daerah tsunami ringan. Hal ini dapat disebabkan karena ada ketakutan/kecemasan dalam perkiraan mereka akan adanya bencana susulan yang mungkin bisa berdampak serius. Sedangkan untuk sisa domain

yang lain, status kesehatan paling buruk ditemukan di daerah tsunami sedang. Dimungkinkan karena bantuan yang mereka dapatkan baik dari pemerintah lokal maupun internasional tidak sebanyak yang didapat mereka di daerah tsunami berat.

Mantan perokok berpeluang lebih besar berisiko untuk berstatus kesehatan buruk daripada yang tidak pernah merokok (OR = 1,81; 95% CI = 1,20 – 2,75). Begitu juga dengan perokok aktif lebih berisiko memiliki status kesehatan buruk daripada kelompok yang tidak pernah merokok (OR = 1,11; 95% CI = 0,93 – 1,31). 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.² Namun, terdapat kecenderungan mantan perokok memiliki risiko lebih besar dari perokok aktif atau yang masih merokok saat ini. 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 persen (1995) menjadi 9,4 persen (2001). Dan pada kelompok usia 15-19 tahun, terjadi peningkatan yang cukup tinggi dari 54 persen (1995)³ menjadi 59 persen (2001).⁶ Sedangkan tahun 2004, tercatat sekitar 14 persen perokok mulai merokok pada usia di bawah 15 tahun (SKRT 2004).⁷ Jadi, jika dihubungkan dengan umur, faktor mulai merokok di usia muda menyebabkan makin banyaknya zat-zat berbahaya yang terakumulasi di dalam tubuh yang mempengaruhi status kesehatan menjadi lebih buruk. Orang yang sudah berhenti merokok dengan orang yang masih merokok saat ini dianggap memiliki faktor risiko yang berbeda, dimana zat berbahaya lebih banyak terakumulasi pada mantan perokok dibandingkan mereka yang masih perokok aktif karena mereka diasumsikan masih baru mulai merokok. Para mantan perokok berhenti merokok setelah merasakan pengaruh kesehatan yang memburuk akibat merokok.

Pada kelompok kurus lebih berisiko memiliki status kesehatan buruk daripada kelompok dengan IMT normal dan gemuk. Hal ini sejalan dengan dengan pengertian bahwa kurus mempunyai risiko terhadap status kesehatan. Kurus dianggap lebih berisiko terhadap IMT normal dimungkinkan karena kurus dianggap lebih rentan terhadap penyakit-penyakit infeksi yang muaranya mempengaruhi kepada status kesehatan. Temuan dalam studi ini berbeda dengan literatur yang mempelajari hubungan hipertensi dan berat badan, dimana menurut literatur, gemuk lebih berisiko menjadi hipertensi daripada kurus.²

Hasil analisis juga menunjukkan kelompok berpenyakit hipertensi cenderung berstatus kesehatan buruk 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.² Kecilnya risiko yang dihasilkan dalam analisis ini dapat diakibatkan karena penderita hipertensi pada umumnya tidak merasakan adanya gejala.⁸ Hipertensi jika berkembang menjadi penyakit jantung dapat mengakibatkan kematian jika tidak ditangani dengan benar.

Kelompok penderita gangguan sendi berpeluang 4,5 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.

Untuk melihat kekuatan hubungan antara aktivitas fisik dengan status kesehatan, dicoba untuk menginteraksikan antara variabel aktivitas fisik dan umur. Dalam pengujian bivariat sebelumnya diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara aktivitas fisik dan status kesehatan. Setelah dilakukan uji

interaksi antara aktivitas fisik dan usia dengan status kesehatan dalam model regresi logistik diperoleh hasil bahwa kelompok usia tua yang kurang melakukan aktivitas fisik berpeluang 3,3 kali memiliki status kesehatan buruk daripada kelompok usia muda (1,6 kali). Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa status kesehatan bertambah buruk seiring dengan bertambahnya umur,⁷ terlebih lagi jika tidak melakukan olahraga atau aktivitas fisik secara rutin.⁹

Berdasarkan hasil studi ini dapat disimpulkan bahwa status kesehatan diklasifikasikan menjadi baik dan buruk berdasarkan 8 domain ICF menurut persepsi responden terhadap kondisi kesehatannya sendiri dalam satu bulan terakhir sebelum wawancara. Setelah mengetahui status kesehatan, kemudian dicari faktor yang paling berpengaruh melalui 13 variabel independen. Dengan model regresi logistik diketahui faktor yang paling dominan terhadap status kesehatan ($OR \geq 2$) adalah usia dan riwayat penyakit sendi.

Kesimpulan

1. Status kesehatan secara umum per kabupaten setelah menggabungkan 8 domain rata-rata cukup baik (persentase rata-rata 62%), kecuali beberapa kabupaten berada di bawah rata-rata yaitu: Aceh Singkil (36%), Aceh Tamiang (38%), Gayo Lues (40%), Aceh Selatan (46%), Aceh Utara (56%) dan Bireuen (56%).
2. Status kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman konflik, dampak tsunami, perilaku merokok, BMI, menderita penyakit hipertensi dan sendi.
3. Status kesehatan yang buruk lebih berisiko terjadi pada golongan umur 45 tahun ke atas yang kurang melakukan aktivitas fisik, mantan perokok, kurus dan menderita penyakit hipertensi dan sendi.
4. Faktor yang paling dominan terhadap status kesehatan adalah umur dan riwayat penyakit sendi. Delapan domain dapat memberikan gambaran tentang status kesehatan, di mana status kesehatan tersebut juga dipengaruhi oleh variabel usia dan riwayat penyakit sendi. Hasil ini hanya memberikan gambaran tentang

hubungan antara variabel dependen dan independen, bukan hubungan sebab akibat, karena desain studi *cross sectional* menjadikan data yang dikumpulkan hanya pada saat survei dilaksanakan (*on point in time*). Diperlukan studi lanjutan yang lebih mendalam untuk mengetahui besarnya pengaruh usia dan penyakit sendi terhadap status kesehatan.

Saran

1. Penting untuk meningkatkan edukasi dan promosi kesehatan mengenai faktor-faktor risiko di NAD untuk peningkatan status kesehatan masyarakat, khususnya pada daerah di bawah rata-rata.
2. Pemerintah daerah memberikan perhatian lebih pada program pencegahan dan penanggulangan penyakit hipertensi dan sendi yang sudah menjadi prevalen di kalangan lanjut usia.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan, 2005, *Kajian Asesmen Kesehatan Akibat Bencana Gempa Dan Tsunami Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam*, Perpustakaan Nasional RI, Depkes RI
2. Bustan, M.N., 2000, *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular: Epidemiologi Penyakit Jantung: Epidemiologi Merokok*, Rineka Cipta, Juli 2000
3. <http://kalyanamitra.or.id/web> (diakses 13 Mei 2008, jam 16.45 WIB)
4. <http://www.duniaesai.com/gender/gender2.html> (diakses 13 Mei 2008, jam 16.20 WIB)
5. Badan Litbangkes, 2002, *Laporan Data Susenas 2001: Status Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat Dan Kesehatan Lingkungan*, Surkesnas, Depkes RI
6. Badan Litbangkes, 2005, *Susenas 2004 – Substansi Kesehatan: Status Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*, Surkesnas, Depkes RI
7. Badan Litbangkes, 2005, *Survei Kesehatan*

-
- Rumah Tangga (SKRT) 2004, Volume 3, Sudut Pandang Masyarakat mengenai Status, Cakupan, Ketanggapan, dan Sistem Pelayanan Kesehatan*. Surkesnas, Depkes RI
8. Riyadina, Woro, 2002, *Faktor-faktor Risiko Hipertensi Pada Operator Pompa Bensin (SPBU) di Jakarta*, Media Litbang Kesehatan, Volume XII, Nomor 2, Tahun 2002
9. Kristanti, Ch. M., 2002, *Kondisi Fisik Kurang Gerak Dan Instrumen Pengukuran*, Media Litbang Kesehatan, Volume XII, Nomor 1, Tahun 2002
10. Riono, Pandu, Dr. MPH, *Aplikasi Regresi Logistik*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 1992