

**DETERMINAN TINGKAT DISABILITAS PENDUDUK
LANJUT USIA DI INDONESIA
(Analisis Data Susenas dan Riskedas 2007)**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar magister kependudukan
dan ketenagakerjaan**

**VITALIA SUSANTI
NPM. 0806448062**



**UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCASARJANA KAJIAN KEPENDUDUKAN DAN
KETENAGAKERJAAN
DEPOK, JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : VITALIA SUSANTI

NPM : 0806448062

Tanda Tangan : 

Tanggal : 28 Juni 2010

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Vitalia Susanti
NPM : 0806448062
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul Tesis : Determinan Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia (Analisis Data Susenas & Riskesdas 2007)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Sains pada Program Studi Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Ketua : Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo, Ph.D (.....)

Pembimbing I/ Penguji : Prof. Dr. drg. Tribudi W. Rahardjo, M.S (.....)

Pembimbing II/Penguji : Ir. Zainul Hidayat, M.Si (.....)

Penguji : Dr. Hariadi Hadisuwarno (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 28 Juni 2010

KATA PENGANTAR

Masalah penuaan (*ageing*) dan segala konsekuensi serta tantangan yang menyertainya merupakan topik penelitian yang menarik dan semakin penting dewasa ini. Tidak saja karena saat ini Indonesia tengah menghadapi proses penuaan penduduk (*ageing population*), namun lebih dari itu, bagi setiap individu, penuaan (*ageing*) merupakan suatu hal yang pasti terjadi. Maka, mempersiapkan masa tua yang sehat, mandiri dan produktif selayaknya menjadi kebutuhan dan cita-cita bagi setiap individu, tak terkecuali penulis. Untuk itulah penulis memilih tema ini sebagai obyek penelitian, hingga akhirnya dapat menyelesaikan tesis dengan judul: "**Determinan Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia (Analisis Data Susenas dan Riskesdas 2007)**" ini.

Alhamdulillah segala puji penulis haturkan ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan kekuatan sehingga penulis mampu menyelesaikan penulisan tesis ini. Proses penyelesaian tesis ini juga tidak terlepas dari bantuan dan peran berbagai pihak. Untuk itu, penulis dengan segenap kerendahan hati dan rasa hormat mengucapkan terima kasih kepada:

1. **Prof. Dr. drg. Tribudi W. Rahardjo, M.S**, selaku Pembimbing I yang selama penyusunan tesis ini telah memberikan begitu banyak ilmu, arahan, bimbingan dan semangat kepada penulis sehingga penulis selalu terpacu untuk mencapai hasil yang lebih baik dan lebih baik lagi.
2. **Ir. Zainul Hidayat, M.Si**, selaku Pembimbing II yang telah membimbing penulis terutama dalam proses pengolahan data. Bimbingan dan ilmu yang beliau berikan sangat berguna dalam penyelesaian tesis ini serta menambah pengetahuan bagi penulis.
3. **Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo, Ph.D**, selaku ketua Dewan Penguji sidang tesis yang telah memberikan berbagai arahan, masukan dan saran yang sangat berguna dalam menyempurnakan isi tesis ini.
4. **Dr. Hariadi Hadisuwarno**, selaku penguji dari Badan Pusat Statistik (BPS) yang juga telah memberikan begitu banyak masukan berharga bagi penyempurnaan tesis ini.

5. **Badan Pusat Statistik dan Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi**, atas kesempatan menempuh pendidikan S2 di Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
6. **Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes)** Departemen Kesehatan RI, atas bantuan dalam penyediaan data Riskesdas 2007, terutama kepada **Mbak Nariyah Handayani (Mbak Nay)**, yang sangat membantu penulis dalam penyiapan data ini.
7. **Mbak Nia dan Mas “kyai” Hendro** dari Lembaga Demografi Universitas Indonesia yang telah banyak membantu dalam hal administrasi, mulai dari awal perkuliahan, seminar proposal tesis hingga terselesainya studi dan seluruh proses penyusunan tesis ini.
8. **Bu Ratih dan Pak Slamet**, dari bagian perpustakaan Lembaga Demografi Universitas Indonesia, yang telah banyak membantu dalam penyediaan bahan pustaka maupun buku-buku referensi.
9. **Seluruh rekan mahasiswa S2 Kependudukan dan Ketenagakerjaan BPS Angkatan II**, atas kebersamaan dan pengalaman yang begitu indah selama dua tahun menempuh studi di Lembaga Demografi Universitas Indonesia ini. Segala suka dan duka yang pernah dialami semoga menjadi kenangan dan pengalaman yang tidak akan pernah kita lupakan dan menjadi sesuatu yang berguna di masa depan.
10. Kedua orang tua penulis, **Bapak Suroso dan Ibu Iswati**, yang selalu menjadi motivator bagi penulis dalam segala hal positif yang penulis lakukan, termasuk dalam studi S2 dan penyusunan tesis ini. Terima kasih atas dorongan semangat dan doa yang tak pernah putus Bapak dan Ibu berikan.
11. Bapak dan ibu mertua penulis, **Bapak Soepardjo dan Ibu Setyaningsih**, yang telah banyak mendukung, membantu, mendampingi serta mendoakan penulis dalam penyelesaian studi S2 dan penyelesaian tesis ini.
12. Suami penulis yang sangat penulis hormati, cintai dan sayangi, **Nova Moestafa, SST**. Tanpa pengorbanan, dukungan, bantuan dan dorongan semangat darinya tidak mungkin penulis dapat mencapai apa yang penulis raih saat ini. Segala hormat, cinta dan sayang untukmu, Abi.

13. Ananda tercinta **Abiyyu Ahmad Tsaqif**, putra pertama penulis yang dengan segala kelucuan dan kepintarannya mampu menjadi obat untuk segala kejenuhan, kelelahan dan duka penulis.

14. Pihak-pihak lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

Akhirnya, penulis berharap karya kecil ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membacanya.

Depok, 28 Juni 2010

Penulis

VITALIA SUSANTI



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Vitalia Susanti
NPM : 0806448062
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Fakultas : Ekonomi
Jenis Karya : Tesis

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Determinan Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia (*Analisis Data Susenas dan Riskesdas 2007*)

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 28 Juni 2010

Yang menyatakan,

METERAI
TEMPEL
PAJAK PENGALIHAN BENTUK
TOL
7EDE1AAF189468213
NOMOR BUKU KOPILAH
6000 DJP



(Vitalia Susanti)

ABSTRAK

Nama : Vitalia Susanti
Program Studi : Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul : Determinan Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia (Analisis Data Susenas dan Riskesdas 2007)

Tesis ini bertujuan mengetahui tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia serta menguji pengaruh status sosio-demografi, lingkungan fisik, perilaku kesehatan dan penyakit kronik/degeneratif terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia, berdasarkan data Susenas dan Riskesdas 2007. Sebanyak 79.445 penduduk berusia 60 tahun keatas menjadi sampel penelitian ini. Hasil analisis deskriptif dan inferensial (regresi logistik multinomial) menyatakan bahwa status sosio-demografi, lingkungan fisik, perilaku kesehatan dan penyakit kronik/degeneratif berpengaruh terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia. Peningkatan pendidikan, pembangunan pedesaan, penerapan perilaku hidup sehat serta pencegahan penyakit kronik/degeneratif adalah beberapa hal yang direkomendasikan berdasarkan hasil penelitian ini.

Kata kunci:

Disabilitas, penduduk lanjut usia, menua secara aktif, status kesehatan

ABSTRACT

Name : Vitalia Susanti
Study Program : Demography and Labour
Title : Determinants of Disability Level Among Older Persons in
Indonesia (Analysis of Susenas and Riskesdas 2007 Data)

The goals of this study are to find out the level of disability among older persons in Indonesia and also test the impact of socio-demographic status, physical environment, healthy behaviour and several chronic/degenerative diseases to the level of disability among older persons in Indonesia, based on Susenas and Riskesdas 2007 data. The sample of this study is 79.445 people aged 60 and over. The results show that socio-demographic status, physical environment, behaviour and several chronic/degenerative diseases determine the level of disability among older persons in Indonesia. Raising the education and rural development, practising healthy behaviour and prevent chronic/degenerative diseases are recommended based on the results of this study.

Keywords:

Disability, older persons, active ageing, health status

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	7
1.3 Pertanyaan Penelitian	10
1.4 Tujuan Penelitian	11
1.4.1 Tujuan Umum	11
1.4.2 Tujuan Khusus	11
1.5 Manfaat Penelitian	12
1.6 Sistematika Penulisan	12
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA, KERANGKA TEORETIS, KERANGKA PIKIR ANALISIS DAN HIPOTESIS PENELITIAN	13
2.1 Batasan Umur Penduduk Lanjut Usia (Lansia)	13
2.2 Proses Menua (<i>Ageing</i>) dan Kemunduran-kemunduran pada Penduduk Usia Lanjut	14
2.3 Konsep Menua Secara Aktif (<i>Active Ageing</i>)	19
2.4 Determinan Menua Secara Aktif (<i>Active Ageing</i>)	22
2.4.1 Determinan Budaya dan Jender	23
2.4.2 Determinan yang Berhubungan dengan Sistem Pelayanan Kesehatan dan Sosial	24
2.4.3 Determinan Perilaku Kesehatan	25
2.4.4 Determinan Personal/Pribadi	26
2.4.5 Determinan yang Berkaitan dengan Lingkungan Fisik	27
2.4.6 Determinan Sosial	28
2.4.7 Determinan Ekonomi	29
2.5 Disabilitas pada Penduduk Lanjut Usia	30
2.6 Pengukuran Tingkat Disabilitas pada Penduduk Lanjut Usia	33
2.7 Determinan Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia Berdasarkan Beberapa Penelitian Terdahulu	35
2.8 Kerangka Teoretis	40
2.9 Kerangka Pikir Analisis	42
2.10 Hipotesis Penelitian	43

BAB 3	METODOLOGI PENELITIAN	45
3.1	Sumber Data dan Unit Analisis	45
3.2	Variabel yang Digunakan	45
3.3	Pembentukan Variabel Tingkat Disabilitas dengan Analisis Faktor	48
3.4	Definisi Operasional Variabel	52
3.5	Kelebihan dan Kekurangan Data Susenas dan Riskesdas 2007	57
3.6	Teknis Analisis	61
BAB 4	ANALISIS DESKRIPTIF	65
4.1	Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal.....	65
4.2	Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Perilaku Kesehatan	78
4.3	Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Beberapa Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental yang Dialami	84
4.4	Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia	91
4.5	Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal	95
4.6	Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Perilaku Kesehatan	98
4.7	Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Beberapa Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental yang Dialami	99
BAB 5	ANALISIS INFERENSIAL	101
5.1	Pengujian Keberartian Model dan Parameter dalam Model....	101
5.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penduduk Lanjut Usia Mengalami Disabilitas Sedang	104
5.2.1	Pengaruh Variabel Status Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal terhadap Peluang Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Sedang Dibanding Ringan	105
5.2.2	Pengaruh Variabel Perilaku Kesehatan terhadap Peluang Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Sedang Dibanding Ringan	110
5.2.3	Pengaruh Variabel Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental terhadap Peluang Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Sedang Dibanding Ringan	113
5.3	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penduduk Lanjut Usia Mengalami Disabilitas Berat	117
5.3.1	Pengaruh Variabel Status Sosio-Demografi dan	

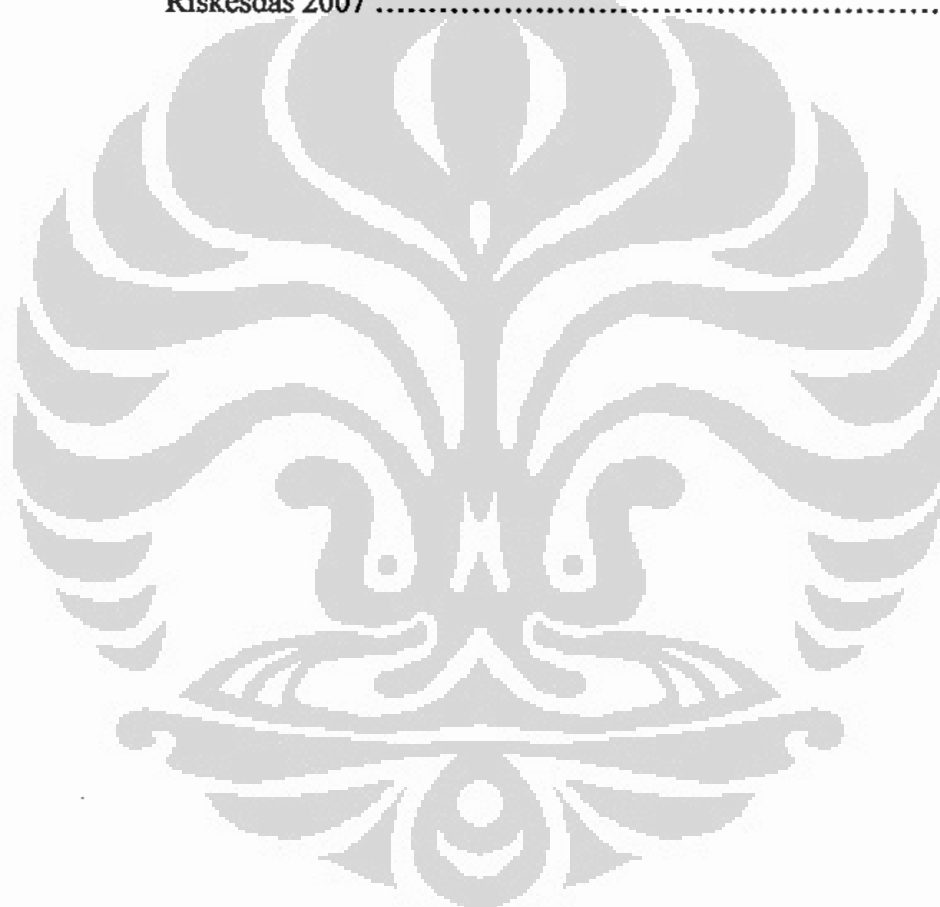
	Daerah Tempat Tinggal terhadap Peluang Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Berat Dibanding Ringan	118
5.3.2	Pengaruh Variabel Perilaku Kesehatan terhadap Peluang Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Berat Dibanding Ringan	124
5.3.3	Pengaruh Variabel Perilaku Kesehatan terhadap Peluang Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Berat Dibanding Ringan	126
5.4	Pembahasan	130
BAB 6	KESIMPULAN, KETERBATASAN PENELITIAN DAN REKOMENDASI KEBIJAKAN	147
6.1	Kesimpulan	147
6.2	Keterbatasan Penelitian	150
6.3	Rekomendasi Kebijakan	150



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Pertumbuhan Penduduk Lanjut Usia (60+) dan Balita (0-4) di Indonesia Tahun 1971-2025	3
Tabel 1.2	Prevalensi Beberapa Penyakit Tidak Menular/Degeneratif Penduduk 15 Tahun Keatas di Indonesia	6
Tabel 3.1	Daftar Variabel yang Digunakan dalam Penelitian	46
Tabel 4.1	Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal, Susenas & Riskesdas 2007	66
Tabel 4.2	Angka Harapan Hidup (<i>Life Expectancy at Birth</i>) Indonesia, 1990-2020	68
Tabel 4.3	Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Beberapa Perilaku Kesehatan, Susenas & Riskesdas 2007	79
Tabel 4.4	Perilaku Kesehatan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal (%), Susenas & Riskesdas 2007	81
Tabel 4.5	Perilaku Kesehatan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Daerah Tempat Tinggal dan Pengeluaran Perkapita/Bulan (%), Susenas & Riskesdas 2007	83
Tabel 4.6	Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Beberapa Aspek Gangguan Mental yang Diderita, Susenas & Riskesdas 2007	86
Tabel 4.7	Prevalensi Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental pada Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal (%), Susenas & Riskesdas 2007	88
Tabel 4.8	Prevalensi Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental pada Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Daerah Tempat Tinggal dan Pengeluaran Perkapita/Bulan (%), Susenas & Riskesdas 2007	90
Tabel 4.9	Prevalensi Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental pada Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Perilaku Kesehatan (%), Susenas & Riskesdas 2007	91
Tabel 4.10	Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Tingkat Kesulitan dalam Melakukan Sembilan Aktivitas Individu dan Sosial, Susenas & Riskesdas 2007	92
Tabel 4.11	Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal (%), Susenas & Riskesdas 2007	96
Tabel 4.12	Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Daerah Tempat Tinggal dan Pengeluaran Perkapita/Bulan (%), Susenas & Riskesdas 2007	97
Tabel 4.13	Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Perilaku Kesehatan (%), Susenas & Riskesdas 2007	98

Tabel 4.14	Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental yang Dialami, Susenas & Riskesdas 2007 (%)	100
Tabel 5.1	Hasil Uji Keberartian Model Secara Keseluruhan	101
Tabel 5.2	Hasil Uji Keberartian Parameter dalam Model	102
Tabel 5.3	Output Pengolahan Regresi Multinomial Logistik Probabilitas/Peluang Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Sedang Dibanding Ringan, Susenas & Riskesdas 2007	104
Tabel 5.4	Output Pengolahan Regresi Multinomial Logistik Probabilitas/Peluang Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Berat Dibanding Ringan, Susenas & Riskesdas 2007	117

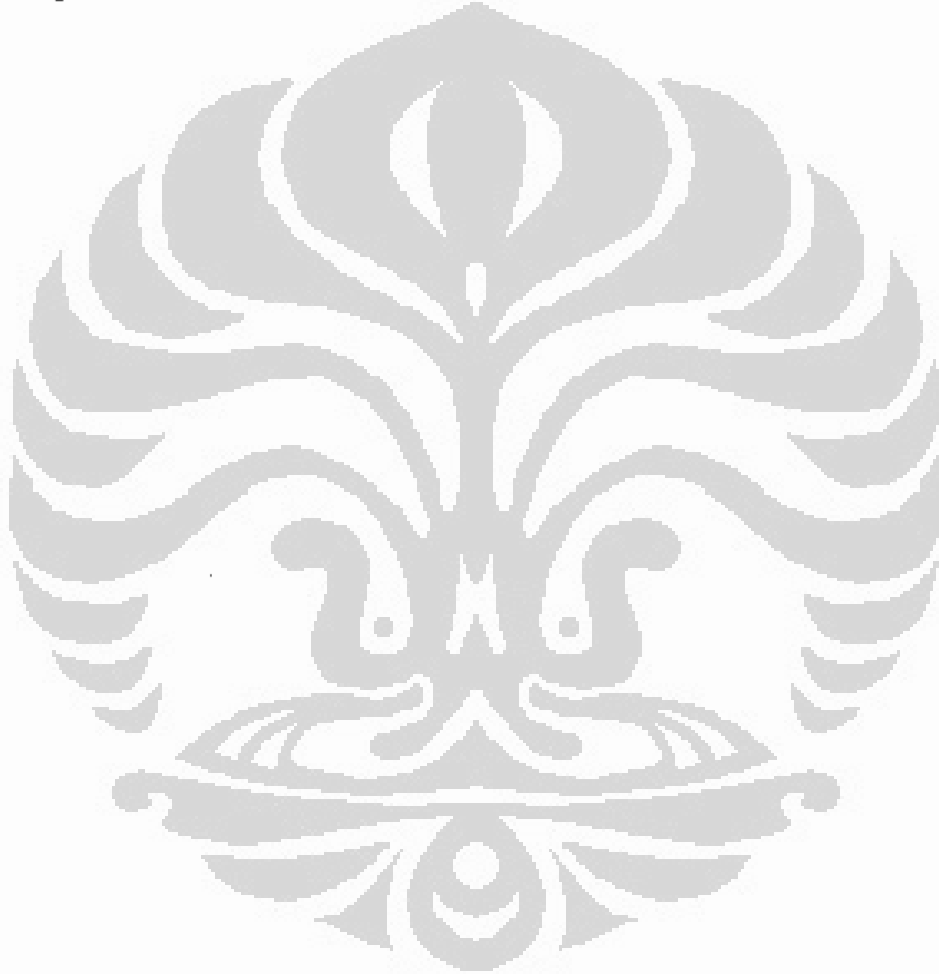


DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Tren Beberapa Indikator Kesehatan Utama di Indonesia 1960-2005	2
Gambar 1.2	Piramida Penduduk Indonesia Tahun 1970 & 2025	4
Gambar 1.3	Distribusi Kematian pada Semua Umur Menurut Kelompok Penyakit, SKRT 1995-2001 & Riskesdas 2007	5
Gambar 1.4	Prevalensi Disabilitas Penduduk Berumur ≥ 15 Tahun Menurut Kelompok Umur, Riskesdas 2007	8
Gambar 2.1	Siklus Hidup sebagai Pendekatan dalam Mempertahankan Kapasitas Fungsional Individu	21
Gambar 2.2	Determinan Menua Secara Aktif (<i>Active Ageing</i>)	22
Gambar 2.3	Determinan Disabilitas Penduduk Lanjut Usia	36
Gambar 2.4	Kerangka Teoretis Penelitian Determinan Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia	41
Gambar 2.5	Kerangka Pikir Analisis Penelitian Determinan Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia	43
Gambar 4.1	Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Tingkat Pendidikan	69
Gambar 4.2	Tingkat Pendidikan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Jenis Kelamin (%)	70
Gambar 4.3	Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Status Perkawinan	71
Gambar 4.4	Status Perkawinan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Jenis Kelamin (%)	72
Gambar 4.5	Status Bekerja Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Jenis Kelamin (%)	73
Gambar 4.6	Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Pekerjaan Utama	75
Gambar 4.7	Rata-rata Pengeluaran Perkapita Perbulan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Tingkat Pendidikan (%)	76
Gambar 4.8	Rata-rata Pengeluaran Perkapita Perbulan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Daerah Tempat Tinggal (%)	77
Gambar 4.9	Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental yang Dialami	84
Gambar 4.10	Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Tingkat Disabilitas	93
Gambar 4.11	Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia (60+) di Indonesia Menurut Kelompok Umur	94

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Output Analisis Faktor pada Pembentukan Variabel Tingkat Disabilitas
- Lampiran 2 Output Tabulasi Silang
- Lampiran 3 Output Analisis Regresi Logistik Multinomial
- Lampiran 4 Kuesioner VSEN-K
- Lampiran 5 Kuesioner RKD-07RT
- Lampiran 6 Kuesioner RKD-07IND



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Transisi demografi adalah suatu proses perubahan struktur penduduk sebagai akibat dari perubahan proses demografis, yaitu dari tingkat pertumbuhan penduduk yang stabil tinggi (tingkat kelahiran dan kematian yang stabil tinggi) ke tingkat pertumbuhan penduduk yang stabil rendah (tingkat kelahiran dan kematian yang stabil rendah) (Mantra, 2000; Yasin, 2007). Menurut Weil (1997), transisi demografi merupakan sebuah proses yang saat ini tengah dialami oleh hampir semua negara di dunia, Indonesia salah satunya.

Transisi demografi di Indonesia dimulai dengan menurunnya angka kematian (mortalitas) sekitar tahun 1950-an. Penurunan angka kematian ini turut dipengaruhi oleh adaptasi dan penerapan teknologi kesehatan dari negara-negara maju, terutama dengan ditemukannya obat-obatan antibiotik yang mampu mengobati penyakit-penyakit menular, yang pada gilirannya menurunkan angka kematian terutama pada bayi dan anak-anak.

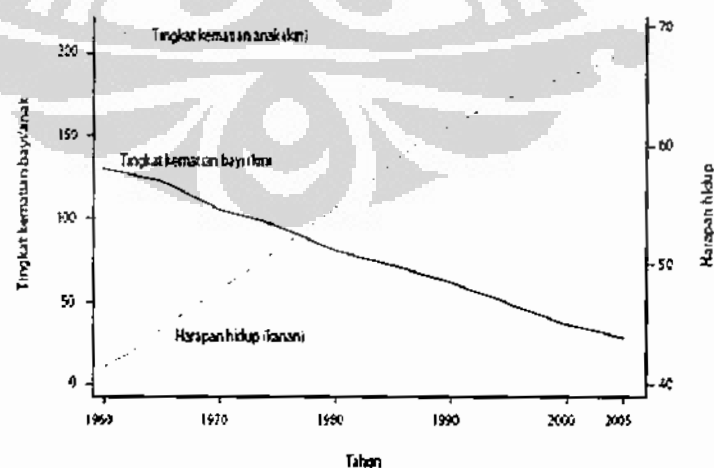
Dengan perkembangan teknologi di bidang kesehatan ini, lebih banyak bayi dan anak-anak yang mampu bertahan hidup (*survive*) hingga mencapai usia yang lebih tinggi. Sementara itu, pada tahun tersebut angka kelahiran (fertilitas) masih tinggi. Bayi-bayi yang lahir pada saat itu memiliki kemampuan bertahan hidup yang lebih baik daripada masa sebelumnya sehingga terjadilah ledakan kelahiran atau yang lebih dikenal dengan istilah *baby boom*. Dampak momentum kelahiran tinggi ini terus terbawa sepanjang hidup kohor tersebut dan terlihat jelas pada piramida penduduk Indonesia tahun 1961, 1971 dan seterusnya (Adioetomo, 2005).

Hubungan antara pertumbuhan penduduk dengan pertumbuhan ekonomi menjadi topik yang tak henti-hentinya diteliti oleh para ekonom-demografer sejak tahun 1950-an. Penemuan terbaru membuktikan bahwa pertumbuhan penduduk memang berperan dalam pertumbuhan ekonomi (*population does matter*). Hasil penelitian tersebut memotivasi banyak negara untuk mulai mengendalikan pertumbuhannya, tak terkecuali negara berkembang seperti Indonesia.

Melalui program Keluarga Berencana (KB) yang mulai dicanangkan di Indonesia pada sekitar tahun 1970-an, angka kelahiran mulai menunjukkan tren menurun hingga tahun 2000-an. Transisi ini membawa Indonesia pada angka kematian dan kelahiran yang stabil pada level rendah.

Berlangsungnya transisi demografi di Indonesia telah membawa Indonesia pada perubahan struktur umur penduduk (Wirakartakusumah & Mundiharno, 1994; Mundiharno, 1997). Perubahan struktur umur penduduk ini dapat terjadi karena adanya proses transisi demografi secara berkelanjutan dan berjangka panjang. Generasi *baby boom* yang lahir pada tahun 1950-1960-an dalam lima belas tahun kemudian akan memasuki usia produktif. Sementara itu, penduduk perempuan akan memasuki usia reproduksi. Terjadilah pergeseran distribusi penduduk menurut umur yang menyebabkan menurunnya rasio ketergantungan penduduk usia nonproduktif dengan penduduk usia produktif. Penurunan rasio ketergantungan ini lebih disumbang oleh penurunan jumlah penduduk muda (usia < 15 tahun/*youth dependency ratio*) daripada penduduk tua (usia \geq 65 tahun/*elderly dependency ratio*) (Adioetomo, 2005, hal.24).

Di sisi lain, perbaikan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat serta kemajuan teknologi kesehatan telah menurunkan angka kematian khususnya pada bayi dan anak-anak. Hal tersebut juga menaikkan usia harapan hidup manusia Indonesia pada umumnya (Gambar 1.1).



Gambar 1.1 Tren Beberapa Indikator Kesehatan Utama di Indonesia Tahun 1960-2005

Sumber: Bank Dunia, 2008

Saat ini, penduduk Indonesia berusia lebih panjang dan jumlah anak-anak yang meninggal karena penyakit menular semakin menurun. Semakin meningkatnya usia harapan hidup di Indonesia ini mencerminkan bahwa manusia Indonesia secara rata-rata dapat hidup lebih lama, sehingga berdampak pada semakin besarnya proporsi penduduk tua. Apabila hal ini terus berlangsung, maka proporsi penduduk tua di Indonesia akan terus meningkat, sementara proporsi penduduk usia muda akan terus menurun.

Tabel 1.1 berikut menunjukkan perkembangan jumlah dan proporsi penduduk lanjut usia serta balita di Indonesia pada tahun 1971-2025. Dari tahun 1971 hingga 2005, proporsi penduduk balita tampak semakin menurun, sementara proporsi penduduk lanjut usia semakin meningkat. Keadaan ini diperkirakan akan terus berlangsung hingga tahun 2025.

Tabel 1.1 Pertumbuhan Penduduk Lanjut Usia (60+) dan Balita (0-4) di Indonesia Tahun 1971-2025

Tahun	Balita		Lanjut usia	
	Jml. Penduduk	(%)	Jml. Penduduk	(%)
1971 ¹	19.098.693	16,1	5.306.874	4,5
1980 ¹	21.190.672	14,4	7.998.543	5,4
1985 ²	21.550.364	13,1	9.440.999	5,8
1990 ¹	20.985.144	11,7	11.277.557	6,3
1995 ²	20.451.531	10,5	13.298.588	6,8
2000 ¹	20.302.376	10,1	14.439.967	7,2
2005 ²	19.095.151	8,9	15.537.810	7,3
2010 ³	20.727.700	8,9	19.036.600	8,2
2015 ³	20.937.800	8,5	23.159.600	9,4
2020 ³	20.904.500	8,0	28.986.200	11,1
2025 ³	20.676.300	7,6	35.916.000	13,1

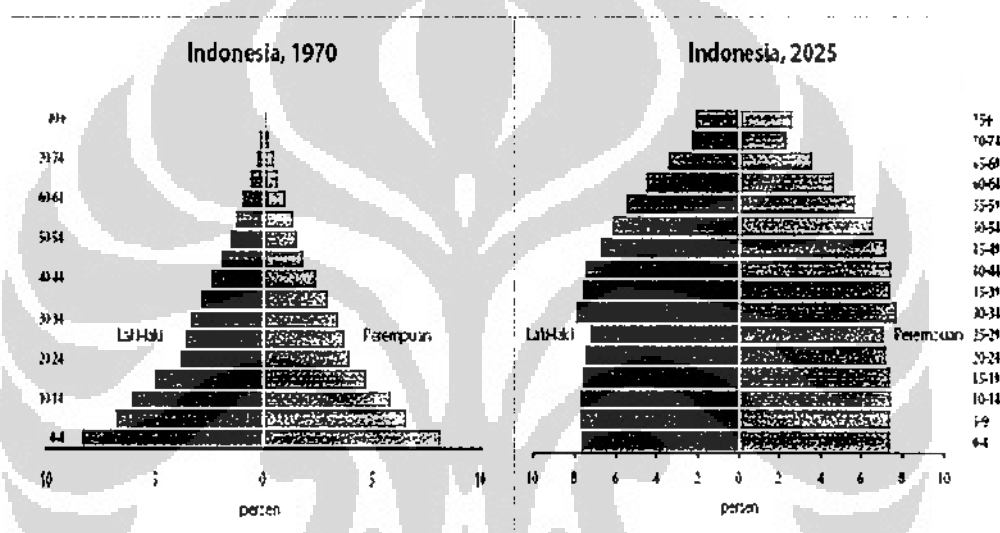
Sumber:

1. BPS, Sensus Penduduk Tahun 1971, 1980, 1990, 2000

2. BPS, Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) Tahun 1985, 1995, 2005

3. BPS, Proyeksi Penduduk Tahun 2010-2025

Perubahan struktur penduduk di Indonesia juga terlihat dari piramida penduduknya. Jika dilihat dari piramida penduduk, komposisi penduduk Indonesia pada saat ini sangat mirip dengan komposisi penduduk di sebagian besar negara di Eropa pada tahun 1950-an. Jika pada tahun 1970 bentuk piramida penduduk Indonesia menyerupai piramida, maka pada tahun 2025 diperkirakan bentuknya telah berubah sebagaimana terlihat pada Gambar 1.2 di bawah ini. Pada tahun 2025, jumlah penduduk Indonesia yang berumur 30-60 tahun diperkirakan akan melebihi jumlah penduduk yang berumur 0-30 tahun (Bank Dunia, 2008).



Gambar 1.2 Piramida Penduduk Indonesia Tahun 1970 dan 2025

Sumber: Bank Dunia, 2008

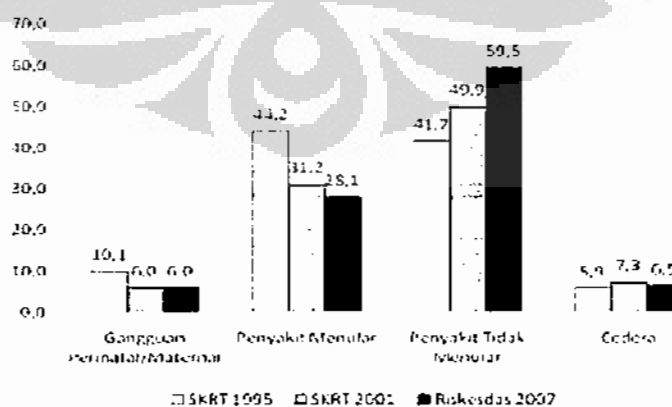
Semakin besarnya proporsi penduduk lanjut usia jika dibandingkan penduduk usia muda di Indonesia pada masa yang akan datang sesungguhnya merupakan suatu cerminan keberhasilan sekaligus tantangan. Di satu sisi, semakin tingginya angka harapan hidup menunjukkan keberhasilan dalam peningkatan kesejahteraan dan derajat kesehatan masyarakat, namun di sisi lain, penuaan penduduk membawa konsekuensi dalam berbagai bidang seperti ekonomi, sosial, serta pendayagunaan potensi lanjut usia di masa yang akan datang.

Coni et al. (1992) mengatakan, peningkatan usia harapan hidup (*lifespan*) tidak serta merta menunjukkan suatu keberhasilan, namun perlu ditinjau terlebih

dahulu apakah penduduk dengan umur yang lebih panjang tersebut hidup dalam kondisi sehat atau tidak. Apabila mereka berumur panjang namun berada dalam kondisi kesehatan yang buruk, maka hal ini bukanlah suatu kesuksesan, tetapi merupakan suatu “kegagalan dari sebuah kesuksesan (*the failure of our succes*).” Hal serupa dikemukakan pula oleh Martel et al (n.d).

Dengan semakin besarnya proporsi penduduk tua relatif terhadap penduduk muda, kemungkinan meningkatnya beban ketergantungan pun akan semakin besar. Hal ini tercermin dari semakin besarnya angka ketergantungan (*dependency ratio*). Umumnya penduduk lanjut usia telah mengalami penurunan produktivitas, baik secara fisik, sosial maupun finansial sehingga berpotensi besar untuk menjadi beban bagi penduduk usia produktif.

Kondisi ini akan semakin parah apabila penuaan penduduk tersebut disertai dengan keadaan patologis, dimana penduduk tidak saja mengalami kemunduran akibat usia yang semakin tua, namun juga mengidap berbagai penyakit terutama penyakit tidak menular yang bersifat kronis/degeneratif, yang membutuhkan perawatan jangka panjang dengan biaya yang besar. Sebagai catatan penting, selain tengah berada dalam transisi demografi, Indonesia juga tengah mengalami transisi epidemiologi, sebagaimana diungkapkan oleh Soemodinoto & Suwandono (1997), dimana ancaman penyakit tidak menular dari tahun ke tahun semakin meningkat, sementara pengaruh penyakit menular dalam menyebabkan kematian semakin menurun. Perhatikan Gambar 1.3 berikut!



Gambar 1.3 Distribusi Kematian pada Semua Umur Menurut Kelompok Penyakit, SKRT 1995-2001 & Riskesdas 2007

Sumber: Laporan Riskesdas 2007, Departemen Kesehatan RI (2008)

Ancaman penyakit tidak menular terutama yang bersifat kronik/degeneratif seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit sendi, stroke dan lain-lain pada penduduk di Indonesia semakin besar dan prevalensinya semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Tabel 1.2 berikut menggambarkan prevalensi beberapa penyakit tidak menular yang bersifat degeneratif pada penduduk berusia 15 tahun keatas menurut hasil Riskesdas 2007.

Dalam Tabel 1.2 terlihat bahwa prevalensi penyakit diabetes mellitus, jantung, penyakit sendi, hipertensi dan stroke menunjukkan kecenderungan yang terus meningkat seiring pertambahan umur penduduk. Data tersebut menunjukkan bahwa penyakit-penyakit ini lebih banyak ditemukan pada penduduk berusia dewasa dan lanjut usia dibandingkan penduduk berusia muda.

Tabel 1.2 Prevalensi Beberapa Penyakit Tidak Menular/Degeneratif Penduduk 15 Tahun Keatas di Indonesia, Riskesdas 2007

Kelompok Umur	Prevalensi Penyakit Tidak Menular/Degeneratif				
	Diabetes Mellitus	Jantung (D/G)	Penyakit Sendi (D/G)	Hipertensi (D)	Stroke (D/G)
15-24	0,6	4,8	6,9	0,9	1,7
25-34	1,8	6,8	19,0	2,5	2,5
35-44	5,0	9,3	32,8	6,3	4,7
45-54	10,5	12,5	46,3	11,9	11,3
55-64	13,5	16,1	56,4	17,2	20,2
65-74	14,0	19,2	62,9	22,3	31,9
75+	12,5	20,4	65,4	23,3	41,7

Keterangan:

D : berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan)

G : berdasarkan gejala yang dialami responden

Sumber : Laporan Riskesdas 2007, Departemen Kesehatan RI (2008)

Jika hal ini tidak diwaspadai, maka penuaan penduduk bukan lagi cermin keberhasilan pembangunan, namun justru berpotensi menjadi sumber permasalahan di berbagai bidang kehidupan. Menyadari akan hal ini, maka tantangan yang harus dihadapi di masa depan adalah bagaimana menciptakan

penduduk lanjut usia yang aktif (*active ageing*), yaitu penduduk dengan usia yang semakin tua namun tetap sehat, mandiri dan produktif.

1.2 Perumusan Masalah

Menciptakan penduduk lanjut usia yang sehat merupakan langkah awal untuk mewujudkan penduduk lanjut usia Indonesia yang mandiri dan produktif. Menurut WHO, sehat didefinisikan sebagai: "*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.*" Sehat tidak hanya berarti terbebas dari sakit, namun lebih dari itu, mencakup keutuhan fisik dan mental pada diri manusia serta kemampuan untuk berinteraksi secara baik dengan lingkungan sosial. Ini berarti, manusia yang sehat adalah manusia yang terbebas dari sakit dan ketidakmampuan fisik serta memiliki kondisi mental dan kemampuan berinteraksi sosial secara baik. Jadi, penduduk lanjut usia yang sehat adalah penduduk lanjut usia yang terbebas dari penyakit, memiliki kondisi mental yang baik, terbebas dari ketidakmampuan fisik serta tetap dapat menjalankan peran dan berinteraksi secara baik dengan lingkungan sosial dimana ia berada. Penduduk lanjut usia dengan status kesehatan yang baik merupakan sumber daya manusia yang diharapkan masih mampu memberikan sumbangan bagi pembangunan.

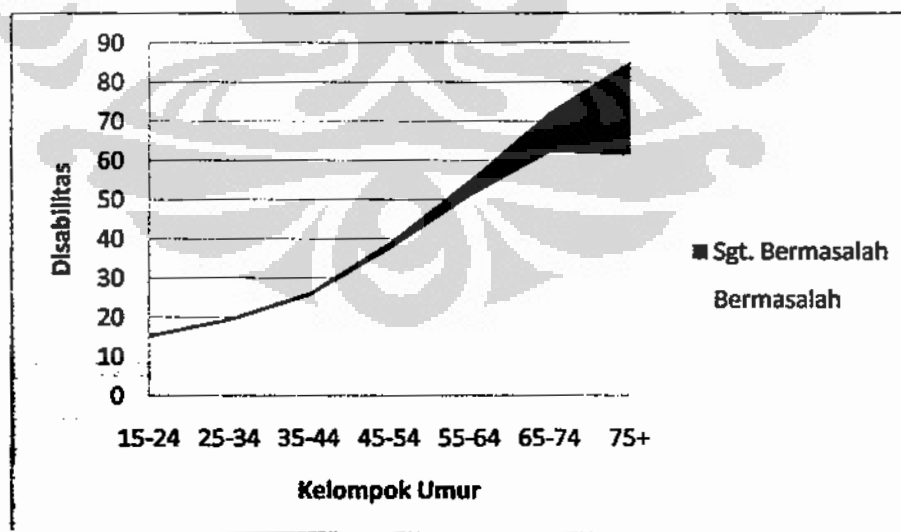
Berbagai indikator telah dikembangkan guna mengukur status kesehatan penduduk termasuk pada lanjut usia, salah satunya adalah tingkat disabilitas. Menurut Lamb & Siegel (2004), disabilitas mengacu pada sebuah kondisi akut atau kronis yang mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Tingkat disabilitas penduduk lanjut usia menunjukkan tingkat kesulitan/keterbatasan yang dihadapi oleh penduduk lanjut usia dalam melakukan aktivitas sehari-hari, baik aktivitas yang sifatnya individu maupun sosial.

Tingkat disabilitas penduduk lanjut usia terkait langsung dengan status kemandirian penduduk lanjut usia tersebut. Dengan semakin beratnya tingkat disabilitas yang dialami, berarti tingkat kemandirian penduduk lanjut usia tersebut semakin rendah, sehingga ia akan membutuhkan perawatan dari orang lain dalam kehidupannya sehari-hari. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa semakin

tinggi tingkat disabilitas yang dialami oleh penduduk lanjut usia, semakin besar pula tingkat ketergantungan penduduk lanjut usia terhadap kelompok penduduk lainnya (kelompok penduduk usia produktif).

Terjadinya disabilitas pada lanjut usia secara otomatis akan menurunkan kualitas hidupnya. Disabilitas yang dialami oleh penduduk lanjut usia akan menaikkan risiko mereka harus dirawat di panti (*nursing home*), atau dirawat di rumah sendiri yang membutuhkan biaya sangat besar. Tentu saja, keberadaan penduduk yang mengalami disabilitas akan menambah beban tidak saja bagi rumah tangga dimana penduduk tersebut berada, namun juga akan menjadi beban bagi negara secara keseluruhan (Gerald Choon-Huat Koh, 2009).

Menurut Depkes (2008), dalam kurun waktu antara tahun 2004-2007, prevalensi disabilitas penduduk berumur 15 tahun keatas di Indonesia menunjukkan peningkatan yang berarti, yaitu dari 12,7% (SKRT 2004) menjadi 21,3% (Riskesdas 2007). Peningkatan ini sebagian besar disumbang oleh penduduk lanjut usia, sebagai akibat dari angka harapan hidup penduduk Indonesia yang semakin tinggi. Gambar 1.4 berikut menunjukkan prevalensi disabilitas penduduk berusia 15 tahun keatas di Indonesia menurut hasil Riskesdas 2007.



Gambar 1.4 Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur \geq 15 Tahun Menurut Kelompok Umur

Sumber: Laporan Riskesdas 2007 (Depkes, 2008), telah diolah kembali

Menurut Handajani (2006), disabilitas merupakan masalah utama kesehatan pada lanjut usia yang dapat dilihat dari tingginya angka kejadian dan tingkat keparahannya. Di samping itu, disabilitas merupakan indikator yang sangat penting pada lanjut usia untuk mencapai "lanjut usia aktif" (*active ageing*). Masalah kesehatan yang dihubungkan dengan disabilitas membutuhkan perawatan jangka panjang termasuk rehabilitasi dan membutuhkan biaya yang sangat besar, ditambah lagi dengan biaya untuk penyakit kronis yang diderita oleh sebagian besar lanjut usia. Akibatnya, terjadi beban ganda bagi keluarga maupun pemerintah, apalagi dengan prediksi peningkatan disabilitas dalam dekade ini akan mencapai 3 kali lipat. Untuk meningkatkan kesehatan masyarakat lanjut usia agar tetap aktif, mandiri dan sehat, peran kualitas hidup sangat berarti dan faktor utama yang mempengaruhi kualitas hidup lanjut usia adalah disabilitas.

Dengan menyadari bahwa di masa depan proporsi penduduk lanjut usia di Indonesia akan semakin meningkat, maka tentu penduduk lanjut usia yang diharapkan adalah penduduk lanjut usia yang mandiri dan produktif, sehingga mereka tidak menjadi beban bagi penduduk usia produktif. Untuk menciptakan penduduk lanjut usia yang mandiri dan produktif, langkah utama yang harus dilakukan adalah menciptakan penduduk lanjut usia yang aktif, dimana salah satu indikatornya adalah terbebas dari disabilitas.

Guna menurunkan risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas, sangatlah penting untuk mengetahui bagaimana karakteristik penduduk lanjut usia, gambaran tingkat disabilitasnya serta determinan dari tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia tersebut. Dengan mengetahui karakteristik penduduk lanjut usia, gambaran tingkat disabilitas serta determinan dari tingkat disabilitas penduduk lanjut usia ini, penduduk dapat mewaspadaikan faktor-faktor risiko yang dapat meningkatkan peluang mereka mengalami disabilitas. Pemerintah pun dapat menyusun kebijakan yang tepat guna menurunkan prevalensi disabilitas secara nasional.

Hingga saat ini, penelitian yang dilakukan terkait determinan tingkat disabilitas pada penduduk lanjut usia di Indonesia belum pernah dilakukan. Untuk itu, penelitian ini mencoba mengetahui pengaruh beberapa faktor risiko yang terkait dengan tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia. Data yang

digunakan adalah data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Survei ini merupakan sumber data berskala nasional yang mengumpulkan berbagai informasi terkait aspek sosial, ekonomi dan kesehatan penduduk Indonesia.

Menurut WHO (2002), lanjut usia aktif (*active ageing*) dipengaruhi oleh beberapa faktor determinan yaitu budaya, jender, sistem pelayanan kesehatan dan sosial, lingkungan fisik, perilaku kesehatan serta faktor sosial dan ekonomi. Sementara itu, dalam laporan WHO tahun 1998 (*WHO Report 1998*) disebutkan bahwa penyakit kronik/degeneratif merupakan penyebab terjadinya disabilitas, yang sebelumnya didahului oleh *impairments*, yaitu terjadinya kerusakan pada organ-organ tubuh sehingga menimbulkan penurunan kapasitas fungsional dari organ-organ tersebut. Dengan mempertimbangkan ketersediaan data dalam Susenas dan Riskesdas 2007, penelitian ini akan menguji pengaruh beberapa faktor risiko terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia yang terdiri dari faktor sosio-demografi, lingkungan fisik, perilaku kesehatan dan penyakit kronik/degeneratif termasuk gangguan mental.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan uraian di atas, maka beberapa pertanyaan yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Bagaimana karakteristik penduduk lanjut usia di Indonesia.
- b. Bagaimana tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia.
- c. Bagaimana pengaruh status sosio-demografi, lingkungan fisik, perilaku kesehatan dan penyakit kronik/degeneratif termasuk gangguan mental terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Secara umum, penelitian ini bertujuan mengetahui karakteristik dan tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia serta pengaruh status sosio-demografi, lingkungan fisik, perilaku kesehatan dan penyakit kronik/degeneratif termasuk gangguan mental terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia.

1.4.2 Tujuan Khusus

Secara khusus, penelitian ini bertujuan:

- a. Mengetahui karakteristik penduduk lanjut usia di Indonesia, yang akan dilihat menurut status sosio-demografi, lingkungan fisik, perilaku kesehatan dan penyakit kronik/degeneratif termasuk gangguan mental.
- b. Mengetahui tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia, yang akan dibedakan menjadi tiga tingkatan yaitu ringan, sedang dan berat.
- c. Mengetahui pengaruh status sosio-demografi yang terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, status bekerja, kondisi ekonomi serta pengaturan tempat tinggal (*living arrangement*) terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia.
- d. Mengetahui pengaruh lingkungan fisik yaitu daerah tempat tinggal yang diklasifikasikan menjadi daerah pedesaan dan perkotaan terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia.
- e. Mengetahui pengaruh perilaku kesehatan yang terdiri dari kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan serta kebiasaan dalam mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia.
- f. Mengetahui pengaruh beberapa penyakit kronik/degeneratif yang terdiri dari gangguan sendi, hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, tuberculosi paru-paru, stroke dan juga gangguan mental terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia.

1.5 Manfaat Penelitian

Beberapa manfaat dari hasil penelitian ini antara lain:

- a. Dengan mengetahui karakteristik penduduk lanjut usia serta gambaran tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, dapat diambil kebijakan-kebijakan terkait, baik pada level mikro (individu) maupun makro guna memperbaiki status kesehatan penduduk lanjut usia di Indonesia, khususnya dalam upaya menciptakan penduduk lanjut usia yang sehat, produktif dan mandiri.
- b. Memperkaya khasanah ilmu pengetahuan khususnya di bidang kependudukan yang terkait langsung dengan topik *population ageing, successful ageing* dan pembangunan sumber daya manusia (*human capital development*) secara luas.

1.6 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan tesis ini terdiri dari enam bab yaitu:

BAB 1, memaparkan latar belakang, perumusan masalah, pertanyaan penelitian serta tujuan dan manfaat penelitian.

BAB 2, berisi tinjauan pustaka terkait konsep-konsep penting yang digunakan dalam penelitian ini, kerangka teoretis, kerangka pikir analisis dan hipotesis penelitian.

BAB 3, memaparkan metodologi penelitian yang mencakup sumber data, unit analisis, definisi operasional variabel, kelebihan dan kekurangan data serta metode analisis yang digunakan.

BAB 4, memaparkan hasil dan analisis deskriptif penelitian yang akan menjelaskan karakteristik penduduk lanjut usia dan gambaran tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia menurut beberapa faktor risikonya.

BAB 5, berisi hasil dan analisis inferensial yang menjelaskan bagaimana pengaruh beberapa faktor risiko yaitu status sosio-demografi, lingkungan fisik, perilaku kesehatan, dan penyakit kronik/degeneratif termasuk gangguan mental terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia.

BAB 6, berisi kesimpulan, keterbatasan penelitian dan rekomendasi kebijakan terkait hasil-hasil penelitian.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA, KERANGKA TEORETIS, KERANGKA PIKIR ANALISIS DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 Batasan Umur Penduduk Lanjut Usia

Manusia pada umumnya menginginkan hidup yang panjang dan dapat mencapai usia lanjut. Tetapi, pada usia berapakah seseorang dikatakan sebagai penduduk usia lanjut? Pertanyaan ini sulit dijawab secara pasti, sebab hingga saat ini belum ada kesatuan pendapat mengenai batasan umur seseorang dikatakan berusia lanjut.

Menjadi tua sangat berbeda pada setiap individu (Ebersole & Hess, 1981). Proses menua pada setiap individu ditandai dengan perubahan-perubahan anatomik, fisiologik serta biokimiawi. Perubahan-perubahan ini terjadi selama kehidupan manusia itu dan akan bertambah jelas setelah melampaui usia 40 tahun ke atas (Rustika, 1997).

Menurut WHO, penduduk lanjut usia terdiri dari: (a) Usia Pertengahan (*Middle Age*), yaitu penduduk berusia 45-49 tahun, (b) Usia Lanjut (*Elderly*), yaitu penduduk berusia 60-70 tahun, (c) Usia Lanjut Tua (*Old*), yaitu penduduk berusia 75-90 tahun, dan (d) Usia Sangat Tua (*Very Old*), yaitu penduduk berusia di atas 90 tahun (Rustika, 1997).

Undang-undang No.4 Tahun 1965 tentang Pemberian Bantuan Penghidupan Orang Jompo menyebutkan bahwa seseorang baru dikatakan jompo apabila orang tersebut telah: (a) lanjut usianya, (b) tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan pokok bagi hidupnya sehari-hari, dan (c) tidak menerima nafkah secukupnya dari orang lain. Batasan umur untuk ini bagi pria atau wanita adalah 55 tahun. Namun demikian, dalam keadaan tertentu Menteri Sosial dapat menentukan umur lebih muda, apabila keadaan fisik orang tersebut memerlukan. Sementara itu, Undang-undang No.13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia pada BAB I, pasal 1 ayat 2 menyatakan bahwa penduduk lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas.

Beberapa penelitian menggunakan usia 60 tahun ke atas sebagai batasan penduduk dikatakan telah berusia lanjut. Yan Hao (1998) dalam studinya mengenai tingkat ketergantungan penduduk lanjut usia di China membatasi

penduduk lanjut usia yaitu mereka yang telah berumur 60 tahun ke atas. Hal ini didasarkan alasan bahwa umumnya penduduk China telah mengalami penurunan baik pada kondisi fisik, mental maupun finansialnya pada umur 60 tahun. Demikian juga dalam studi komparatif mengenai *successful aging* di tiga negara Asia yaitu Indonesia, Srilanka dan Thailand yang dilakukan oleh Lamb & Myers (1999), penduduk lanjut usia adalah penduduk berusia 60 tahun ke atas, yang dikategorikan menjadi tiga kelompok yaitu 60-64 tahun, 65-69 tahun dan 70 tahun ke atas. Batasan umur penduduk lanjut usia 60 tahun keatas juga digunakan oleh Sirait dan Riyadina (1999).

Berdasarkan berbagai batasan usia lanjut yang telah dikemukakan di atas, dalam penelitian ini, batasan umur penduduk dikatakan sebagai penduduk lanjut usia yang akan digunakan adalah penduduk 60 tahun keatas. Penggunaan batasan umur ini dipilih dengan pertimbangan kondisi penuaan yang umum ditemui di Indonesia, dimana pada umur tersebut biasanya seseorang telah memasuki masa pensiun dan mengalami berbagai kemunduran baik fisik, mental maupun finansial. Batasan umur ini banyak dipakai dalam penelitian-penelitian tentang penduduk lanjut usia di Indonesia.

2.2 Proses Menua (*Ageing*) dan Kemunduran-kemunduran pada Penduduk Usia Lanjut

Menjadi tua adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindarkan. Proses ini bersifat universal, berlaku dan akan terjadi pada semua makhluk hidup di muka bumi ini. Bennet & Ebrahim (1995) menyatakan bahwa penuaan (*ageing*) adalah sebuah proses bertumbuh, merupakan bagian dari siklus hidup setiap makhluk hidup yang diawali dari pembuahan (*conception*) dan diakhiri dengan kematian (*death*). Rahardjo et al. (2009) menambahkan, menjadi tua merupakan proses alamiah. Berarti, seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan yaitu anak, dewasa dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun secara psikologis.

Besarnya ketertarikan para ahli/peneliti terhadap proses penuaan (*ageing*) yang dialami oleh makhluk hidup khususnya manusia, memunculkan berbagai

teori mengenai mekanisme penuaan (*ageing*). Berikut akan dipaparkan beberapa diantaranya, yang terangkum dalam Darmojo (2006).

1. Teori "*Genetik Clock*"

Menurut teori ini, menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Tiap spesies, di dalam nukleid (inti sel)-nya mempunyai suatu jam genetik yang telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak diputar. Jadi, menurut konsep ini, bila jam kita berhenti, itu berarti kita mengalami kematian (*death*) atau dengan kata lain meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit akhir yang katastrofal. Konsep "*genetic clock*" menjelaskan mengapa beberapa spesies menunjukkan adanya perbedaan usia harapan hidup yang nyata. Secara teoritis, dapat dimungkinkan memutar jam ini lagi meski hanya untuk beberapa waktu dengan pengaruh-pengaruh dari luar, berupa peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dengan obat-obatan atau tindakan-tindakan tertentu.

2. Teori Mutasi Somatik (*Error Catastrophe Theory*)

Salah satu hal yang penting untuk dianalisis sehubungan dengan faktor-faktor penyebab terjadinya penuaan adalah faktor lingkungan. Kondisi lingkungan yang buruk seperti radiasi dan pencemaran oleh bahan-bahan kimia dapat memperbesar risiko kematian. Menurut teori ini, lingkungan yang buruk akan menyebabkan terjadinya mutasi yang progresif pada DNA sel somatis sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan fungsional pada sel tersebut. Salah satu hipotesis yang berhubungan dengan mutasi sel somatis adalah hipotesis "*Error Catastrophe*". Menurut hipotesis ini, menua disebabkan oleh kesalahan-kesalahan beruntun sepanjang kehidupan, setelah berlangsung dalam waktu yang lama, terjadi kesalahan dalam proses transkripsi (DNA → RNA), maupun dalam translasi (RNA → protein/enzim). Kesalahan tersebut akan menyebabkan terbentuknya enzim yang salah. Kesalahan-kesalahan yang berkembang secara eksponensial akan menyebabkan terjadinya reaksi metabolisme yang salah sehingga akan mengurangi kemampuan fungsional dari sel tersebut. Kesalahan yang semakin banyak akan menyebabkan "*catastrophe*" /kekacauan.

3. Teori Rusaknya Sistem Kekebalan Tubuh

Rusaknya sistem kekebalan tubuh berkaitan erat dengan mutasi somatis yang terjadi pada sel. Jika mutasi somatis menyebabkan kelainan pada antigen permukaan sel, maka hal ini dapat menyebabkan sistem imun tubuh menganggap sel yang mengalami perubahan tersebut sebagai benda asing dan kemudian menghancurkannya. Di sisi lain, kemampuan sistem imun tubuh sendiri mengalami penurunan seiring bertambahnya usia.

4. Teori Kerusakan Akibat Radikal Bebas

Radikal bebas (RB) dapat terbentuk di alam bebas, dapat pula terbentuk dalam tubuh manusia, seperti superoksida (O_2), radikal hidroksil (OH) dan peroksida hydrogen (H_2O_2). Radikal bebas bersifat merusak karena sangat reaktif sehingga dapat bereaksi dengan DNA, protein, asam lemak tidak jenuh dan lain-lain. Sebenarnya, RB dapat ditangkal dengan enzim yang dihasilkan oleh tubuh manusia dan dengan senyawa nonenzimatik seperti Vitamin C, provitamin A dan Vitamin E. Namun demikian, sebagian RB tetap lolos, bahkan semakin lanjut usia makin banyak RB yang terbentuk sehingga merusak sel terus terjadi. Jika kerusakan organ sel semakin banyak, sel akan melemah dan akhirnya mati.

5. Teori Menua Akibat Metabolisme

Menurut teori ini, terdapat hubungan antara tingkat metabolisme tubuh dengan panjang umur. Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan ini. Sebuah penelitian menyebutkan bahwa perkembangan lalat buah (*Drosophila Melanogaster*) lebih cepat dan umurnya lebih pendek pada temperature $30^\circ C$, jika dibandingkan dengan lalat yang dipelihara pada suhu $10^\circ C$. Mamalia yang dirangsang untuk hibernasi (tidur) selama musim dingin umurnya lebih panjang daripada mamalia yang tidak dirangsang untuk hibernasi. Sebaliknya, jika mamalia ditempatkan pada temperatur yang rendah tanpa dirangsang untuk hibernasi, metabolismenya meningkat dan berumur lebih pendek. Modifikasi cara hidup dari kurang bergerak menjadi lebih banyak bergerak kemungkinan dapat memperpanjang umur. Hal ini terbukti pada perbandingan antara hewan yang hidup di alam bebas dengan hewan yang hidup di laboratorium. Hewan

yang hidup di alam bebas lebih banyak bergerak dan umumnya berumur lebih panjang dibandingkan hewan yang hidup di laboratorium.

Dalam pandangan yang lebih luas, penuaan (*ageing*) yang terjadi pada diri manusia dapat dipandang dari beberapa aspek yang berbeda. Birren (dalam Ebersole & Hess, 1981) menyatakan bahwa manusia menjadi tua dalam tiga cara yaitu secara biologis, psikologis dan sosiologis.

Secara biologis, dengan semakin bertambahnya umur, akan terjadi perubahan-perubahan baik pada kondisi fisik maupun psikis orang tersebut. Proses menjadi tua yang disebabkan oleh faktor biologis berlangsung dalam 3 fase yakni: fase progresif, stabil dan regresif. Pada fase regresif, mekanisme lebih berat ke arah kemunduran yang dimulai dalam sel, komponen terkecil dari tubuh manusia. Dapat dikatakan bahwa sel mengalami keausan karena berfungsi lama sehingga mengakibatkan kemunduran lebih dominan dibandingkan pemulihan. Dalam struktur anatomik dapat terlihat tanda-tanda kemunduran, yang mana hal ini adalah proses menjadi tua. Proses ini berlangsung secara alamiah, kontinu, terus-menerus dan berkesinambungan, yang dalam keadaan lanjut menyebabkan perubahan anatomi, fisiologi dan biokemis pada jaringan atau organ badan, yang pada akhirnya mempengaruhi keadaan serta fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan (Rustika, 1997).

Penuaan secara psikologis merujuk pada peningkatan kemampuan seseorang untuk mengadakan penyesuaian terhadap berbagai situasi yang dihadapinya. Sedangkan menua secara sosiologis berkaitan dengan perubahan peran-peran yang diharapkan atau diberikan masyarakat kepada seseorang sesuai dengan usianya.

Ketiga macam proses penuaan ini saling mempengaruhi dan berkaitan. Akibat dari keterkaitan diantara ketiganya, akan menimbulkan pengertian tentang "menjadi tua". Menurut Rahardjo & Priyotomo (1994), menjadi tua berarti mengalami berbagai kemunduran, misalnya kemunduran fisik, yang antara lain ditandai oleh kulit yang makin mengendor dan keriput, rambut yang mulai memutih, gigi ompong, pendengaran dan penglihatan makin memburuk dan figur tubuh yang tidak proporsional. Ciri lain pada waktu tua adalah menjadi pelupa, orientasi terhadap ruang dan waktu menurun dan sensitivitas emosional meningkat

sehingga sulit menerima pendapat orang lain atau mudah tersinggung dan kurang bergairah serta bisa terjadi kelainan psikosomatis. Selanjutnya, Rahardjo et al. (2009) mengatakan bahwa memasuki usia tua berarti peluang individu untuk mengalami disabilitas dan penyakit yang bersifat menahun semakin besar.

Penuaan (*ageing*) sendiri bukanlah suatu penyakit, namun berbagai penyakit sering kali datang dengan prevalensi yang semakin besar, seiring dengan berjalannya proses penuaan (Sirait & Riyadina, 1999). Constantinides menyebutkan bahwa menua (*menjadi tua/ageing*) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Dengan begitu, manusia secara progresif akan kehilangan daya tahan terhadap infeksi dan akan menumpuk makin banyak distorsi metabolik dan struktural yang disebut sebagai “penyakit degeneratif” (seperti hipertensi, aterosklerosis, diabetes mellitus dan kanker), yang akan menyebabkan kita menghadapi akhir hidup dengan episode terminal yang dramatik seperti stroke, infeksi miokard, koma asidotik, metastasis, kanker dsb (Darmojo, 1999).

Lebih lanjut, Arisman (2003:77-81) menambahkan, usia tua hampir selalu datang bersama dengan “kesengsaraan” fisik, psikis, sosial dan ekonomi. Terjadi perubahan fisiologis dimana kekuatan, ketahanan dan kelenturan otot rangka berkurang. Akibatnya, kepala dan leher terfleksi ke depan, sementara ruas tulang belakang mengalami pembengkokan (*kifosis*), demikian juga panggul dan lutut. Keadaan tersebut menyebabkan postur tubuh terganggu. Terdapat berbagai gangguan, kemunduran dan kelemahan yang muncul pada lanjut usia yaitu terganggunya pergerakan dan kestabilan, kapasitas intelektual, meningkatnya depresi, inkontinensi dan impotensi, terjadi defisiensi imunologis, infeksi, konstipasi, malnutrisi, iatrogenesis dan insomnia. Selain itu, terjadi pula kemunduran pada penglihatan, pendengaran, pengecapan, pembauan, komunikasi, integritas kulit dan proses penyembuhan.

Berbagai kemunduran yang dialami oleh penduduk seiring dengan bertambahnya umur akan memperbesar risiko mereka terserang berbagai

gangguan kesehatan/penyakit, yang kemudian meningkatkan pula risiko mengalami disabilitas.

2.3 Konsep Menua Secara Aktif (*Active Ageing*)

Status kesehatan penduduk merupakan faktor penting dalam menentukan kualitas sumber daya manusia. Sumber daya manusia dengan kualitas yang baik sangat menentukan keberhasilan pembangunan. Dalam kaitannya dengan peningkatan proporsi penduduk lanjut usia Indonesia di masa depan, maka usaha menciptakan penduduk lanjut usia yang mandiri dan produktif sejalan dengan usaha menciptakan penduduk lanjut usia yang aktif (*active ageing*).

Istilah menua secara aktif (*active ageing*) diadopsi oleh WHO pada akhir tahun 1990. *Active Ageing* didefinisikan sebagai suatu proses optimalisasi peluang kesehatan, partisipasi dan keamanan untuk meningkatkan kualitas hidup di masa tua. Istilah ini bermaksud untuk menyampaikan suatu pesan inklusif yang lebih luas daripada sekedar istilah lanjut usia sehat (*healthy ageing*), dengan mengakui faktor selain pelayanan kesehatan yang mempengaruhi bagaimana individu dan penduduk menua. *Active Ageing* ditujukan baik kepada individu maupun kelompok. Hal tersebut memungkinkan seseorang untuk mencapai potensi rasa sehat (*well-being*) secara fisik, sosial dan mental selama siklus hidupnya dan berpartisipasi dalam masyarakat sesuai kebutuhan, keinginan dan kemampuan melalui pemberian perlindungan, keamanan dan perawatan memadai ketika memerlukan bantuan (WHO, 2002).

Lebih lanjut menurut WHO (2002), kata “aktif” dalam konsep ini berarti penduduk lanjut usia tetap berpartisipasi dalam kegiatan sosial, ekonomi, budaya, spiritual dan kegiatan-kegiatan kemasyarakatan lainnya dan bukan berarti hanya kemampuan untuk aktif secara fisik dan berpartisipasi dalam angkatan kerja semata. Penduduk lanjut usia yang telah pensiun dari pekerjaannya pun dapat tetap berpartisipasi aktif baik pada keluarga, masyarakat maupun negara dengan berbagai cara. Konsep *active ageing* ini diperkenalkan dengan tujuan meningkatkan umur harapan hidup sehat dan kualitas hidup secara keseluruhan

bagi penduduk lanjut usia. Kesehatan di sini berarti rasa sehat secara fisik, mental dan sosial, sesuai dengan konsepsi yang telah dikemukakan oleh WHO.

Implementasi dari konsep ini adalah mempertahankan otonomi dan kemandirian penduduk di masa tua. **Otonomi** merupakan kemampuan yang dipersepsikan untuk mengendalikan, mengatasi dan mengambil keputusan pribadi tentang bagaimana seseorang akan menjalani kehidupannya sehari-hari menurut ketentuan dan preferensinya. Sementara itu, **kemandirian** diartikan sebagai kemampuan melakukan fungsi-fungsi yang berhubungan dengan kehidupan sehari-hari, yakni kemampuan hidup mandiri dalam masyarakat dengan atau tanpa bantuan orang lain.

Kemandirian merupakan kebalikan dari ketidakmampuan (disabilitas), sehingga menciptakan penduduk lanjut usia yang aktif sama artinya dengan menciptakan penduduk lanjut usia yang terbebas dari disabilitas. Peningkatan umur harapan hidup sehat yang menjadi tujuan utama konsep *active ageing* ini pada hakikatnya mengacu pada umur harapan hidup bebas disabilitas, sebagaimana dikemukakan oleh WHO (2002). Jika umur harapan hidup merupakan ukuran penting bagi penuaan penduduk, maka berapa lama penduduk dapat hidup tanpa mengalami disabilitas merupakan hal yang lebih penting untuk dicapai, sehubungan dengan fenomena penuaan penduduk ini.

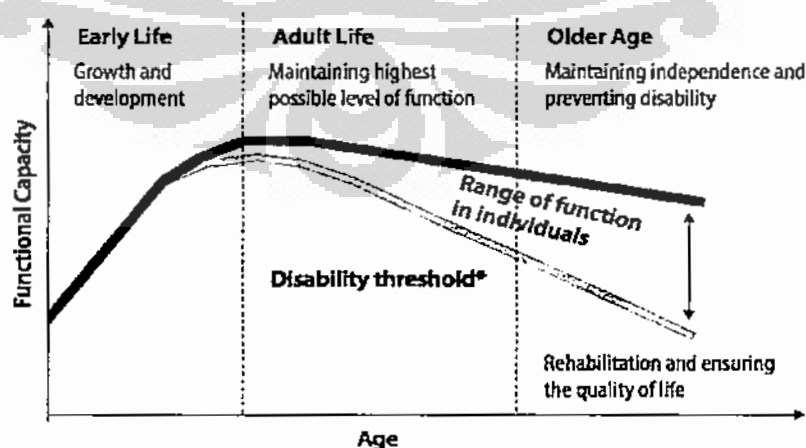
Pada akhirnya, otonomi dan kemandirian penduduk lanjut usia akan berpengaruh terhadap kualitas hidup penduduk lanjut usia tersebut. Kualitas hidup didefinisikan oleh WHO sebagai persepsi posisi individu dalam kehidupan, dalam konteks budaya/sistem nilai tempat tinggal serta hubungan dengan cita-cita, harapan, standar dan keprihatinan. Konsep ini sangat luas menyangkut aspek kesehatan fisik, status psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial, kepercayaan pribadi dan hubungan dengan lingkungan seseorang. Seiring dengan bertambahnya umur seseorang, kualitas hidup yang dinikmatinya akan sangat tergantung pada kemampuan individu tersebut dalam mempertahankan otonomi dan kemandirian.

Penuaan penduduk terjadi dalam berbagai konteks dan menuntut adanya solidaritas antargenerasi. Sebagaimana diketahui, anak kemarin akan menjadi orang tua di masa sekarang dan kemudian menjadi kakek/nenek di masa yang

akan datang. Hal ini sudah menjadi fenomena umum sebagai bagian dari siklus kehidupan manusia. Oleh karena itu, adanya saling ketergantungan yang menuntut penerimaan dan kesediaan untuk saling memberi dan menerima diantara generasi yang berbeda (tua dan muda) merupakan prinsip pokok dari konsep *active ageing*.

Kualitas hidup yang akan dinikmati di masa tua nanti sangat dipengaruhi oleh risiko dan peluang yang dialami oleh penduduk sepanjang siklus hidupnya serta bagaimana cara generasi mendatang memberikan bantuan dan dukungan terhadap penduduk lanjut usia tersebut. Jadi, pendekatan siklus kehidupan merupakan suatu cara untuk mencapai penduduk yang tetap aktif di masa tua.

Pendekatan siklus kehidupan menempatkan individu sebagai subyek sekaligus obyek yang mengerti akan dirinya dan sadar untuk mempertahankan kapasitas fungsionalnya dalam tiap tahapan kehidupannya. Di masa muda (*early life*), kapasitas fungsional berkembang pesat hingga suatu titik tertentu saat individu tersebut mencapai usia dewasa (*adult life*). Di usia dewasa, kapasitas fungsional akan menurun secara alamiah, namun individu dapat tetap mempertahankan kapasitas fungsional tersebut agar tidak sampai jatuh dalam ambang disabilitas (*disability threshold*) yang akan berakibat memburuknya kualitas hidup individu tersebut di masa tua (*older age*). Perhatikan Gambar 2.1 berikut!



Source: Kalache and Kickbusch, 1997

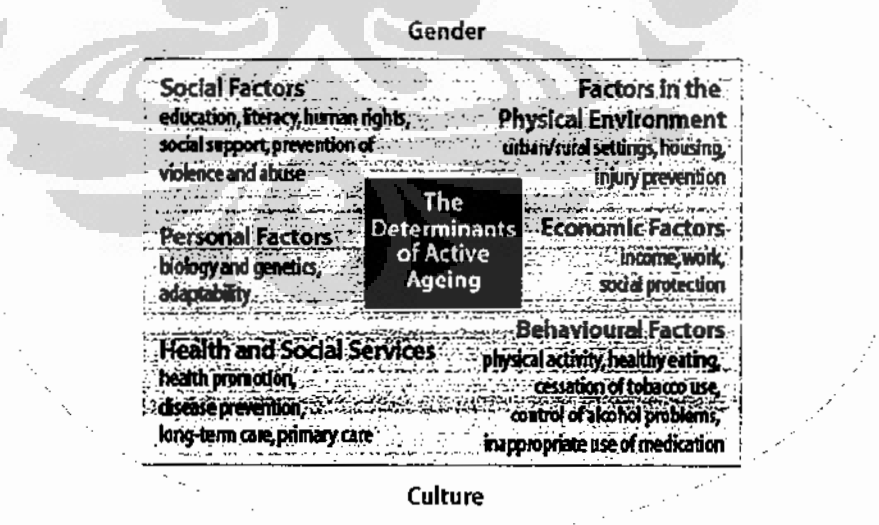
Gambar 2.1 Siklus Hidup sebagai Pendekatan dalam Mempertahankan Kapasitas Fungsional Individu

Dikutip dari: WHO (2002)

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat dikatakan bahwa penduduk lanjut usia yang aktif adalah penduduk lanjut usia yang dapat mempertahankan kapasitas fungsionalnya hingga usia tua, sehingga tetap memiliki otonomi dan kemandirian hingga usia lanjut, atau dengan kata lain terhindar dari disabilitas. Dengan terhindarnya penduduk dari disabilitas, maka peluang penduduk untuk menikmati kualitas hidup yang lebih baik di masa tua akan semakin besar.

2.4 Determinan Menua Secara Aktif (*Active Ageing*)

Menurut WHO (2002), *active ageing* dipengaruhi oleh berbagai determinan. Dengan memahami determinan-determinan tersebut, diharapkan dapat disusun program dan kebijakan yang tepat dalam mewujudkan penduduk lanjut usia yang tetap aktif. Secara garis besar determinan-determinan tersebut meliputi determinan ekonomi, pelayanan kesehatan dan sosial, perilaku, faktor personal/pribadi, lingkungan fisik serta determinan sosial. Keenam determinan tersebut dipengaruhi oleh faktor gender dan budaya dimana individu berada. Perhatikan Gambar 2.2 berikut ini!



Gambar 2.2 Determinan Menua Secara Aktif (*Active Ageing*)

Dikutip dari: WHO (2002)

Berikut adalah penjelasan mengenai determinan-determinan di atas yang terangkum dalam terjemahan dari naskah WHO (2002) yang diterbitkan oleh Komisi Nasional Lanjut Usia (Komnas Lanjut usia) Indonesia.

2.4.1 Determinan Budaya dan Jender

Dalam memahami konsep *active ageing*, faktor budaya merupakan determinan umum yang membentuk pemahaman tentang penuaan penduduk. Nilai dan tradisi budaya yang melingkupi setiap individu dan penduduk sangat menentukan bagaimana masyarakat memandang lanjut usia dan proses menjadi tua tersebut. Budaya yang dianut oleh individu akan mempengaruhi determinan-determinan *active ageing* lainnya. Sebagai contoh, ketika masyarakat lebih cenderung menghubungkan gejala penyakit dengan penuaan, maka mereka cenderung beranggapan bahwa munculnya berbagai penyakit terutama penyakit kronis pada penduduk lanjut usia sudah merupakan kewajaran sehingga mereka cenderung tidak mengutamakan prevensi/pencegahan penyakit, deteksi dini dan pelayanan kesehatan yang sesuai. Faktor budaya juga sangat berpengaruh terhadap perilaku kesehatan. Sebagai contoh, perbedaan etnis membawa pada perbedaan perilaku sehari-hari yang berpengaruh terhadap kesehatan seperti kebiasaan merokok, mengkonsumsi alkohol, perilaku makan, aktivitas fisik dan sebagainya.

Selain budaya, faktor jender juga merupakan "lensa" guna memahami determinan-determinan *active ageing* lainnya. Di sebagian masyarakat, masih sering ditemukan fenomena bahwa kedudukan perempuan tidaklah setara dengan laki-laki. Perempuan mempunyai status sosial yang lebih rendah dan mengalami keterbatasan akses terhadap makanan bergizi, pendidikan, pekerjaan yang layak dan pelayanan kesehatan yang baik. Dalam beberapa keadaan, peran tradisional perempuan sebagai pengurus keluarga mengharuskannya untuk berhenti bekerja sehingga hal ini berkontribusi terhadap kemiskinan dan status kesehatan mereka di masa tua. Di lain pihak, laki-laki sebagai pencari nafkah utama dalam keluarga berisiko lebih besar terhadap cedera, kematian akibat kekerasan serta bahaya di tempat kerja. Selain itu, pada masyarakat tertentu, perilaku-perilaku yang

berbahaya bagi kesehatan seperti merokok, mengkonsumsi alkohol dan narkoba banyak ditemukan pada laki-laki yang tentu berdampak pada status kesehatan mereka.

2.4.2 Determinan yang Berhubungan dengan Sistem Pelayanan Kesehatan dan Sosial

Determinan yang berhubungan dengan sistem pelayanan kesehatan dan sosial antara lain terdiri dari faktor peningkatan kesehatan dan prevensi/pencegahan penyakit, pelayanan yang bersifat kuratif/pengobatan, perawatan jangka panjang dan pelayanan kesehatan mental. Pendekatan siklus kehidupan sangat penting dalam mencapai *active ageing*. Untuk itu, pencegahan penyakit kronis/degeneratif yang dapat menyebabkan disabilitas pada usia tua harus dimulai dengan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit sebelum penduduk mencapai usia lanjut.

Pencegahan penyakit mengacu pada prevensi primer (misalnya: menghindari merokok, konsumsi alkohol, dll) serta prevensi sekunder (sebagai contoh: deteksi dini penyakit kronis, misal melalui *medical check-up*). Langkah preventif/pencegahan timbulnya penyakit terbukti menghemat biaya kesehatan tidak saja pada usia tua, namun di segala usia. Sebagai contoh, di Amerika Serikat, pemberian vaksinasi influenza pada penduduk lanjut usia menghemat biaya pengobatan sebesar 30-60 US\$ per 1 US\$ biaya vaksin. Selain upaya preventif, upaya kuratif/pengobatan juga sangat penting mengingat kerentanan penduduk terhadap penyakit secara alami semakin meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Ketersediaan perawatan jangka panjang yang dapat dilakukan oleh keluarga, teman, tetangga dan atau perawat profesional turut menentukan derajat kesehatan penduduk lanjut usia. Sementara itu, kondisi mental yang sehat sangat penting dalam mencapai *active ageing* sehingga pelayanan kesehatan mental sangat berperan dalam hal ini.

2.4.3 Determinan Perilaku Kesehatan

Faktor perilaku memegang peranan penting dalam menentukan derajat kesehatan. Penerapan perilaku hidup sehat dan partisipasi aktif dalam perawatan diri sangat penting dalam mempertahankan derajat kesehatan pada setiap tahap siklus kehidupan seseorang.

Dalam mencapai *active ageing*, penerapan perilaku hidup sehat sejak dini sangat penting. Beberapa perilaku yang berpengaruh terhadap kesehatan diantaranya merokok, konsumsi alkohol, aktivitas fisik, perilaku makan dan perilaku dalam pengobatan. Melakukan aktivitas fisik, berperilaku makan yang sehat, menghindari rokok dan alkohol serta mengkonsumsi obat-obatan secara bijak apabila sakit di masa tua dapat mencegah penyakit dan memperlambat penurunan kapasitas fungsional, yang pada akhirnya memperpanjang usia harapan hidup sehat dan meningkatkan kualitas hidup.

Melakukan aktivitas fisik atau berolahraga merupakan salah satu perilaku hidup sehat yang sangat penting untuk dijadikan suatu kebiasaan. Olahraga dapat membuat peredaran darah menjadi lancar, menurunkan kolesterol karena membakar lemak dan kalori, juga mengurangi risiko darah tinggi dan obesitas. Bahkan menurut Daniel Landers, seorang profesor pendidikan olahraga dari Arizona State University menemukan manfaat lain olahraga untuk otak manusia. Menurutnya, manfaat olahraga bagi kesehatan diantaranya meningkatkan kemampuan otak, memperlambat proses penuaan, mengurangi stress, meningkatkan daya tahan tubuh serta memperbaiki kepercayaan diri. Berolahraga ternyata dapat menimbulkan perasaan bahagia, berpikiran jernih bahkan jika dilakukan sedikitnya 10 menit setiap hari dapat membuat mental menjadi lebih sehat. Latihan fisik yang rutin dapat meningkatkan konsentrasi, kreativitas, dan kesehatan mental. Karena olahraga bisa meningkatkan jumlah oksigen dalam darah dan mempercepat aliran darah menuju otak. Para ahli percaya bahwa hal-hal ini dapat mendorong reaksi fisik dan mental yang lebih baik. Riset membuktikan bahwa latihan sederhana seperti jalan kaki secara teratur dapat membantu mengurangi penurunan mental pada wanita di atas 65 tahun. Semakin sering dan lama mereka melakukannya maka penurunan mental kian lambat. Kabarnya,

banyak orang merasakan manfaat aktivitas itu setelah sembilan minggu melakukannya secara teratur tiga kali seminggu. Latihan ini tidak harus dilakukan dalam intensitas tinggi. Cukup berupa jalan kaki di sekitar rumah (Sumber: Prasetyo, Eko. <http://simplyeko.com/pentingnya-olahraga-bagi-kesehatan.html>). Kebiasaan beraktivitas fisik ringan bagi lanjut usia sangat bermanfaat bagi kesehatan fisik dan mentalnya, yang pada akhirnya akan menurunkan risiko mereka mengalami disabilitas.

Kebiasaan makan juga memiliki pengaruh terhadap derajat kesehatan. Pemilihan menu makanan yang sehat dan seimbang sangat penting dalam menjaga kesehatan, yang pada akhirnya akan mengurangi risiko disabilitas di masa tua. Idealnya, tubuh memerlukan konsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari guna mencukupi kebutuhannya akan serat. Sayur dan buah merupakan sumber makanan yang mengandung gizi lengkap dan sehat. Sayur berwarna hijau merupakan sumber kaya karoten (provitamin A). Semakin tua warna hijaunya, maka semakin banyak kandungan karotennya. Kandungan beta karoten pada sayuran membantu memperlambat proses penuaan, mencegah resiko penyakit kanker, meningkatkan fungsi paru-paru dan menurunkan komplikasi yang berkaitan dengan diabetes. Di dalam sayur dan buah juga terdapat vitamin yang bekerja sebagai antioksidan. Antioksidan dalam sayur dan buah bekerja dengan cara mengikat lalu menghancurkan radikal bebas dan mampu melindungi tubuh dari reaksi oksidatif yang menghasilkan racun. Begitu banyak manfaat sayur-sayuran dan buah-buahan bagi kesehatan tubuh sehingga semua pakar kesehatan menganjurkan untuk mengonsumsi banyak sayuran dan buah-buahan guna menjaga kondisi tubuh (Sumber: kliniku.wordpress.com/2007/11/13/manfaat-sayur-dan-buah/).

2.4.4 Determinan Personal/Pribadi

Determinan personal/pribadi mencakup faktor biologis/genetika serta faktor psikologi. Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya bahwa proses penuaan sangat dipengaruhi oleh faktor biologis dan genetika. Proses penuaan terjadi bersamaan dengan kemunduran-kemunduran fungsi organ-organ tubuh yang

berakibat pada hilangnya respons adaptif terhadap stress dan meningkatnya risiko terserang berbagai penyakit. Penduduk lanjut usia lebih rentan terserang penyakit dibandingkan penduduk usia muda karena penduduk lanjut usia hidup lebih lama sehingga lebih lama pula terpapar faktor eksternal seperti lingkungan serta akibat perilakunya. Pengaruh genetik terhadap perkembangan kondisi kronis seperti diabetes mellitus, penyakit jantung dan sebagainya sangat bervariasi antar individu. Namun, untuk kebanyakan orang, perilaku hidup sehat dapat memodifikasi pengaruh hereditas terhadap penurunan kapasitas fungsional dan permulaan timbulnya penyakit.

Selain faktor biologis/genetik, faktor psikologis tak kalah penting dalam memprediksi lanjut usia aktif. Faktor psikologis termasuk inteligensia dan kapasitas kognitif seperti kemampuan memecahkan masalah dan beradaptasi terhadap perubahan merupakan prediktor kuat dari *active ageing*. Secara alamiah, kapasitas kognitif (termasuk kecepatan belajar dan ingatan) mengalami penurunan seiring bertambahnya umur.

Di sisi lain, faktor psikologis yang diperoleh selama siklus hidup seperti gaya pengendalian diri sangat menentukan bagaimana seseorang menjadi tua. Gaya pengendalian diri menentukan cara seseorang menyesuaikan diri di masa transisi (seperti pensiun) dan berbagai masalah penuaan (seperti munculnya penyakit kronis/degeneratif). Seseorang yang mempersiapkan masa tua dan dapat menyesuaikan diri pada perubahan yang terjadi selama proses menua umumnya akan menikmati hidup dengan kualitas yang lebih baik.

2.4.5 Determinan yang Berkaitan dengan Lingkungan Fisik

Determinan yang berkaitan dengan lingkungan fisik mencakup lingkungan tempat tinggal (desa/kota), kondisi perumahan, kejadian jatuh, serta kualitas air, udara dan makanan. Lingkungan fisik yang baik sebagai tempat tinggal bagi penduduk lanjut usia menurunkan risiko lanjut usia mengalami jatuh atau bahaya-bahaya yang mungkin timbul lainnya, serta akan mendukung upaya mempertahankan kesehatan dan kapasitas fungsional mereka sehingga meningkatkan kualitas hidup.

Daerah tempat tinggal yang terbagi menjadi daerah perkotaan dan pedesaan juga berpengaruh terhadap derajat kesehatan penduduk. Daerah perkotaan identik dengan fasilitas publik yang lebih lengkap dan memadai, termasuk fasilitas kesehatan. Selain itu, perkotaan juga identik dengan kemudahan akses dan sarana transportasi. Hal ini memudahkan penduduk dalam pencarian pengobatan apabila menderita sakit, sehingga risiko mengalami penyakit berat yang mengarah pada disabilitas dapat dikurangi. Sementara itu, daerah pedesaan identik dengan kurangnya aksesibilitas serta minimnya sarana dan prasarana publik yang memadai, termasuk sarana kesehatan. Kondisi ini meningkatkan risiko penduduk terutama lanjut usia yang tinggal di pedesaan untuk memiliki kondisi kesehatan yang buruk serta mengarah pada terjadinya disabilitas.

2.4.6 Determinan Sosial

Determinan sosial mencakup variabel dukungan sosial, adanya kekerasan atau tindakan pelecehan yang dialami serta pendidikan/tingkat melek huruf. Dukungan sosial, kesempatan pendidikan dan belajar seumur hidup, kedamaian dan perlindungan terhadap tindak kekerasan dan pelecehan merupakan faktor dalam lingkungan sosial yang meningkatkan kesehatan, partisipasi dan keamanan lanjut usia. Ketersendirian, isolasi sosial, buta huruf dan tingkat pendidikan yang rendah, pelecehan dan ketidakamanan akibat situasi konflik meningkatkan risiko lanjut usia menjadi cacat dan mengalami kematian dini.

Dukungan sosial yang kurang tidak hanya berhubungan dengan peningkatan mortalitas, morbiditas dan distress psikologi, tetapi juga dengan penurunan kesehatan dan rasa sehat secara keseluruhan. Dukungan sosial antara lain dapat dicerminkan oleh status perkawinan dan pengaturan tempat tinggal (*living arrangement*) lanjut usia. Keberadaan pasangan dalam ikatan perkawinan merupakan sumber dukungan sosial yang besar bagi lanjut usia. Pasangan hidup merupakan seseorang yang dapat diajak berbagi suka dan duka dalam kehidupan serta menjadi perawat utama ketika mengalami sakit. Seseorang yang masih memiliki pasangan dalam ikatan perkawinan umumnya menjalani hidup yang lebih teratur serta secara psikologis lebih sehat dan bergairah dalam menjalani

pada tingkat kemiskinan. Ketika penduduk miskin, risiko mengalami penyakit dan disabilitas meningkat. Ini terjadi tidak saja pada kelompok penduduk lanjut usia, melainkan pada semua usia. Hal tersebut terutama karena kemiskinan berpengaruh pada kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan akan makanan, tempat tinggal serta pengobatan yang layak dan berkualitas.

Studi menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia dengan penghasilan yang rendah berpeluang sepertiga kali penduduk lanjut usia dengan penghasilan tinggi untuk memiliki kapasitas fungsional yang baik. Artinya, penduduk lanjut usia dengan penghasilan tinggi cenderung memiliki kapasitas fungsional yang lebih baik dibandingkan penduduk lanjut usia dengan penghasilan rendah.

Status bekerja bagi sebagian orang dapat merupakan sarana penghilang stress dan wahana untuk mengaktualisasikan dirinya sehingga meraih kebahagiaan dan kepuasan hidup baik secara finansial maupun nonfinansial. Namun, bagi sebagian yang lain, bekerja dapat menjadi suatu keharusan/keterpaksaan karena tuntutan untuk memenuhi kebutuhan hidup. Namun demikian, aktivitas bekerja dapat membuat seseorang tetap aktif secara fisik maupun mental. Dengan aktivitas bekerja, anggota badan dan pikiran tetap aktif sehingga peluang terhindar dari disabilitas semakin besar. Aktivitas bekerja juga dapat menjadi sarana bagi penduduk lanjut usia untuk bersosialisasi, di samping mendapatkan penghasilan. Hal ini berdampak positif bagi kesehatan dan pada akhirnya menurunkan risiko mengalami disabilitas.

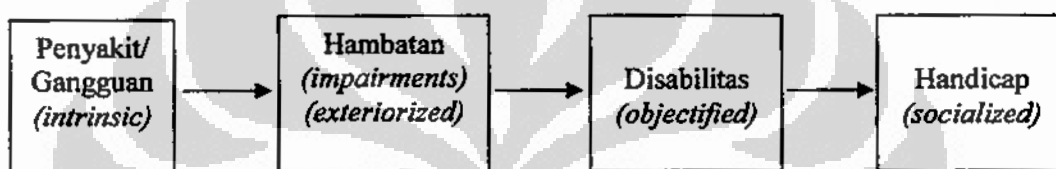
2.5 Disabilitas pada Penduduk Lanjut Usia

Disabilitas merupakan salah satu indikator status kesehatan dan secara tidak langsung menunjukkan kualitas hidup penduduk lanjut usia. Disabilitas terkait langsung dengan status kemandirian penduduk lanjut usia. Prevalensi disabilitas yang semakin besar terutama pada usia lanjut secara tidak langsung menunjukkan besarnya beban ketergantungan penduduk usia lanjut terhadap kelompok penduduk usia produktif.

Perkembangan disabilitas pada lanjut usia dianggap sebagai fenomena sosial dinamik yang dihubungkan dengan fisiologi, psikologi dan kondisi medis,

demikian pula kondisi ekonomi, norma kebudayaan dan lingkungan. Jadi, disabilitas merupakan proses multidimensi sehingga merupakan topik penelitian yang penting pada lanjut usia (Handajani, 2006:13).

Banyak ahli kesehatan khususnya dalam bidang kesehatan penduduk lanjut usia telah mendefinisikan disabilitas. Terkait dengan hal ini, *The World Health Organization* (WHO) dalam *International Classification of Impairments, Disability and Handicaps* (ICIDH) telah membagi kondisi ketidakmampuan pada manusia ini menjadi tiga dimensi yang berbeda yaitu: 1) *Impairments*; 2) *Disability*; 3) *Handicap* (WHO, 1980). Hubungan ketiganya dinyatakan dalam bagan sebagai berikut:



Impairment adalah setiap kehilangan atau kelainan baik psikologis, fisiologis ataupun struktur atau fungsi anatomik. *Disabilitas* adalah semua keterbatasan atau kekurangan (sebagai akibat dari *impairment*), dalam kemampuan untuk melakukan kegiatan yang dianggap dapat dilakukan oleh orang normal. Adapun *handicap* adalah suatu ketidakmampuan seseorang sebagai akibat *impairment* atau *disabilitas* sehingga membatasinya untuk melaksanakan peranan hidup secara normal (termasuk di sini hubungan dengan usia, jenis kelamin dan faktor-faktor sosio-budaya). *Handicap* merupakan fenomena sosial dari *impairment* atau *disabilitas* yang membatasi individu untuk memenuhi kebutuhan normal/peran normalnya di masyarakat. (WHO, 1980).

Lebih lanjut, dalam ICIDH (WHO, 1980) dijelaskan bahwa *impairment* terjadi pada tingkat organ atau sistem fungsi dari tubuh manusia. *Disabilitas* adalah ketidakmampuan atau keterbatasan dalam melakukan aktivitas sebagai akibat dari *impairment*. Konsep *disabilitas* lebih terpusat pada keterbatasan yang tampak dalam aktivitas keseharian. Sementara itu, konsep *handicap* lebih bertumpu pada peran manusia sebagai makhluk sosial dan merefleksikan bagaimana interaksi dan adaptasi manusia dengan orang-orang di sekitarnya.

Penyakit merupakan penyebab langsung dari melemahnya fungsi dan struktur dari organ-organ tubuh (*impairments*), yang kemudian akan mengarah pada terjadinya disabilitas. Menurut Anies (2006:1-10), penyakit (*disease*) dapat diartikan sebagai gangguan fungsi dari suatu organisme sebagai akibat dari infeksi atau tekanan dari lingkungan. Karena itu, penyakit bersifat obyektif. Hal ini berbeda dengan sakit (*illness*), yaitu penilaian individu terhadap pengalaman menderita suatu penyakit. Meskipun demikian, penyakit maupun keluhan sakit, jelas menurunkan derajat kesehatan masyarakat.

Peningkatan beban penyakit tidak menular merupakan tantangan besar pembangunan pada abad ke-21. Penyakit tidak menular menyebabkan kurang lebih 35 juta kematian secara global pada tahun 2005 dan sekitar 16 juta diantaranya terjadi pada penduduk di bawah usia 70 tahun. Total kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular ini diperkirakan akan meningkat sekitar 17% dalam 10 tahun mendatang. Penyakit-penyakit tidak menular yang merupakan penyebab utama disabilitas dan kematian di wilayah Asia Tenggara terdiri dari penyakit jantung, stroke, kanker, penyakit pernafasan kronik dan diabetes mellitus. Penyakit-penyakit ini merupakan 47% dari seluruh beban penyakit di wilayah Asia Tenggara dan 54% kematian di wilayah Asia Tenggara selama tahun 2005 berkaitan dengan penyakit-penyakit tersebut (WHO, 2008). Di Indonesia sendiri, golongan penyakit tidak menular merupakan ancaman serius dan berangsur mulai menggeser peranan beberapa penyakit menular sebagai penyebab kematian (lihat kembali Gambar 3!).

Penyakit kronik akibat pola hidup yang tidak sehat adalah sekelompok penyakit yang mempunyai faktor risiko terjadinya disabilitas pada penduduk lanjut usia. Menurut WHO (1998), penyakit kronis atau degeneratif yang menyebabkan terjadinya *impairments* yang kemudian mengarah pada disabilitas terdiri dari penyakit jantung, hipertensi, stroke, diabetes mellitus, kanker, COPD (*Chronic Obstructive Pulmonary Disease*) seperti TBC paru-paru, gangguan sendi, kondisi mental dan kebutaan/gangguan penglihatan.

Dalam kaitannya dengan penduduk lanjut usia, baik disabilitas maupun *handicap*, keduanya mempengaruhi bentuk dan derajat ketergantungan

(*dependency*) penduduk lanjut usia terhadap penduduk usia produktif (WHO, 1989 dalam Darmojo, 1999:49).

Pada tahun 2001, WHO merevisi ICDH dengan *International Classification of Functioning, Disability and Health/ICF* (WHO, 2001). Tujuan dari ICF adalah menyediakan kesatuan dan standar bahasa serta kerangka kerja dalam mendeskripsikan kesehatan dan status kesehatan. ICF mendefinisikan komponen kesehatan dan kesejahteraan (*well-being*), yang dipandang dari aspek kesehatan (*health domains*) dan aspek yang terkait dengan kesehatan (*health-related domains*). Kedua aspek tersebut dinilai dari sudut pandang tubuh/fisik, individu dan masyarakat dalam dua hal yaitu: 1) fungsi dan struktur tubuh, dan 2) aktivitas dan partisipasi.

Dalam ICF dikemukakan pula konsep mengenai *functioning* dan disabilitas. *Functioning* merupakan istilah umum yang meliputi semua fungsi tubuh, aktivitas dan partisipasi. Sedangkan disabilitas merupakan kelemahan (*impairments*) dari fungsi/struktur tubuh serta keterbatasan dalam aktivitas atau partisipasi.

Dalam penelitian ini, yang dimaksud dengan disabilitas penduduk lanjut usia adalah tingkat kesulitan/ketidakmampuan penduduk tersebut dalam melakukan aktivitas sehari-hari sebagai individu dan anggota rumah tangga serta tingkat kesulitan/ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan kemasyarakatan.

2.6 Pengukuran Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia

Pengukuran disabilitas pada dasarnya merupakan pengukuran status fungsional seseorang, dengan merujuk kepada standar kemampuan normal seseorang dengan status kesehatan baik untuk melakukan berbagai kegiatan sehari-hari. Status fungsional pada diri seseorang dapat dinyatakan dalam berbagai metode pengukuran. Diantaranya melalui pengukuran ADL (*Activities of Daily Livings*), yaitu sebuah skala yang digunakan untuk mengukur kemampuan melakukan kegiatan sehari-hari seperti indeks Barthell yang dikembangkan oleh Barthell (Mahoney, F.I & Barthell, D. W, 1965).

Dalam Riskesdas 2007, pengukuran disabilitas dilakukan dengan sebuah skala pengukuran yang dikembangkan berdasarkan *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, WHO. Skala tersebut terdiri dari 11 pertanyaan terkait kemampuan fisik dan 9 pertanyaan yang mengukur tingkat kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan berpartisipasi dalam kegiatan sosial di masyarakat.

Kesebelas pertanyaan mengenai kemampuan fisik tersebut meliputi kemampuan melihat jarak jauh (20 m), melihat jarak dekat (30 cm), mendengar jarak jauh, mendengar jarak dekat, ada/tidaknya rasa nyeri/tidak nyaman, ada/tidaknya nafas pendek setelah latihan ringan seperti menaiki tangga 12 trap, batuk/bersin selama 10 menit atau lebih dalam setiap serangan, gangguan tidur, masalah kesehatan yang mempengaruhi emosi berupa rasa sedih/tertekan, tingkat kesulitan untuk berdiri selama 30 menit dan tingkat kesulitan berjalan sejauh 1 km. Untuk pertanyaan-pertanyaan tersebut, diberikan pilihan jawaban: 1) Tidak ada, 2) Ringan, 3) Sedang, 4) Berat dan 5) Sangat Berat.

Sementara itu, 9 pertanyaan terkait tingkat kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan berpartisipasi dalam kegiatan di masyarakat adalah sebagai berikut: tingkat kesulitan dalam memusatkan pikiran pada suatu kegiatan atau mengingat sesuatu selama 10 menit, membersihkan seluruh tubuh seperti mandi, dsb, mengenakan pakaian, mengerjakan pekerjaan sehari-hari, memahami pembicaraan orang lain, berinteraksi/bergaul dengan orang yang belum dikenal sebelumnya, memelihara persahabatan, melakukan pekerjaan/tanggung jawab sebagai anggota rumah tangga serta tingkat kesulitan untuk berperan serta dalam kegiatan kemasyarakatan (arisan, pengajian, kegiatan keagamaan, dll). Untuk kesembilan pertanyaan yang berkenaan dengan fungsi individu dan sosial tersebut disediakan pilihan jawaban: 1) Tidak ada, 2) Ringan, 3) Sedang, 4) Sulit dan 5) Sangat Sulit.

Dalam penelitian ini, konsep disabilitas yang dimaksud adalah tingkat kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari, baik sebagai individu maupun anggota masyarakat. Berdasarkan hal tersebut, maka tingkat disabilitas dalam penelitian ini diukur berdasarkan 9 pertanyaan mengenai tingkat kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari sebagai individu dan makhluk sosial. Jadi, dari 20

pertanyaan untuk mengukur disabilitas yang terdapat dalam kuesioner RKD-IND07, hanya diambil 9 pertanyaan terkait fungsi individu dan sosial sebagai pertanyaan-pertanyaan yang dipakai untuk mengukur tingkat disabilitas.

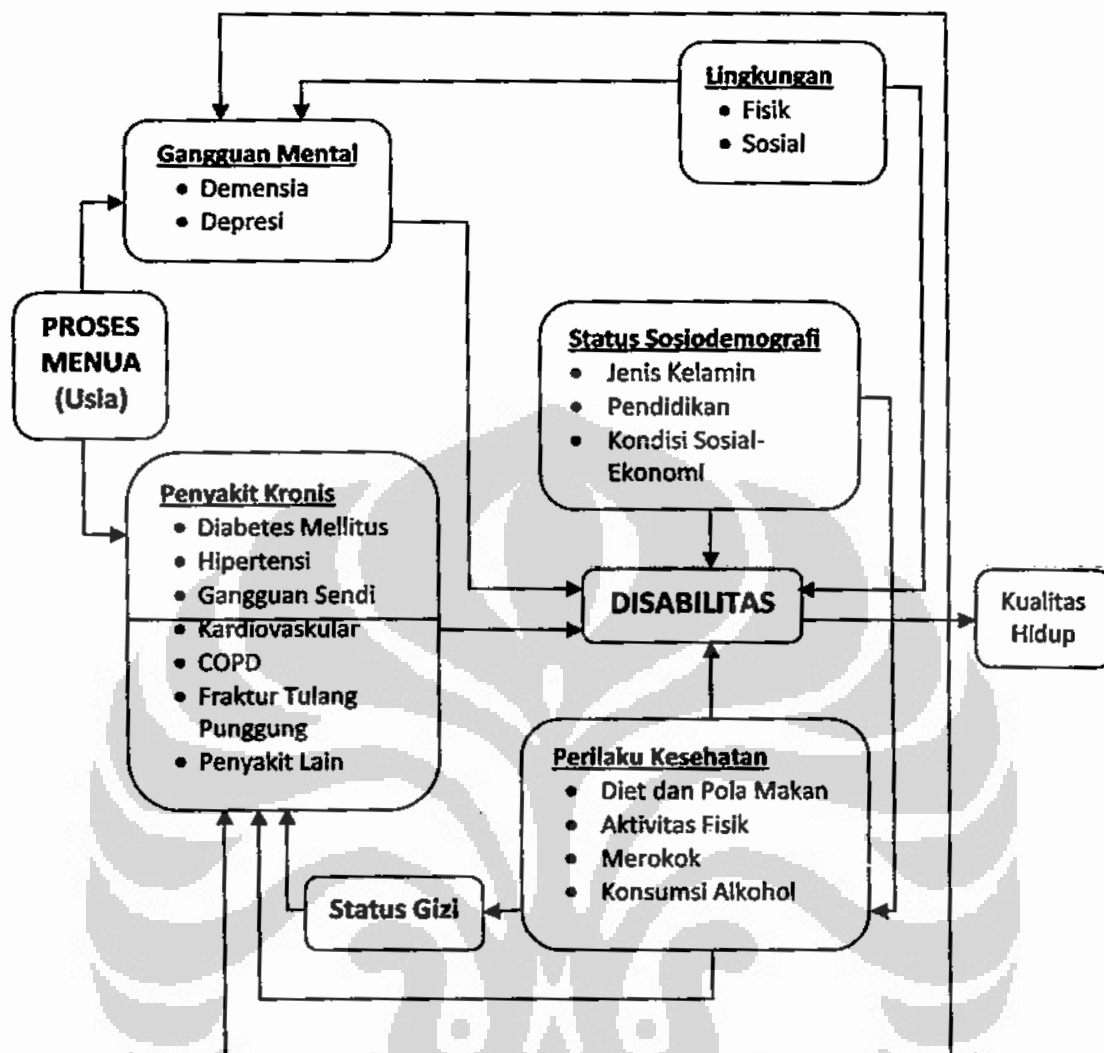
Selanjutnya, dari kesembilan pertanyaan tersebut akan dibentuk sebuah indeks komposit yang menyatakan tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia dengan bantuan analisis faktor. Penjelasan lebih lanjut mengenai pembentukan indeks komposit tingkat disabilitas penduduk lanjut usia ini akan dijelaskan di Bab 3.

2.7 Determinan Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia Berdasarkan Beberapa Penelitian Terdahulu

Beberapa studi pada lanjut usia telah dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya disabilitas. Salah satu diantaranya adalah penelitian yang dilakukan oleh Handajani (2006) pada penduduk lanjut usia di DKI Jakarta. Menurutnya, disabilitas dipengaruhi oleh banyak faktor determinan. Dalam kerangka pikirnya, Handajani (2006) merangkum beberapa faktor yang mempengaruhi disabilitas pada penduduk lanjut usia, baik yang berpengaruh secara langsung maupun tidak langsung.

Faktor-faktor yang mempengaruhi disabilitas tersebut terdiri dari umur, status sosio-demografi, lingkungan baik fisik maupun sosial, gangguan mental, penyakit kronis yang diderita, perilaku kesehatan dan status gizi. Hubungan antarvariabel tersebut digambarkan dalam Gambar 2.3.

Lebih lanjut, dalam penelitiannya tersebut Handajani (2006) menjelaskan bahwa penyakit kronis sangat berpengaruh terhadap disabilitas. Demikian pula halnya dengan gangguan mental. Proses menua, yang ditandai dengan meningkatnya usia mempengaruhi timbulnya berbagai penyakit kronis serta gangguan mental seperti demensia (kepikunan) dan depresi. Penyakit kronis dan gangguan mental tersebut mempengaruhi terjadinya disabilitas.



Gambar 2.3 Determinan Disabilitas Penduduk Lanjut Usia

Sumber: Handajani, 2006

Selain kedua faktor risiko di atas, faktor perilaku juga mempengaruhi terjadinya disabilitas, baik secara langsung maupun melalui timbulnya penyakit kronis terlebih dahulu. Faktor perilaku juga dapat mempengaruhi status gizi seseorang, kemudian status gizi berpengaruh terhadap timbulnya penyakit kronis dan akhirnya menyebabkan terjadinya disabilitas.

Faktor sosio-demografi seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan dan kondisi sosial-ekonomi akan berpengaruh terhadap perilaku kesehatan. Selanjutnya, perilaku kesehatan mempengaruhi disabilitas baik secara langsung maupun tidak langsung yaitu melalui status gizi dan penyakit kronis. Sementara

itu, faktor lingkungan juga berpengaruh terhadap disabilitas serta dapat pula mempengaruhi kondisi mental yang berujung pada terjadinya disabilitas.

Dalam studinya mengenai determinan disabilitas penduduk lanjut usia di DKI Jakarta ini, Handajani (2006) menemukan bahwa faktor umur, gangguan mental, penyakit kronis dan perilaku kesehatan seperti kebiasaan merokok dan aktivitas fisik merupakan determinan yang berkontribusi terhadap disabilitas penduduk lanjut usia.

Pengaruh faktor sosio-demografi termasuk di dalamnya faktor ekonomi terhadap status kesehatan penduduk lanjut usia di Indonesia antara lain telah dibuktikan dalam penelitian Sirait dan Riyadina (1999). Dalam penelitian tersebut, ditemukan bahwa faktor umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, status bekerja serta daerah tempat tinggal secara statistik berpengaruh signifikan terhadap status kesehatan penduduk lanjut usia.

Breeze et al. (2001) menyatakan bahwa status sosial ekonomi yang dalam penelitiannya diproksi dengan tingkatan pekerjaan (rendah, menengah dan tinggi) penduduk pada umur pertengahan hingga memasuki usia pensiun berhubungan dengan status kesakitan pada saat memasuki usia lanjut. Penelitian yang dilakukan oleh Parahyba et al. (2009) di Brazil menemukan hal yang kurang lebih serupa. Dalam penelitian tersebut, penurunan risiko penduduk lanjut usia di Brazil untuk mengalami disabilitas terkait dengan tingkat pendapatan yang semakin tinggi. Sementara itu, Avlund (2004) dalam penelitiannya menemukan bahwa jumlah kekayaan yang dimiliki berkorelasi kuat dengan penurunan kapasitas fungsional penduduk lanjut usia.

Menurut WHO (2000), terdapat perbedaan yang nyata dalam status kesehatan penduduk lanjut usia menurut jenis kelamin, daerah tempat tinggal serta status sosio-ekonomi. Penduduk lanjut usia yang paling miskin dan tingkat pendidikannya paling rendah berumur lebih pendek dan mengalami penyakit yang lebih berat dibandingkan penduduk lanjut usia yang lebih kaya dan tingkat pendidikannya lebih tinggi. Heikkinen (2003) dan BURDIS (2004) membuktikan adanya perbedaan dalam tingkat disabilitas antara penduduk lanjut usia laki-laki dan perempuan. Jagger et al. (2007) mengatakan bahwa perbedaan dalam tingkat

pendidikan berkontribusi terhadap perbedaan prevalensi disabilitas penduduk lanjut usia.

Sementara itu, Yan Hao (1998) dalam studinya yang dilakukan di China menguji pengaruh beberapa faktor sosio-demografi dari penduduk lanjut usia terhadap tingkat disabilitasnya dan menemukan bahwa tingkat disabilitas penduduk lanjut usia bervariasi menurut umur, jenis kelamin dan daerah tempat tinggal (desa/kota). Seseorang yang berusia semakin tua, berjenis kelamin wanita dan bertempat tinggal di desa berpeluang lebih besar untuk mengalami disabilitas dibandingkan seseorang yang berusia lebih muda, berjenis kelamin laki-laki dan bertempat tinggal di kota.

Pengaruh status perkawinan terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia pernah diteliti oleh Zimmer (2005). Menurutnya, terdapat perbedaan tingkat disabilitas pada penduduk lanjut usia yang berstatus kawin dengan yang tidak berstatus kawin. WHO (2002) dan Koukouli et al. (2002) menjelaskan, dukungan sosial merupakan suatu kebutuhan penting bagi penduduk lanjut usia untuk dapat mempertahankan kapasitas fungsional dan kualitas hidupnya. Keberadaan pasangan merupakan sumber dukungan sosial yang besar bagi penduduk lanjut usia. Pasangan merupakan seseorang yang dapat dijadikan tempat berbagi suka dan duka dalam kehidupan, sekaligus perawat utama bagi penduduk lanjut usia. Hal ini akan berdampak positif pada tingkat kesehatan penduduk lanjut usia tersebut, baik fisik maupun mental, sehingga akhirnya terhindar dari disabilitas dalam tingkatan yang lebih berat.

Lamb & Myers (1999) melakukan studi perbandingan antara penduduk lanjut usia di Srilanka, Thailand dan Indonesia. Dalam penelitian tersebut, mereka mencoba menemukan faktor-faktor apa yang mempengaruhi penduduk lanjut usia untuk menjadi lanjut usia yang sukses (*successful aging*), yaitu penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kesulitan dalam melakukan aktivitas mereka sehari-hari (*Activities of Daily Living/ADLs*) atau dengan kata lain tidak mengalami disabilitas. Berdasarkan penelitian tersebut, ditemukan bahwa faktor jender (jenis kelamin) dan umur memiliki korelasi dengan *successful aging*. Selain itu, tidak adanya keluhan penyakit, sikap positif terhadap penuaan diri dan kemampuan

mengelola keuangan juga berkontribusi dalam menciptakan penduduk lanjut usia yang sukses tersebut.

Faktor lingkungan merupakan faktor yang sangat penting terkait dengan derajat kesehatan dan tingkat disabilitas penduduk lanjut usia, sebagaimana dikatakan oleh Balfour & Kaplan (2002) serta Basta et al. (2007). Beberapa penelitian membuktikan adanya perbedaan tingkat disabilitas antara penduduk lanjut usia yang tinggal di pedesaan dan perkotaan, seperti Balfour dan Kaplan (2002) serta Basta et al. (2007). Daerah pedesaan identik dengan kurangnya fasilitas publik termasuk fasilitas kesehatan jika dibandingkan dengan kondisi di perkotaan. Kondisi ini mempersulit penduduk lanjut usia di pedesaan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Penelitian yang dilakukan oleh Yuliati (2006) menemukan hubungan yang bermakna antara faktor kognitif (demensia), faktor psikologi (depresi), dan faktor penyakit (yang menderita penyakit degeneratif atau infeksius/tidak ada penyakit lain-lain) dengan status fungsional dengan nilai p (p -value) masing-masing 0,010, 0,000 dan 0,012. Setelah melalui uji regresi logistik, faktor-faktor yang berhubungan erat dengan status fungsional (tingkat kemandirian) adalah faktor psikologis/depresi (OR=25,6) dan faktor penyakit lain (OR=0,4). Jadi, dapat disimpulkan bahwa variabel yang paling dominan berhubungan dengan status fungsional (tingkat kemandirian) adalah faktor psikologis (depresi). Besarnya pengaruh penyakit kronik/degeneratif terhadap tingkat disabilitas juga diungkapkan oleh Boulton et al. (1994).

Strawbridge et al. (1996) dalam penelitian mereka pada 356 penduduk Alameda County AS berusia 65-95 tahun menemukan beberapa prediktor penting dari disabilitas, diantaranya perilaku kesehatan yang baik, tidak adanya depresi (gangguan mental) dan aktivitas fisik yang teratur. Selain itu, keterlibatan penduduk lanjut usia dalam komunitas-komunitas sosial memberikan kontribusi bagi kesehatan mental, yang kemudian menurunkan risiko mengalami disabilitas.

Rustika (1997) dalam tesisnya menguji pengaruh karakteristik sosial-demografi dan kesehatan terhadap ADL dasar penduduk berusia 55 tahun keatas di Indonesia. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa variabel pendidikan, status bekerja, keluhan kesehatan, status dirawat dan gangguan kesehatan berpengaruh

terhadap kemampuan penduduk lanjut usia untuk melakukan kegiatan sehari-hari (ADL dasar). Dalam hal ini, status dirawat memberikan pengaruh terbesar terhadap ADL dasar penduduk.

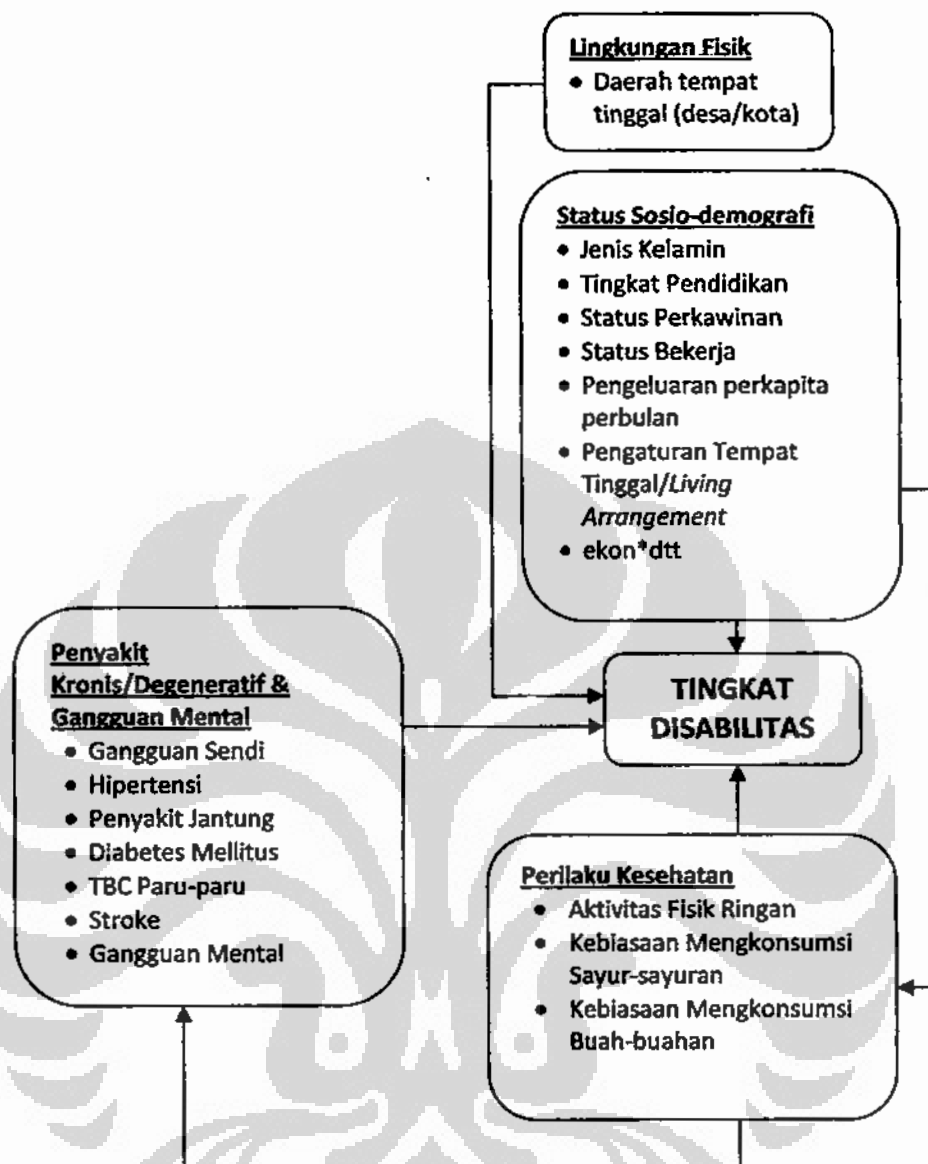
2.8 Kerangka Teoretis

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan sebelumnya, dalam penelitian ini akan diuji beberapa variabel yang diduga berpengaruh terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia. Pemilihan beberapa variabel yang akan diteliti di sini dilakukan dengan mempertimbangkan ketersediaan data pada Susenas dan Riskesdas 2007.

Gambar 2.4 merupakan kerangka pikir analisis yang digunakan dalam penelitian ini, yang diturunkan dari tinjauan pustaka yang telah dipaparkan sebelumnya serta dengan mempertimbangkan ketersediaan data. Sebagai variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat disabilitas. Tingkat disabilitas dipengaruhi oleh status sosio-demografi, lingkungan fisik, perilaku kesehatan dan penyakit kronis/degeneratif termasuk di dalamnya gangguan mental.

Beberapa variabel sosio-demografi yang akan diteliti meliputi jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, status bekerja, pengeluaran perkapita per bulan sebagai proksi dari kondisi/tingkat ekonomi serta pengaturan tempat tinggal (*living arrangements*). Variabel lingkungan fisik terdiri dari daerah tempat tinggal (desa/kota). Selain itu, ingin diketahui pengaruh interaksi antara variabel pengeluaran perkapita perbulan dan daerah tempat tinggal terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia, yang mana pengaruh interaksi kedua variabel ini belum pernah diteliti sebelumnya. Pemakaian variabel ini didasarkan pada intuisi peneliti dan belum ditemukan penelitian sebelumnya yang menguji pengaruh interaksi kedua variabel ini.

Beberapa perilaku kesehatan yang ingin diketahui pengaruhnya terhadap tingkat disabilitas terdiri dari kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan serta kebiasaan dalam mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan. Sementara itu, pada kelompok penyakit kronis/degeneratif akan diteliti pengaruh gangguan sendi, hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, tuberculosis paru-paru, stroke dan gangguan mental terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia.



Gambar 2.4 Kerangka Teoretis Penelitian Determinan Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia

Dalam kerangka pikir analisis ini, status sosio-demografi dapat mempengaruhi tingkat disabilitas secara langsung maupun tidak langsung, yaitu melalui perilaku kesehatan kemudian perilaku kesehatan mempengaruhi tingkat disabilitas. Lingkungan fisik yaitu daerah tempat tinggal yang meliputi pedesaan dan perkotaan mempengaruhi tingkat disabilitas. Perilaku kesehatan mempengaruhi tingkat disabilitas secara langsung atau melalui penyakit kronis/degeneratif yang selanjutnya mempengaruhi tingkat disabilitas. Sementara

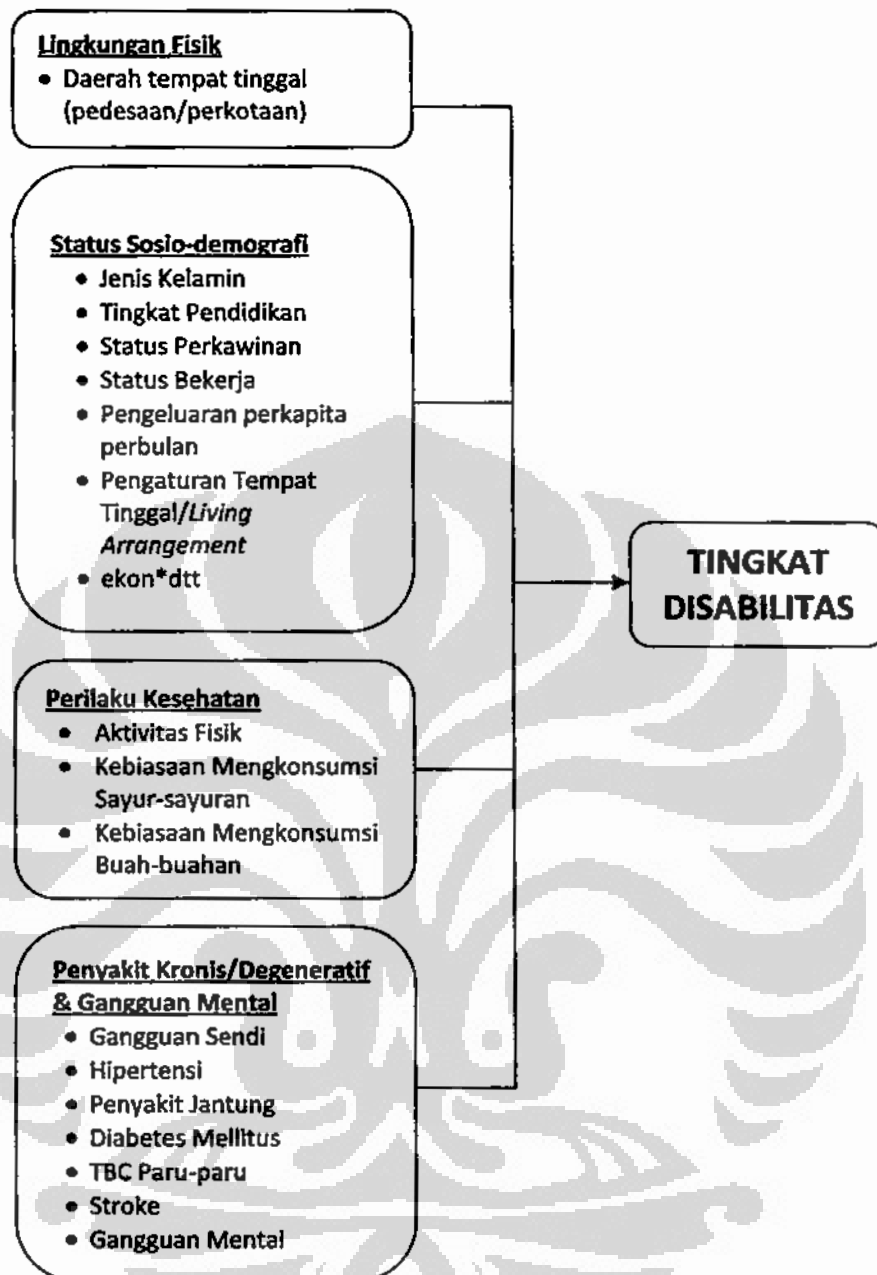
itu, penyakit kronik/degeneratif dan gangguan mental merupakan faktor risiko yang secara langsung menyebabkan terjadinya disabilitas pada penduduk lanjut usia.

2.9 Kerangka Pikir Analisis

Apabila ditinjau kembali, pada kerangka analisis penelitian yang telah dipaparkan sebelumnya terdapat variabel-variabel yang mempunyai pengaruh langsung dan tidak langsung terhadap tingkat disabilitas, yaitu kelompok variabel status sosio-demografi dan perilaku kesehatan. Menurut Hair et al. (1998), Kusnendi (2008) serta Waluyo (2009), untuk menganalisis hubungan antarvariabel seperti tergambar dalam Gambar 2.4 tersebut, teknik analisis data yang dirasa paling tepat adalah model persamaan struktural (*structural equation model*). Model ini merupakan teknik analisis yang dapat menggambarkan bagaimana pengaruh dari variabel-variabel tersebut baik pengaruh langsung maupun tidak langsung terhadap tingkat disabilitas.

Akan tetapi, mengingat tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui bagaimana pengaruh status sosio-demografi, lingkungan fisik, perilaku kesehatan dan penyakit kronis/degeneratif serta gangguan mental terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia, maka dalam penelitian ini pengaruh yang akan diteliti terbatas pada pengaruh langsung dari variabel-variabel tersebut terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia.

Oleh karena itu, berdasarkan kerangka teoretis yang telah dipaparkan sebelumnya, disusun kembali sebuah kerangka konsep penelitian yang nantinya akan dijadikan pedoman dalam pengolahan data maupun analisis pada penelitian ini. Kerangka pikir analisis penelitian ini tergambar dalam Gambar 2.5 berikut.



Gambar 2.5 Kerangka Pikir Analisis Penelitian Determinan Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia

2.10 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang akan diuji dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Penduduk lanjut usia berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan rendah, berstatus tidak kawin, tidak bekerja, memiliki tingkat ekonomi rendah serta tidak tinggal sendiri berisiko lebih tinggi dibandingkan penduduk lanjut usia

perempuan, berpendidikan tinggi, berstatus kawin, bekerja, memiliki tingkat ekonomi tinggi dan tinggal sendiri untuk mengalami disabilitas sedang atau berat dibanding ringan.

2. Penduduk lanjut usia yang tinggal di pedesaan berisiko lebih tinggi dibandingkan penduduk lanjut usia yang tinggal di perkotaan untuk mengalami disabilitas sedang atau berat dibanding ringan.
3. Penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah dan tinggal di pedesaan berisiko lebih tinggi dibandingkan selainnya untuk mengalami disabilitas sedang atau berat dibanding ringan.
4. Penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan, tidak memiliki kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari berisiko lebih tinggi untuk mengalami disabilitas sedang atau berat dibanding ringan.
5. Penduduk lanjut usia yang menderita penyakit kronis/degeneratif (gangguan sendi, hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, TBC paru, stroke) dan gangguan mental berisiko lebih tinggi dibandingkan penduduk lanjut usia yang tidak menderita penyakit/gangguan tersebut untuk mengalami disabilitas sedang atau berat dibanding ringan.

BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Sumber Data dan Unit Analisis

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2007. Susenas merupakan survei yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), sedangkan Riskesdas dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Departemen Kesehatan RI. Meskipun dilakukan oleh dua instansi yang berbeda, kedua survei tersebut dilakukan dengan kerangka sampel yang sama. Menurut Departemen Kesehatan (2008), tingkat kesesuaian sampel antara Susenas dan Riskesdas 2007 adalah 93% untuk rumah tangga dan 85,9% untuk anggota rumah tangga.

Unit analisis dalam penelitian ini adalah penduduk lanjut usia, yaitu penduduk berusia 60 tahun keatas. Berdasarkan data Susenas 2007, diperoleh sampel penduduk lanjut usia sebanyak 89.887 orang. Dari jumlah tersebut, yang dapat didata dalam Riskesdas 2007 sebanyak 79.612 responden. Selanjutnya, dari 79.612 sampel, diperoleh data yang lengkap (tanpa *missing value*) sebanyak 79.445 sampel. Data sebanyak 79.445 sampel penduduk lanjut usia inilah yang dianalisis dalam penelitian ini.

3.2 Variabel yang Digunakan

Variabel yang digunakan terdiri dari variabel dependen (variabel Y) dan variabel independen (variabel X). Berikut adalah daftar variabel yang digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 3.1
Daftar Variabel yang Digunakan dalam Penelitian Determinan Tingkat
Disabilitas Penduduk Lanjut usia di Indonesia
(Analisis Data Susenas & Riskesdas 2007)

No.	Variabel	Pengkategorian Variabel	Skala Variabel	Diperoleh dari Kuesioner
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Variabel Terikat (Dependen)				
1.	Tingkat Disabilitas (<i>disable3</i>)	1 : Disabilitas ringan* 2 : Disabilitas sedang 3 : Disabilitas berat	Ordinal	RKD07.IND Blok X E (Disabilitas/Keti dakmampuan) Pertanyaan E12- E20
Variabel Bebas (Independen)				
A. Faktor Sosio-demografi				
1.	Jenis Kelamin (<i>jk</i>)	1 : Laki-laki 2 : Perempuan*	Nominal	VSEN2007.K Blok IVA Kolom (4)
2.	Tingkat Pendidikan (<i>pddkn</i>)	1 : Tamat SD kebawah 2 : Tamat SLTP keatas*	Ordinal	RKD07.RT Blok IV Kolom 7
3.	Status Perkawinan (<i>status kawin</i>)	1 : Tidak kawin 2 : Kawin*	Nominal	RKD07.RT Blok IV Kolom 6
4.	Status Bekerja (<i>stat kerja</i>)	1 : Bekerja 2 : Tidak bekerja*	Nominal	RKD07.RT Blok IV Kolom 8
5.	Kondisi/Tingkat Ekonomi (rata-rata pengeluaran perkapita perbulan) (<i>eko kapita</i>)	1 : Rendah (< rata-rata) 2 : Tinggi (\geq rata-rata)*	Ordinal	VSEN2007.K Blok VII Rincian 25 dibagi VSEN2007.K Blok II Rincian 2
6.	Pengaturan Tempat Tinggal (<i>livingarr</i>)	1 : Tinggal sendiri 2 : Bersama-sama dengan ART lainnya*	Ordinal	RKD07.RT Blok II Rincian 2 & RKD07.RT Blok IV Kolom 3
B. Lingkungan Fisik Tempat Tinggal				
1.	Daerah Tempat Tinggal (<i>dt2</i>)	1 : Pedesaan 2 : Perkotaan*	Nominal	RKD07.RT Blok I Rincian 5

C. Interaksi Kondisi/Tingkat Ekonomi & Daerah Tempat Tinggal				
1.	ekon*dt	1 : Tk.ekonomi rendah*desa 2 : Lainnya*	Ordinal	VSEN2007.K Blok VII R25 dibagi VSEN2007.K Blok II R2 RKD07.RT Blok I R5
D. Faktor Perilaku				
1.	Kebiasaan berktivitas Fisik (<i>akt_fisik</i>)	1 : Ya 2 : Tidak*	Nominal	RKD07.IND Rincian D28
2.	Kebiasaan dlm mengonsumsi Sayur-sayuran (<i>sayur</i>)	1 : 7 hari dalam seminggu 2 : < 7 hari dalam seminggu*	Nominal	RKD07.IND Rincian D33
3.	Kebiasaan dlm mengonsumsi Buah-buahan (<i>buah</i>)	1 : 7 hari dalam seminggu 2 : < 7 hari dalam seminggu*	Nominal	RKD07.IND Rincian D31
E. Faktor Penyakit Kronik/Degeneratif				
1.	Gangguan Sendi (<i>sendi</i>)	1 : Mengalami 2 : Tidak mengalami*	Nominal	RKD07.IND Rincian B41 dan B42
2.	Hipertensi (<i>hipertensi</i>)	1 : Mengalami 2 : Tidak mengalami*	Nominal	RKD07.IND Rincian B43 dan B44
3.	Penyakit Jantung (<i>jantung</i>)	1 : Mengalami 2 : Tidak mengalami*	Nominal	RKD07.IND Rincian B33 dan B34
4.	Diabetes Mellitus (<i>diabetes</i>)	1 : Mengalami 2 : Tidak mengalami*	Nominal	RKD07.IND Rincian B35 dan B36
5.	TBC (<i>tuberculosis</i>)	1 : Mengalami 2 : Tidak mengalami*	Nominal	RKD07.IND Rincian B15 dan B16
6.	Stroke (<i>stroke</i>)	1 : Mengalami 2 : Tidak mengalami*	Nominal	RKD07.IND Rincian B45 dan B46
7.	Gangguan Mental (<i>mental</i>)	1 : Mengalami 2 : Tidak mengalami*	Nominal	RKD07.IND Rincian F01- F20

Keterangan: Tanda * menunjukkan bahwa variabel tersebut merupakan kategori referensi (acuan).

3.3 Pembentukan Variabel Tingkat Disabilitas dengan Analisis Faktor

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, bahwa yang menjadi variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat disabilitas. Variabel ini merupakan variabel komposit yang terbentuk dari 9 variabel/pertanyaan mengenai fungsi individu dan sosial dalam kuesioner RKD07-IND. Tingkat disabilitas penduduk lanjut usia akan dinyatakan dengan sebuah indeks komposit yang dibentuk berdasarkan kesembilan item pertanyaan tersebut. Pembentukan indeks komposit ini dilakukan dengan analisis faktor, sebagaimana pernah dilakukan oleh Agung (1996) dan Ariati (2001).

Analisis faktor merupakan salah satu teknik analisis multivariat yang bertujuan menentukan beberapa buah faktor sedemikian rupa sehingga data multivariat dengan komponen yang cukup banyak dapat dijelaskan atau dipelajari dengan memakai data berdasarkan beberapa faktor terpilih. Lebih lanjut dijelaskan bahwa jika terdapat n buah variabel dengan n yang cukup besar, maka akan ditentukan m buah faktor dengan m yang jauh lebih kecil daripada n . Dengan kata lain, data dalam ruang berdimensi n akan diubah menjadi data dalam ruang dimensi m (Agung, 1998: 291-292; Hair et al, 1998).

Selanjutnya, Agung (1998: 300) menjelaskan, bahwa untuk menentukan apakah hasil suatu analisis faktor dapat dinyatakan memadai atau tepat dilakukan, maka dapat dipakai sebuah statistik yang disebut ukuran ketepatan KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*). Statistik ini merupakan suatu indeks untuk membandingkan koefisien korelasi sampel (yang diobservasi) dengan koefisien korelasi parsial. Kaiser menentukan klasifikasi dari nilai statistik KMO ini dan menyatakan bahwa nilai KMO sekitar 0,9 dikategorikan sebagai *marvelous* (memuaskan), sekitar 0,8 sebagai *meritorious* (baik), sekitar 0,7 sebagai *middling* (cukup), sekitar 0,6 sebagai *mediocre* (kurang), sekitar 0,5 sebagai *miserable* (buruk) dan di bawah 0,5 sebagai *unacceptable* (tidak dapat diterima). Apabila nilai KMO yang diperoleh kurang dari 0,5, hal tersebut berarti pada data tersebut analisis faktor tidak layak dilakukan.

Sementara itu dalam Hair et al. (1998: hal.122), statistik KMO ini disebut dengan istilah *Measure of Sampling Adequacy* (MSA). Di sini terdapat batasan dimana hasil analisis faktor dikatakan dapat diterima atau memadai apabila nilai MSA yang diperoleh lebih besar atau sama dengan 0,5.

Untuk menguji signifikansi dari matriks korelasi secara keseluruhan digunakan Bartlett Test. Statistik Bartlett dipakai untuk menguji hipotesis bahwa matriks korelasi merupakan matriks satuan atau matriks identitas. Dalam hal ini akan diuji hipotesis nol bahwa matriks korelasi merupakan matriks satuan atau matriks identitas terhadap hipotesis alternatif bahwa matriks korelasi bukanlah matriks satuan atau identitas. Apabila *p-value* yang diperoleh $< 0,05$, maka hipotesis nol ditolak pada tingkat signifikansi $\alpha = 5\%$. Artinya, matriks korelasi bukanlah matriks identitas sehingga analisis faktor pada data tersebut layak dilakukan. Sebaliknya, apabila nilai *p-valuenya* besar ($\geq 0,05$), berarti hipotesis nol tidak dapat ditolak sehingga penggunaan analisis faktor pada data tersebut perlu dipertimbangkan kembali.

Dalam penelitian ini, analisis faktor merupakan analisis pendahuluan, yaitu teknik analisis yang dipergunakan untuk membentuk indeks komposit tingkat disabilitas. Semua perhitungan dalam analisis ini dilakukan dengan paket program siap pakai yaitu SPSS versi 13.

Setelah dilakukan analisis faktor terhadap kesembilan variabel yang digunakan untuk mengukur tingkat disabilitas, dengan menentukan batasan *eigenvalue* di atas 1, diperoleh satu buah faktor yang merupakan gabungan dari kesembilan variabel tersebut. Total varians yang dapat dijelaskan oleh faktor tersebut adalah sebesar 72,860. Berdasarkan hasil pengolahan, diperoleh nilai KMO atau MSA sebesar 0,913. Angka ini termasuk dalam kategori *marvelous* (memuaskan), sehingga pemakaian analisis faktor pada data ini dapat diterima. Berdasarkan uji Bartlett, diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,000 yang berarti bahwa matriks korelasi yang terbentuk bukan matriks identitas sehingga penggunaan analisis faktor pada data ini layak dilakukan. Hasil pengolahan selengkapnya dapat dilihat dalam lampiran.

Selanjutnya, yang dimaksud dengan indeks komposit tingkat disabilitas adalah skor faktor yang terbentuk dari kesembilan pertanyaan mengenai fungsi

individu dan sosial yang digunakan untuk mengukur tingkat disabilitas. Berdasarkan analisis faktor, diperoleh skor faktor yang merupakan indeks komposit dari kesembilan item pertanyaan mengenai aktivitas dan partisipasi di atas.

Dalam Agung (1998:305) disebutkan bahwa skor faktor dapat dinyatakan sebagai kombinasi linier dari nilai normal terstandar (ZV) variabel-variabel pembentuk faktor tersebut. Kombinasi linier ini dapat dituliskan berdasarkan matriks koefisien skor faktor (*component score coefficient matrix*) yang merupakan hasil dari analisis faktor. Maka, dalam penelitian ini, skor faktor yang menyatakan indeks komposit tingkat disabilitas merupakan kombinasi linier dari nilai normal terstandar (ZV) kesembilan variabel dasar yang digunakan untuk mengukur tingkat disabilitas. Kombinasi linier ini dapat dituliskan berdasarkan matriks koefisien skor faktor (*component score coefficient matrix*) yang dihasilkan dari analisis faktor dan dapat dilihat dalam output analisis faktor (lihat lampiran). Selanjutnya, skor faktor dirumuskan sebagai berikut:

$$SF_n = \sum_{j=1}^9 c_j * ZV_j \dots\dots\dots (3.1)$$

Dimana : SF_n : skor faktor masing-masing responden sebanyak n sampel

c_j : komponen skor koefisien untuk variabel ke-j, j : 1, ..., 9

ZV_j : nilai normal terstandar untuk jawaban responden ke-n atas pertanyaan pada variabel ke-j, j : 1, ..., 9

Penghitungan skor faktor di atas dilakukan dengan paket program SPSS versi 13. Setelah diperoleh skor faktor untuk masing-masing responden yang mencerminkan tingkat disabilitasnya, maka nilai tersebut selanjutnya akan dikategorikan. Dalam hal ini, tingkat disabilitas akan dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu disabilitas ringan, sedang dan berat.

Menurut Depkes (2008), seseorang dikatakan “tidak bermasalah” dengan kapasitas fungsionalnya apabila individu tersebut mengaku tidak mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari hingga mengalaminya dalam tingkat ringan. Ini dinamakan sebagai disabilitas ringan. Sementara itu, individu

dikatakan “bermasalah” apabila mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dalam taraf sedang atau berat. Ini dinamakan disabilitas sedang dan berat. Untuk kategori “bermasalah”, dikategorikan lagi menjadi dua yaitu “bermasalah”, apabila mengalami disabilitas sedang dan “sangat bermasalah” apabila mengalami disabilitas berat.

Pengkategorian tingkat disabilitas dilakukan dengan menentukan *cut off point*, yaitu batas skor untuk kategori ringan, sedang dan berat. Penentuan *cut off point* dilakukan dengan langkah sebagai berikut:

1. Disabilitas Ringan.

Yang dimaksud dengan disabilitas ringan adalah tingkat kesulitan yang dialami individu dalam melakukan fungsi individu dan sosial yang ditanyakan dalam kuesioner RKD07-IND, dari tidak mengalami kesulitan sama sekali hingga mengalami kesulitan ringan. Ini berarti, responden yang dikatakan mengalami disabilitas ringan adalah responden yang menjawab kesembilan pertanyaan tentang fungsi individu dan sosial pada kuesioner RKD07-IND dengan jawaban maksimal 2) ringan. Maka, nilai 2 dimasukkan pada persamaan (3.1) di atas, sehingga diperoleh skor faktor 0,37. Jadi, seseorang dikatakan mengalami disabilitas ringan apabila dia memiliki skor faktor $\leq 0,37$.

2. Disabilitas Berat.

Seseorang dikatakan mengalami disabilitas berat apabila mengaku mengalami kesulitan tingkat berat hingga sangat berat dalam melakukan aktivitas individu dan sosial yang ditanyakan dalam kuesioner RKD07-IND. Maka, untuk dikatakan mengalami disabilitas berat, responden minimal akan menjawab dengan jawaban 4) berat pada kesembilan pertanyaan mengenai fungsi individu dan sosial pada kuesioner RKD07-IND. Maka, nilai jawaban 4 dimasukkan ke dalam persamaan (1) sehingga diperoleh skor faktor 2,69. Jadi, seseorang dinyatakan mengalami disabilitas berat jika skor faktornya $\geq 2,69$.

3. Disabilitas Sedang.

Untuk disabilitas sedang, maka skor faktornya berada diantara 0,37 dan 2,69 ($0,37 < \text{skor faktor} < 2,69$).

3.4 Definisi Operasional Variabel

Berikut adalah definisi operasional dari variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian ini.

1. **Tingkat disabilitas** adalah skor faktor yang diperoleh responden dengan menjawab 9 pertanyaan terkait fungsi individu dan sosial dalam skala pengukuran disabilitas menurut ICF. Skor faktor responden dikelompokkan menjadi tiga dengan ketentuan:
 - 1) Responden mengalami disabilitas ringan bila : skor faktor $\leq 0,37$
 - 2) Responden mengalami disabilitas sedang bila : $0,37 < \text{skor faktor} < 2,69$
 - 3) Responden mengalami disabilitas berat bila : skor faktor $\geq 2,69$Kategori “disabilitas ringan” ditetapkan sebagai kategori referensi (acuan).
2. **Jenis kelamin** adalah status jender responden yang dapat diketahui dengan melihat kondisi fisik yang bersangkutan. Variabel ini diukur dengan mengamati langsung ciri-ciri fisik responden atau berdasarkan pengakuan responden. Jenis kelamin terbagi menjadi dua yaitu:
 - 1) Laki-laki
 - 2) Perempuan.Kategori “perempuan” ditetapkan sebagai kategori referensi (acuan).
3. **Tingkat pendidikan** adalah jenjang pendidikan tertinggi yang berhasil ditamatkan oleh responden. Tingkat pendidikan responden ditentukan berdasarkan ijazah/STTB tertinggi yang dimiliki. Variabel ini diperoleh dengan menanyakan langsung atau melihat ijazah/STTB responden yang bersangkutan. Di sini, tingkat pendidikan dibagi menjadi dua kategori yaitu:
 - 1) Tamat SD ke bawah
 - 2) Tamat SLTP ke atasKategori “tamam SLTP keatas” dipilih sebagai kategori referensi (acuan).
4. **Status perkawinan** menunjukkan status perkawinan responden pada saat pencacahan dan terbagi menjadi dua kategori yaitu:
 - 1) Tidak kawin
 - 2) Kawin

Status “kawin” berarti responden masih berada dalam ikatan pernikahan yang sah dan mempunyai pasangan. Status “tidak kawin” berarti responden tidak berada dalam ikatan pernikahan, di sini dapat berarti responden tersebut belum pernah menikah sama sekali atau pernah menikah tetapi telah bercerai, baik cerai mati maupun cerai hidup. Kategori “kawin” dipilih sebagai kategori referensi (acuan).

5. **Status bekerja** adalah status responden apakah dalam seminggu sebelum pencacahan berstatus bekerja (dibayar maupun tidak dibayar). Variabel ini dikategorikan dalam dua kategori:

- 1) Bekerja
- 2) Tidak bekerja

Kategori “tidak bekerja” dipilih sebagai kategori referensi (acuan).

6. **Pengaturan tempat tinggal/living arrangement** menunjukkan bagaimana penduduk lanjut usia tinggal. Dalam penelitian ini, pengaturan tempat tinggal yang ingin diteliti pengaruhnya terhadap tingkat disabilitas terdiri dari dua kategori yaitu:

- 1) Tinggal sendiri
- 2) Tinggal bersama ART lainnya

Kategori “tinggal bersama ART lainnya” dipilih sebagai kategori referensi (acuan).

7. **Daerah tempat tinggal** menyatakan pengklasifikasian daerah dimana responden tinggal, menjadi:

- 1) Pedesaan
- 2) Perkotaan

Kategori “pedesaan” dijadikan sebagai kategori referensi (acuan).

8. **Interaksi antara variabel pengeluaran perkapita perbulan dan daerah tempat tinggal** adalah hasil kali antara nilai variabel *eko_kapita* dan *dt2* yang selanjutnya dinamakan variabel *ekon_dtt*. Variabel ini diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

1. Rendah*Pedesaan
2. Lainnya

9. **Kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan** adalah kebiasaan responden dalam melakukan aktivitas fisik tingkat ringan seperti berjalan kaki atau menggunakan sepeda kayuh yang dilakukan terus-menerus minimal selama 10 menit setiap kalinya. Variabel ini terbagi menjadi dua kategori yaitu:

- 1) Ya
- 2) Tidak

10. **Kebiasaan dalam mengkonsumsi sayur-sayuran** adalah jumlah hari dalam seminggu biasanya responden mengkonsumsi sayur-sayuran. Variabel ini dikategorikan menjadi dua yaitu:

- 1) Setiap hari (7 hari dalam seminggu)
- 2) Tidak setiap hari (< 7 hari dalam seminggu)

11. **Kebiasaan dalam mengkonsumsi buah-buahan** adalah jumlah hari dalam seminggu biasanya responden mengkonsumsi buah-buahan. Variabel ini dikategorikan menjadi dua yaitu:

- 1) Setiap hari (7 hari dalam seminggu)
- 2) Tidak setiap hari (< 7 hari dalam seminggu)

12. **Gangguan Sendi**. Seorang responden dikatakan mengalami gangguan sendi apabila responden mengaku dalam 12 bulan terakhir pernah didiagnosis menderita penyakit sendi/rematik/encok oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau dalam 12 bulan terakhir mengalami sakit/nyeri/kaku/bengkak di sekitar persendian, kaku di persendian ketika bangun tidur atau setelah istirahat lama, yang timbul bukan karena kecelakaan. Variabel ini dikategorikan menjadi dua yaitu:

- 1) Mengalami
- 2) Tidak mengalami

Kategori "tidak mengalami" dipilih sebagai kategori referensi (acuan).

13. **Hipertensi**. Seorang responden dikatakan mengalami hipertensi apabila responden mengaku pernah didiagnosis menderita hipertensi/penyakit tekanan darah tinggi oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau biasa mengkonsumsi obat antihipertensi. Variabel ini dikategorikan menjadi dua yaitu:

- 1) Mengalami

2) Tidak mengalami

Kategori “tidak mengalami” dipilih sebagai kategori referensi (acuan).

14. Penyakit Jantung. Seorang responden dikatakan mengalami gangguan penyakit jantung apabila responden mengaku pernah didiagnosis menderita penyakit jantung oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau mengalami satu atau lebih gejala-gejala penyakit jantung seperti: bibir kebiruan saat menangis atau melakukan aktivitas, jantung berdebar-debar tanpa sebab, nyeri dada/rasa tertekan berat/sesak nafas saat berjalan terburu-buru/mendaki/berjalan biasa di jalan datar/kerja berat/berjalan jauh, sesak nafas pada saat tidur tanpa bantal, serta pembengkakan pada tungkai bawah. Variabel ini dikategorikan menjadi dua yaitu:

1) Mengalami

2) Tidak mengalami

Kategori “tidak mengalami” dipilih sebagai kategori referensi (acuan).

15. Diabetes Mellitus. Seorang responden dikatakan mengalami diabetes mellitus apabila responden mengaku pernah didiagnosis menderita diabetes mellitus oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau mengalami gejala-gejala diabetes mellitus seperti banyak makan, banyak kencing, banyak minum, lemas, berat badan menurun atau selama ini menggunakan obat-obatan untuk penyakit diabetes mellitus. Variabel ini dikategorikan menjadi dua yaitu:

1) Mengalami

2) Tidak mengalami

Kategori “tidak mengalami” dipilih sebagai kategori referensi (acuan).

16. TBC Paru. Seorang responden dikatakan mengalami tuberculosis (TBC) paru-paru apabila responden mengaku dalam 12 bulan terakhir pernah didiagnosis menderita penyakit tuberculosis paru-paru oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau dalam 12 bulan terakhir pernah menderita batuk selama lebih dari 2 minggu disertai dahak atau dahak bercampur darah/batuk berdarah dan berat badan sulit bertambah/justru semakin menurun. Variabel ini dikategorikan menjadi dua yaitu:

1) Mengalami

2) Tidak mengalami

Kategori “tidak mengalami” dipilih sebagai kategori referensi (acuan).

17. **Stroke.** Seorang responden dikatakan mengalami stroke apabila dalam 12 bulan terakhir, berdasarkan pengakuannya, pernah didiagnosis menderita stroke oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau dalam 12 bulan terakhir mengalami kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau pada otot wajah, atau gangguan pada suara (pelo) secara mendadak. Variabel ini dikategorikan menjadi dua yaitu:

- 1) Mengalami
- 2) Tidak mengalami

Kategori “tidak mengalami” dipilih sebagai kategori referensi (acuan).

18. **Gangguan mental.** Menurut Depkes (2008), gangguan mental merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila terus berlanjut. Dikatakan oleh Semiun (2006: hal.50) bahwa kesehatan mental merupakan kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain dan masyarakat dimana individu hidup, serta merupakan pengetahuan dan perbuatan yang bertujuan untuk mengembangkan dan memanfaatkan segala kapasitas, kreativitas, energi dan dorongan yang ada semaksimal mungkin sehingga membawa kepada kebahagiaan diri dan orang lain serta terhindar dari gangguan mental atau penyakit mental (neurosis dan psikosis). Maka, orang bermental sehat adalah orang yang dapat menguasai segala faktor dalam hidupnya sehingga ia dapat mengatasi kekalutan mental sebagai akibat dari tekanan-tekanan perasaan dan hal-hal yang menimbulkan frustrasi. Dalam Riskesdas 2007, gangguan mental diukur dengan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ), yang dikembangkan oleh WHO (1994). Kuesioner ini terdiri dari 20 pertanyaan mengenai gejala-gejala yang menandai terjadinya gangguan mental emosional pada individu. Pertanyaan-pertanyaan tersebut mempunyai pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Seorang individu dikatakan mengalami gangguan mental apabila ia mengaku mengalami minimal 6 gejala dari 20 gejala yang ditanyakan dalam SRQ. Jadi, apabila seorang responden menjawab “ya” sebanyak 6 kali atau lebih pada kedua puluh pertanyaan SRQ, maka ia dikategorikan mengalami gangguan mental. Sebaliknya, apabila seorang

responden menjawab “ya” sebanyak < 6 pada kedua puluh pertanyaan dalam SRQ, maka ia dikategorikan tidak mengalami gangguan mental. Nilai batas pisah 6 ini ditentukan berdasarkan uji validitas yang pernah dilakukan oleh Hartono (dalam Depkes, 2008). Dengan demikian, variabel gangguan mental mempunyai dua kategori yaitu:

- 1) Mengalami
- 2) Tidak mengalami

Kategori “tidak mengalami” dipilih sebagai kategori referensi (acuan).

3.5 Kelebihan dan Kekurangan Data Susenas & Riskesdas 2007

Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2007 merupakan survei yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dengan tujuan mengumpulkan berbagai informasi di bidang sosial dan ekonomi masyarakat Indonesia. Susenas mengumpulkan data yang menyangkut bidang pendidikan, kesehatan/gizi, perumahan, kegiatan sosial budaya, konsumsi/pengeluaran, pendapatan rumah tangga dan berbagai aspek sosial-ekonomi masyarakat lainnya. Sementara itu, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 merupakan survei yang diselenggarakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan tujuan utama menyediakan informasi berbasis bukti (*evidence based*) guna merumuskan kebijakan pembangunan kesehatan di berbagai tingkat administratif.

Pelaksanaan Susenas 2007 dilakukan pada bulan Juli 2007, sementara Riskesdas 2007 dilaksanakan sesudahnya, yaitu dimulai pada bulan Agustus 2007 dan baru berakhir pada September 2008. Kedua survei tersebut dilaksanakan dengan kerangka sampel yang sama. Dengan demikian, data yang diperoleh dari kedua survei tersebut sangat memungkinkan untuk digabungkan sehingga menjadi sebuah sumber data yang lengkap, mencakup berbagai informasi kehidupan sosial, ekonomi dan kesehatan masyarakat Indonesia.

Secara singkat, dapat dikatakan bahwa Riskesdas 2007 didesain untuk mendukung pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti ilmiah. Desain Riskesdas 2007 dikembangkan dengan sungguh-sungguh memperhatikan teori

dasar tentang hubungan antara berbagai penentu yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Riskesdas 2007 menyediakan data dasar yang dikumpulkan melalui survei berskala nasional sehingga hasilnya dapat digunakan untuk penyusunan kebijakan kesehatan bahkan sampai ke tingkat kabupaten/kota. Lebih lanjut, karena metodologinya hampir seluruhnya sama dengan Susenas 2007, data Riskesdas 2007 mudah dikorelasikan dengan data Susenas 2007. Dengan demikian, para pembentuk kebijakan dan pengambil keputusan di bidang pembangunan kesehatan dapat menarik manfaat yang optimal dari ketersediaan data Riskesdas 2007 (Depkes, 2008). Ini merupakan satu keunggulan dari data Susenas dan Riskesdas 2007, dimana keduanya dapat saling melengkapi sebagai sumber data yang memuat banyak informasi mengenai aspek sosial, ekonomi dan kesehatan masyarakat Indonesia.

Namun demikian, dalam pelaksanaan Riskesdas 2007 di lapangan, berbagai kendala muncul. Keterbatasan Riskesdas 2007 mencakup berbagai permasalahan *non-random error*, sebagaimana dikutip dari Depkes (2008) sebagai berikut:

- a. Pembentukan kabupaten/kota hasil pemekaran suatu kabupaten/kota yang terjadi setelah penetapan blok sensus Riskesdas dari Susenas 2007, sehingga tidak menjadi bagian sampel dalam Riskesdas.
- b. Blok sensus tidak terjangkau, karena ketidakterediaan alat transportasi menuju lokasi dimaksud, atau karena kondisi alam yang tidak memungkinkan seperti adanya ombak besar, dsb. Riskesdas 2007 tidak berhasil mengumpulkan 207 blok sensus yang terpilih, dari total sebanyak 17.357 blok sensus dalam sampel Susenas 2007.
- c. Terdapat rumah tangga dalam daftar sampel rumah tangga Susenas 2007 yang tidak dapat dijumpai oleh Tim Pewawancara Riskesdas 2007. Total rumah tangga yang tidak berhasil dikunjungi Riskesdas 2007 adalah 19.346 rumah tangga, dari total sebanyak 277.630 rumah tangga yang menjadi sampel Susenas 2007.
- d. Terjadi pula dimana pada rumah tangga terpilih yang dapat dikunjungi Riskesdas 2007, terdapat anggota rumah tangga yang tidak dapat ditemui sehingga tidak dapat dikumpulkan datanya. Sebanyak 159.566 anggota rumah

tangga terpilih tidak dapat diwawancarai, dari sebanyak 1.148.418 anggota rumah tangga yang menjadi sampel Susenas 2007.

- e. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga ada kemungkinan beberapa estimasi penyakit menular bersifat *seasonal* pada beberapa provinsi atau kabupaten/kota menjadi *under-estimate* atau *over-estimate*.
- f. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda pula.
- g. Meskipun Riskesdas 2007 dirancang untuk menghasilkan estimasi sampai tingkat kabupaten/kota, tetapi tidak semua estimasi bisa mewakili kabupaten/kota terutama kejadian-kejadian yang frekuensinya jarang. Kejadian-kejadian yang jarang seperti ini hanya bisa mewakili tingkat provinsi atau bahkan hanya tingkat nasional.
- h. Khusus untuk data biomedis, estimasi yang dihasilkan hanya mewakili sampai tingkat perkotaan nasional.
- i. Untuk data mortalitas, beberapa kelemahan menggunakan teknis autopsi verbal akan mempengaruhi kualitas informasi yang diberikan oleh responden, serta kualitas wawancara untuk bisa menggali penyebab kematian. Selain itu, kemungkinan *under-reporting*, ketepatan waktu kejadian kematian, ketepatan umur kematian juga akan mempengaruhi mutu data yang dikumpulkan.
- j. Terbatasnya dana dan waktu realisasi pencairan anggaran yang tidak lancar menyebabkan pelaksanaan Riskesdas 2007 tidak dapat dilaksanakan secara serentak. Beberapa provinsi dapat melaksanakannya pada Agustus 2007, namun beberapa provinsi di bagian timur Indonesia (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara, dan NTT) baru dapat melaksanakannya pada bulan Agustus-September 2008.

Berbagai permasalahan yang terjadi di lapangan tersebut di atas secara tidak langsung mempengaruhi kuantitas dan kualitas data yang dihasilkan. Dalam penelitian ini, terlihat bahwa dalam Riskesdas 2007, hanya sebanyak 79.612 responden penduduk lanjut usia yang berhasil didata, dari sebanyak 89.887 sampel penduduk lanjut usia dalam Susenas 2007 atau sebesar 88,57% dari total

sampel. Selain itu, tidak semua informasi yang dibutuhkan tersedia secara lengkap untuk sebanyak 79.612 sampel tersebut. Terdapat beberapa isian variabel yang kosong (*missing value*) atau bernilai ekstrim, yang akhirnya tidak diikutsertakan dalam analisis penelitian ini. Setelah nilai-nilai tersebut dikeluarkan, diperoleh sampel sebanyak 79.445 penduduk lanjut usia.

Di samping permasalahan tersebut, beberapa data yang digunakan dalam penelitian ini juga mengandung kelemahan. Beberapa variabel dalam penelitian seperti data disabilitas, penyakit kronik/degeneratif serta gangguan mental merupakan data yang bersifat "*self-reporting*", yaitu data yang dikumpulkan berdasarkan pengakuan responden. Pada data yang bersifat "*self-reported*", terdapat beberapa kelemahan yang mungkin timbul diantaranya:

- a. Adanya *recall bias*, dimana responden memiliki keterbatasan dalam mengingat peristiwa/kejadian yang pernah terjadi/dialami di masa lalu.
- b. Adanya *information bias*, dimana responden dapat memiliki persepsi yang berbeda-beda mengenai istilah "sakit". Gejala dari penyakit tertentu yang dirasakan oleh responden belum tentu benar-benar menunjukkan adanya penyakit dalam diri responden tersebut.

Idealnya, untuk mendapatkan data yang valid dan *reliable* mengenai penyakit/gangguan kesehatan pada penduduk, dilakukan pemeriksaan medis. Namun, hal ini hampir tidak memungkinkan untuk survei berskala nasional seperti halnya Riskesdas 2007 ini. Berbagai kendala akan dihadapi, seperti keterbatasan tenaga medis serta sarana prasarana penunjang pemeriksaan medis seperti laboratorium kesehatan. Maka, metode "*self-reporting*" masih merupakan alternatif terbaik, meskipun disadari adanya kelemahan di sana.

Untuk mengatasi kelemahan ini dan dalam rangka meningkatkan validitas data yang diperoleh, diperlukan pewawancara dengan kualitas yang memadai guna melaksanakan survei semacam ini. Di samping menguasai teknik pemeriksaan kesehatan, mereka juga perlu menguasai teknik wawancara di lapangan sehingga dapat menggali informasi seakurat mungkin dari responden.

Kualitas pewawancara dalam Riskesdas 2007 sendiri menurut hemat penulis masih perlu ditingkatkan. Selain dari aspek penguasaan teknik pemeriksaan medis, sangat diperlukan adanya penguasaan teknik dan strategi

wawancara di lapangan. Hal ini untuk menghindari wawancara yang tidak efektif dimana responden menjadi bosan atau enggan menjawab dengan jujur, hanya karena pewawancara salah dalam pendekatan kepada mereka. Apalagi dengan begitu banyaknya informasi yang harus dikumpulkan dalam kuesioner Riskesdas ini. Hal ini hendaknya menjadi perhatian bagi Departemen Kesehatan khususnya Balitbangkes selaku pihak yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Riskesdas, untuk terus menyempurnakan pelaksanaan Riskesdas di masa-masa yang akan datang.

Dalam pengalaman menggunakan data Riskesdas 2007 ini, penulis banyak menemukan isian data yang kosong (*missing value*) maupun nilai-nilai ekstrim. Banyaknya data kosong atau *missing value* ini kemungkinan disebabkan oleh kesulitan-kesulitan yang dialami oleh pewawancara dalam menggali informasi dari responden. Banyaknya informasi yang harus ditanyakan dalam kuesioner Riskesdas kemungkinan menyebabkan responden maupun pewawancara mengalami kejenuhan sehingga penggalan informasi tidak akurat lagi. Kendala lain yang timbul adalah kesibukan responden sehingga wawancara menjadi tidak tuntas, atau sulitnya menjangkau responden disebabkan oleh lokasinya yang sulit serta ketiadaan sarana transportasi maupun hambatan geografis lainnya.

Guna memastikan validitas data serta meminimalkan kelemahan data dalam penelitian ini, penulis sangat berhati-hati dalam memilih variabel yang akan digunakan dalam penelitian. Dalam penelitian ini, seluruh variabel yang digunakan dipastikan terlebih dahulu telah terbebas dari nilai-nilai yang ekstrim maupun isian yang kosong (*missing value*). Setelah isian untuk semua variabel lengkap, baru dilakukan pengolahan dan analisis data.

3.6 Teknik Analisis

Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari analisis deskriptif dan inferensial. Teknik analisis deskriptif digunakan untuk menggambarkan bagaimana karakteristik penduduk lanjut usia di Indonesia dan tingkat disabilitas penduduk lanjut usia menurut determinannya yaitu status sosio-demografi, daerah tempat tinggal, perilaku kesehatan dan penyakit

kronik/degeneratif. Analisis ini menyajikan tabulasi silang tingkat disabilitas menurut determinan-determinan tersebut.

Sementara itu, teknik analisis inferensial yang digunakan adalah analisis regresi logistik multinomial. Teknik analisis ini merupakan teknik analisis yang tepat untuk mengetahui pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat dimana variabel terikat tersebut berupa variabel kategorik dengan kategori lebih dari dua (Agresti, 1990; Long, 1997; Hosmer & Lemeshow, 2000;). Maka, teknik analisis ini dirasa tepat digunakan dalam penelitian ini mengingat variabel terikat dalam penelitian ini adalah variabel kategorik yang memiliki kategori lebih dari dua.

Teknik analisis ini digunakan untuk mengetahui bagaimana pengaruh status sosio-demografi, lingkungan fisik yaitu daerah tempat tinggal, perilaku kesehatan dan penyakit kronik/degeneratif termasuk gangguan mental terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia, dimana tingkat disabilitas memiliki tiga kategori yaitu ringan, sedang dan berat. Dalam hal ini, sebagai kategori referensi dipilih kategori ringan.

Dalam model regresi logistik dikotomi, variabel terikat dinyatakan dalam fungsi logit untuk $Y=1$ dibanding dengan fungsi logit untuk $Y=0$ (Nachrowi, N.D & Usman, H, 2002:297). Maka, untuk variabel terikat (Y) dengan tiga kategori, terdapat dua fungsi logit yaitu:

1. Fungsi logit untuk $Y=1$ relatif terhadap fungsi logit untuk $Y=0$
2. Fungsi logit untuk $Y=2$ relatif terhadap fungsi logit untuk $Y=0$

Adapun fungsi/model logit tersebut mempunyai bentuk umum:

$$L_i = \ln\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \beta_1 + \beta_2 x_i + u_i \quad (\text{Nachrowi, N.D \& Usman, H, 2002:250})$$

Maka, secara umum untuk kategori-kategori di atas, dengan sebanyak p variabel bebas akan terbentuk 2 fungsi/model logit yaitu:

$$L_1 = \ln\left(\frac{p_1}{1-p_1}\right) = \beta_{10} + \beta_{11}x_1 + \beta_{12}x_2 + \dots + \beta_{1p}x_p$$

$$L_2 = \ln\left(\frac{p_2}{1-p_2}\right) = \beta_{20} + \beta_{21}x_1 + \beta_{22}x_2 + \dots + \beta_{2p}x_p$$

Model yang akan diestimasi secara spesifik dalam penelitian ini terdiri dari dua model sebagai berikut:

1. **Model 1**, dengan p_1 merupakan probabilitas/peluang penduduk lanjut usia di Indonesia mengalami disabilitas sedang dan p_0 merupakan

probabilitas/peluang penduduk lanjut usia di Indonesia mengalami disabilitas ringan:

$$\begin{aligned} \ln\left(\frac{p_1}{p_0}\right) = & \beta_{10} + \beta_{11} \text{jk} + \beta_{12} \text{pddkn} + \beta_{13} \text{status_kawin} + \beta_{14} \text{stat_kerja} \\ & + \beta_{15} \text{eko_kapita} + \beta_{16} \text{livingarr} + \beta_{17} \text{dtt2} + \beta_{18} \text{ekon} * \text{dtt} \\ & + \beta_{19} \text{akt_fisik} + \beta_{110} \text{sayur} + \beta_{111} \text{buah} + \beta_{112} \text{sendi} \\ & + \beta_{113} \text{hipertensi} + \beta_{114} \text{jantung} + \beta_{115} \text{diabetes} \\ & + \beta_{116} \text{tuberkulosis} + \beta_{117} \text{stroke} + \beta_{118} \text{mental} \end{aligned}$$

2. **Model 2**, dengan p_2 merupakan probabilitas/peluang penduduk lanjut usia di Indonesia mengalami disabilitas berat dan p_0 merupakan probabilitas/peluang penduduk lanjut usia di Indonesia mengalami disabilitas ringan:

$$\begin{aligned} \ln\left(\frac{p_2}{p_0}\right) = & \beta_{20} + \beta_{21} \text{jk} + \beta_{22} \text{pddkn} + \beta_{23} \text{status_kawin} + \beta_{24} \text{stat_kerja} \\ & + \beta_{25} \text{eko_kapita} + \beta_{26} \text{livingarr} + \beta_{27} \text{dtt2} + \beta_{28} \text{ekon} * \text{dtt} \\ & + \beta_{29} \text{akt_fisik} + \beta_{210} \text{sayur} + \beta_{211} \text{buah} + \beta_{212} \text{sendi} \\ & + \beta_{213} \text{hipertensi} + \beta_{214} \text{jantung} + \beta_{215} \text{diabetes} \\ & + \beta_{216} \text{tuberkulosis} + \beta_{217} \text{stroke} + \beta_{218} \text{mental} \end{aligned}$$

Untuk memastikan bahwa model logit bermakna, perlu dilakukan pengujian terhadap signifikansi model baik secara keseluruhan maupun pada tiap-tiap parameter dalam model tersebut. Berikut ini adalah prosedur uji signifikansi model baik secara keseluruhan maupun untuk tiap-tiap parameter dalam model, sebagaimana dijelaskan dalam Nachrowi & Usman (2002):

1. Uji Signifikansi Keseluruhan Model dengan Uji G

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_p = 0$$

$$H_1: \text{sekurang - kurangnya terdapat satu } \beta_j \neq 0$$

$$\text{Statistik uji yang digunakan: } G = \frac{\text{LIKELIHOOD (MODEL B)}}{\text{LIKELIHOOD (MODEL A)}}$$

Model B = model yang hanya terdiri dari konstanta saja

Model A = model yang terdiri dari seluruh variabel

G berdistribusi khi-kuadrat dengan derajat bebas p atau $G \sim \chi_p^2$

H_0 ditolak jika $G > \chi_{\alpha,p}^2$; dimana α = tingkat signifikansi

Bila H_0 ditolak artinya model A signifikan pada tingkat signifikansi α .

2. Uji Signifikansi Tiap-tiap Parameter dalam Model dengan Uji Wald

$$H_0: \beta_j = 0 \text{ untuk suatu } j \text{ tertentu ; } j = 0, 1, \dots, p$$

$$H_1: \beta_j \neq 0$$

$$\text{Statistik uji yang digunakan: } W_j = \left[\frac{\hat{\beta}_j}{SE(\hat{\beta}_j)} \right]^2$$

Statistik ini berdistribusi khi-kuadrat dengan derajat bebas 1 atau secara simbolis dituliskan $W_j \sim \chi^2$

H_0 ditolak jika $W_j > \chi_{\alpha, 1}^2$; dengan α adalah tingkat signifikansi yang dipilih.

Bila H_0 ditolak artinya parameter tersebut signifikan secara statistik pada tingkat signifikansi α .

Untuk mengetahui seberapa besar kecenderungan seseorang dengan karakteristik tertentu dibanding karakteristik pembandingnya untuk mengalami disabilitas tingkat tertentu terhadap tingkat disabilitas pembandingnya, digunakan *Odds Ratio*. Nilai *Odds Ratio* menunjukkan besarnya kecenderungan suatu observasi dengan karakteristik tertentu ($x=1$) untuk mengalami kejadian sukses ($y=1$). Rumus *odds ratio* adalah sebagai berikut:

$$\text{Odds Ratio}_j(x, x_0) = \frac{P(Y = j|x)/P(Y = 0|x)}{P(Y = j|x_0)/P(Y = 0|x_0)}; j = 1, 2$$

BAB 4 ANALISIS DESKRIPTIF

Bagian awal dari bab ini akan memberikan gambaran karakteristik sampel penelitian yang meliputi karakteristik sosio-demografi, lingkungan fisik berupa daerah tempat tinggal, perilaku kesehatan serta penyakit kronik/degeneratif dan gangguan mental yang dialami oleh penduduk lanjut usia di Indonesia. Berdasarkan data Susenas 2007, diperoleh sampel penduduk lanjut usia sebanyak 89.887 responden. Dari sampel tersebut, yang berhasil terdata dalam Riskesdas 2007 adalah sebanyak 79.612 responden (88,57%).

Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan terhadap data sebanyak 79.612 responden tersebut, dimana data dengan isian kosong (*missing value*) tidak diikutsertakan dalam analisis. Berdasarkan pemeriksaan data, diperoleh data yang layak untuk dianalisis sebanyak 79.445 responden. Data inilah yang dianalisis dalam penelitian ini.

4.1 Gambaran Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal Penduduk Lanjut Usia di Indonesia

Berdasarkan sampel penelitian ini, penduduk lanjut usia (berusia 60 tahun keatas) di Indonesia terdiri dari penduduk berusia 60-69 tahun (*young-old*) sebanyak 59,1%, 70-79 tahun (*old-old*) sebanyak 30% dan penduduk berusia 80 tahun keatas (*very old*) sebanyak 10,9%. Ternyata, penduduk berusia 60-69 tahun (*young-old*) masih mendominasi proporsi penduduk lanjut usia di Indonesia.

Tabel 4.1 berikut menyajikan distribusi persentase penduduk lanjut usia di Indonesia berdasarkan karakteristik sosio-demografi yang meliputi jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, status bekerja, pengeluaran perkapita perbulan yang mencerminkan kondisi ekonomi dan pengaturan tempat tinggal (*living arrangement*). Selain itu, disajikan pula persentase penduduk lanjut usia menurut daerah tempat tinggalnya, yang terbagi menjadi daerah pedesaan dan perkotaan.

Tabel 4.1 Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Karakteristik Sosio-Demografi & Daerah Tempat Tinggal, Susenas & Riskedas 2007

Karakteristik Sosio Demografi & Daerah Tempat Tinggal	Persentase
[1]	[2]
1 Jenis Kelamin	
1) Laki-laki	46.9
2) Perempuan	53.1
2 Tingkat Pendidikan	
1) SD Ke bawah	86.1
2) SLTP Ke atas	13.9
3 Status Perkawinan	
1) Tidak Kawin	37.1
2) Kawin	62.9
4 Status Bekerja	
1) Bekerja	55.2
2) Tidak Bekerja	44.8
5 Pengeluaran perkapita perbulan	
1) Rendah (di bawah rata-rata)	64.4
2) Tinggi (\geq rata-rata)	35.6
6 Pengaturan Tempat Tinggal/Living Arrangement	
1) Tinggal Sendiri	7.8
2) Tinggal Bersama ART lainnya	92.2
7 Daerah Tempat Tinggal	
1) Pedesaan	67.3
2) Perkotaan	32.7

1. Jenis Kelamin

Berdasarkan Tabel 4.1, diketahui bahwa mayoritas penduduk lanjut usia di Indonesia adalah perempuan (53,1%). Hasil ini mendukung penelitian yang pernah dilakukan oleh Rustika (1997), Dewi (1997) dan Ariati (2001). Penelitian yang dilakukan oleh Sirait dan Riyadina (1999) juga memberikan hasil yang sama.

Lebih besarnya proporsi penduduk lanjut usia berjenis kelamin perempuan dibandingkan laki-laki di Indonesia tersebut terkait dengan lebih tingginya usia

harapan hidup perempuan dibandingkan laki-laki. WHO (2002) mencatat bahwa di hampir semua negara di dunia, perempuan hidup relatif lebih lama dibandingkan laki-laki.

Lebih tingginya angka harapan hidup perempuan dibandingkan laki-laki di Indonesia ini turut dipengaruhi oleh status kesehatan perempuan yang relatif lebih baik dibandingkan laki-laki. Laki-laki yang secara umum bertindak sebagai kepala keluarga dan bertanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan hidup rumah tangga umumnya bekerja, bahkan masih harus bekerja meskipun telah memasuki usia lanjut. Kondisi ini mengharuskan mereka untuk menanggung risiko dan bahaya dalam pekerjaan seperti lingkungan dan kondisi kerja yang buruk. Hal ini tentu berpengaruh terhadap status kesehatan mereka dan pada akhirnya mempengaruhi pula usia harapan hidupnya. Sirait dan Riyadina (1999) dalam penelitiannya menemukan bahwa persentase penduduk lanjut usia yang mengalami sakit lebih banyak ditemukan pada laki-laki dibandingkan perempuan. Penduduk lanjut usia laki-laki berisiko sakit 1,57 kali lebih besar dibandingkan perempuan.

Selain itu, laki-laki berisiko terhadap perilaku-perilaku kesehatan yang buruk seperti merokok, konsumsi alkohol dan lain-lain. Sebagai catatan, menurut Barber et al. (2008), pada umumnya perokok di Indonesia adalah laki-laki, atau sekitar 63% laki-laki merokok. Sekitar 53% laki-laki merokok di tahun 1995 dan persentase ini meningkat menjadi 64% pada tahun 2004. Hal ini dapat membawa akibat buruk bagi mereka seperti munculnya berbagai penyakit kronik/degeneratif pada saat mereka memasuki usia lanjut.

Di Indonesia sendiri tercatat bahwa sejak tahun 1990 hingga 2005, angka harapan hidup perempuan selalu lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Bahkan diperkirakan angka harapan hidup tersebut akan terus meningkat hingga tahun 2020. Perhatikan Tabel 4.2 berikut ini!

**Tabel 4.2 Angka Harapan Hidup (*Life Expectancy at Birth*)
Indonesia, 1990-2020**

Tahun	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki + Perempuan
[1]	[2]	[3]	[4]
1990 - 1995	61.6	64.5	62.7
1995 - 2000	64.2	67.9	66.0
2000 - 2005	66.7	70.5	68.6
2005 - 2010	68.7	72.7	70.7
2010 - 2015	70.2	74.3	72.2
2015 - 2020	71.4	75.7	73.6

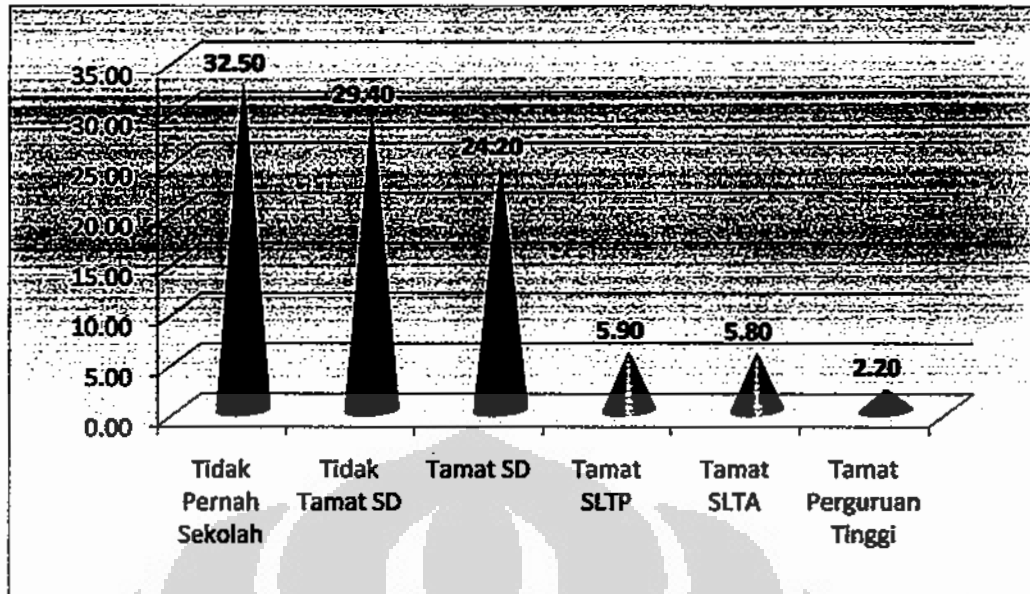
Sumber: UN, *World Population Prospect: The 2006 Revision*
(<http://esa.un.org/unpp>)

Status kesehatan perempuan yang relatif lebih baik dibandingkan laki-laki ini mengakibatkan lebih tingginya angka harapan hidup perempuan dibandingkan laki-laki, yang selanjutnya tampak dalam lebih besarnya proporsi penduduk lanjut usia perempuan dibandingkan laki-laki. Fenomena ini sering disebut sebagai *The Feminization of Ageing* (WHO, 2002).

2. Tingkat Pendidikan

Ditinjau dari tingkat pendidikan, sebanyak 86,1% penduduk lanjut usia di Indonesia berpendidikan SD kebawah, yaitu tidak bersekolah sampai dengan tamat SD. Sementara itu, hanya sebanyak 13,9% penduduk lanjut usia di Indonesia yang berpendidikan SLTP keatas. Jika dirinci lebih jauh, pada Gambar 4.1 terlihat bahwa persentase penduduk lanjut usia di Indonesia yang tidak pernah sekolah, tidak tamat SD dan tamat SD dominan. Dapat dikatakan bahwa persentase penduduk lanjut usia di Indonesia dengan pendidikan SLTP keatas sangat kecil.

Berdasarkan data tersebut, tampak bahwa tingkat pendidikan mayoritas penduduk lanjut usia di Indonesia masih rendah. Hasil yang sama diperoleh Rustika (1997), Dewi (1997), Sirait dan Riyadina (1999) serta Ariati (2001) dalam penelitian terdahulu.

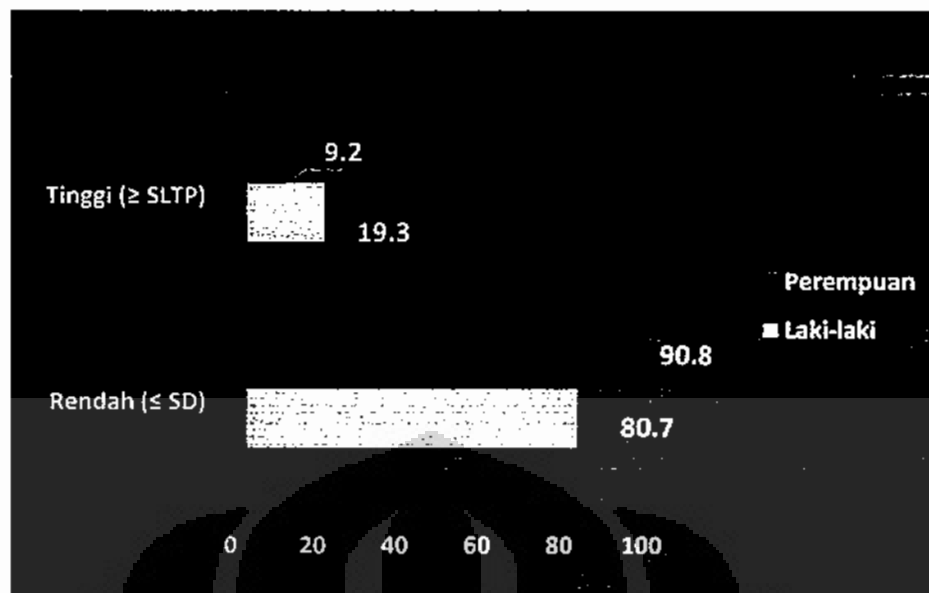


Gambar 4.1 Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Tingkat Pendidikan

Sumber: Diolah dari data Susenas & Riskesdas 2007

Rendahnya tingkat pendidikan penduduk Indonesia yang saat ini telah memasuki usia lanjut ini menunjukkan bahwa mereka tidak menikmati hasil-hasil pembangunan di bidang pendidikan. Hal ini wajar, karena pada umumnya penduduk Indonesia yang saat ini telah berusia lanjut tersebut lahir dan tumbuh besar pada saat bangsa Indonesia tengah berjuang merebut dan mempertahankan kemerdekaan dari penjajahan. Kondisi politik, sosial dan ekonomi yang buruk pada saat itu membuat aspek pendidikan menjadi terabaikan, sehingga pada saat ini mereka memasuki usia lanjut dalam keadaan berpendidikan rendah.

Apabila ditinjau menurut jenis kelamin, Gambar 4.2 memperlihatkan bahwa pendidikan penduduk lanjut usia perempuan di Indonesia lebih rendah daripada laki-laki. Hal ini menunjukkan suatu keadaan dimana kesempatan memperoleh pendidikan belum merata diantara penduduk lanjut usia laki-laki dan perempuan. Penduduk lanjut usia yang ada di Indonesia saat ini mengalami usia-usia sekolah dimana kesempatan memperoleh pendidikan bagi laki-laki masih lebih diutamakan daripada perempuan.



Gambar 4.2 Tingkat Pendidikan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Jenis Kelamin (%)

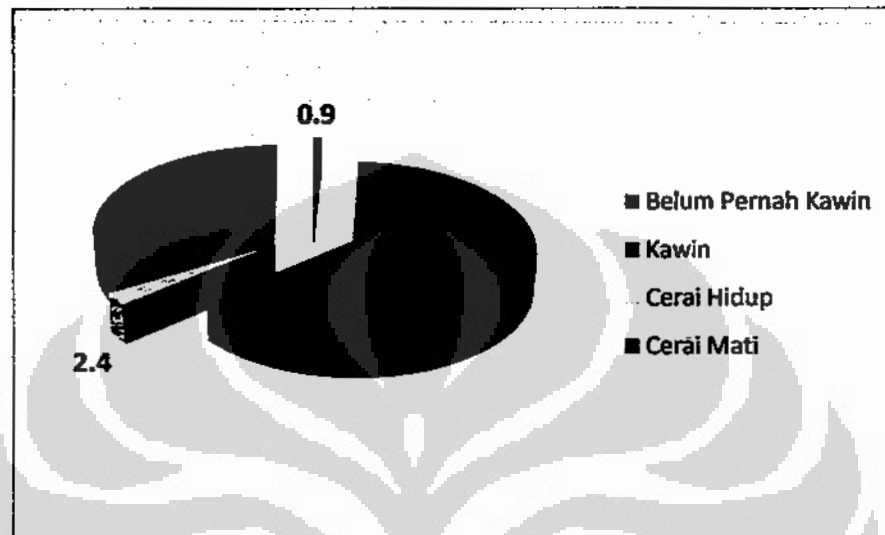
Sumber: Diolah dari data Susenas dan Riskedas 2007

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, penduduk Indonesia yang saat ini telah memasuki usia lanjut tumbuh dan besar dalam situasi politik, sosial dan ekonomi yang tidak sebaik kondisi saat ini. Kondisi sosial ekonomi yang buruk menyebabkan keluarga tidak mampu membiayai pendidikan bagi kesemua anak yang dimilikinya. Akibatnya, rumah tangga harus menentukan prioritas pendidikan. Dalam hal ini, laki-laki cenderung lebih diutamakan dibandingkan perempuan mengingat budaya yang berlaku di masyarakat Indonesia dimana laki-laki nantinya akan memikul tanggung jawab sebagai kepala rumah tangga. Untuk itu, pendidikan bagi laki-laki lebih diutamakan dengan tujuan agar mereka kelak dapat memperoleh pekerjaan yang baik dan mampu menafkahi keluarganya. Sementara perempuan lebih dominan berperan sebagai pengurus rumah tangga yang tidak terlalu dituntut untuk bekerja.

3. Status Perkawinan

Menurut status perkawinan, sebagian besar penduduk lanjut usia di Indonesia masih berstatus kawin (62,9%) dan hanya 37,1% yang berstatus tidak

kawin (belum pernah kawin, cerai hidup dan cerai mati). Perincian lebih jauh mengenai status perkawinan penduduk lanjut usia di Indonesia saat ini dapat dilihat pada Gambar 4.3. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Dewi (1997), Sirait dan Riyadina (1999) serta Ariati (2001).



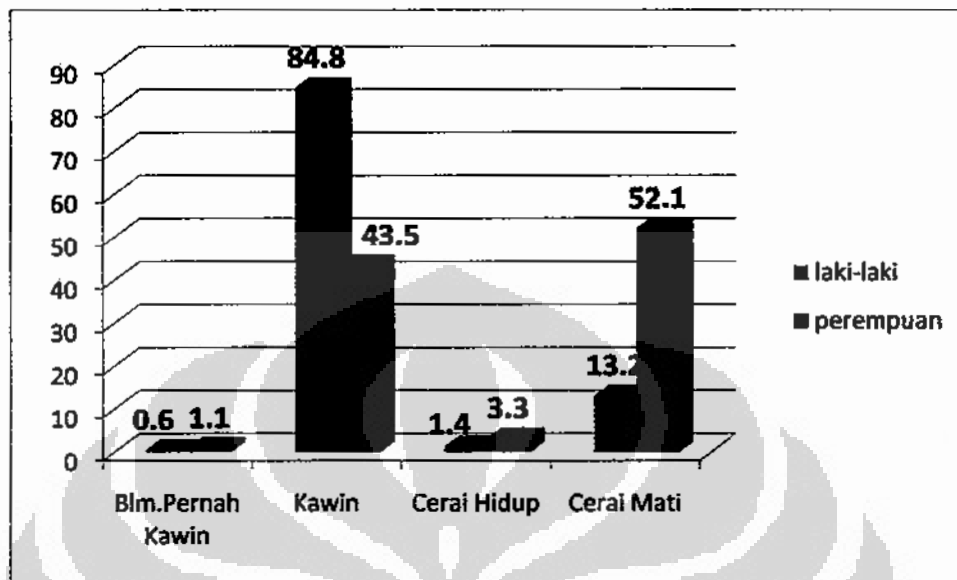
Gambar 4.3 Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Status Perkawinan

Sumber: Diolah dari data Susenas dan Riskesdas 2007

Masih dominannya penduduk lanjut usia yang berstatus kawin merupakan suatu fenomena positif. Keberadaan pasangan hidup dapat memberikan dukungan sosial yang besar dalam kehidupan penduduk lanjut usia. Pasangan hidup umumnya merupakan perawat utama bagi penduduk lanjut usia dalam kehidupan sehari-hari mereka. Dengan adanya pasangan, umumnya individu menjalani hidup yang lebih teratur. Pasangan hidup juga menjadi teman berbagi suka dan duka, yang dapat memberikan kebahagiaan lahir dan batin. Dengan masih dominannya proporsi penduduk lanjut usia yang berstatus kawin ini, diharapkan derajat kesehatan mereka juga akan baik.

Gambar 4.4 berikut ini menggambarkan status perkawinan penduduk lanjut usia di Indonesia ditinjau berdasarkan jenis kelamin. Dari gambar tersebut terlihat bahwa mayoritas penduduk lanjut usia laki-laki (84,8%) di Indonesia

berstatus kawin, sedangkan mayoritas penduduk lanjut usia perempuan (52,1%) di Indonesia berstatus cerai mati.



Gambar 4.4 Status Perkawinan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Jenis Kelamin (%)

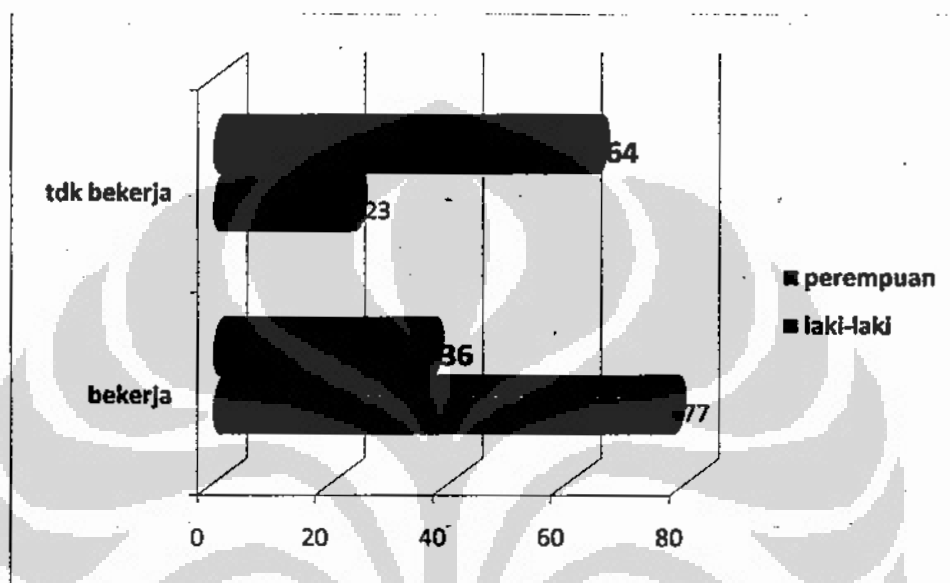
Sumber: Diolah dari data Susenas dan Riskesdas 2007

Hasil tersebut menunjukkan banyaknya penduduk lanjut usia perempuan di Indonesia yang berstatus janda. Menurut Yusuf (2007), perempuan cenderung hidup lebih lama dan menjadi janda karena cerai mati. Sementara itu, besarnya proporsi penduduk lanjut usia laki-laki yang berstatus kawin menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia laki-laki memang tidak tahan untuk hidup sendiri. Di Indonesia, ditemukan kecenderungan bahwa laki-laki yang bercerai akan lebih cepat kawin lagi dibandingkan dengan perempuan. Penduduk lanjut usia perempuan kebanyakan memilih hidup sendiri setelah menjadi janda cerai mati, terutama pada penduduk lanjut usia 65 tahun keatas.

4. Status Bekerja

Sementara itu, jika ditinjau dari status bekerja, sebanyak 55,2% penduduk lanjut usia di Indonesia masih bekerja, sedangkan 44,8% lainnya tidak bekerja (lihat Tabel 4.1!). Jika status bekerja ini ditinjau menurut jenis kelamin, aktivitas

bekerja umumnya dijalani oleh penduduk lanjut usia laki-laki. Sementara itu, sebagian besar penduduk lanjut usia perempuan berstatus tidak bekerja (Gambar 4.5). Penduduk lanjut usia laki-laki di Indonesia masih bekerja dan hal ini terkait dengan peran laki-laki sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah utama dalam keluarga yang mengharuskannya untuk tetap bekerja.



Gambar 4.5 Status Bekerja Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Jenis Kelamin (%)

Sumber: Diolah dari data Susenas dan Riskesdas 2007

Bekerja dapat memiliki arti dan peranan yang berbeda-beda bagi setiap individu. Bekerja bagi sementara orang dapat berfungsi sebagai suatu kesenangan dan sarana memuaskan kebutuhan akan aktualisasi diri, sementara bagi sebagian yang lain menjadi suatu keharusan dalam rangka mencukupi kebutuhan hidupnya.

Penduduk lanjut usia di Indonesia pada umumnya masih bekerja. Ada kemungkinan bahwa hal ini disebabkan karena bekerja bagi mereka selain berfungsi sebagai sarana untuk memenuhi kebutuhan hidup, juga berfungsi sebagai sarana bersosialisasi dengan masyarakat serta penghilang rasa sepi dan stress. Dengan aktivitas bekerja, fisik dan pikiran tetap aktif sehingga mereka tetap merasa berguna bagi diri sendiri maupun orang lain meskipun telah memasuki usia lanjut.

Kemungkinan lain terkait hasil ini adalah bahwa penduduk lanjut usia ini bekerja karena memang mereka harus melakukannya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Sebagai fakta yang harus diperhatikan, menurut data Susenas dan Riskesdas 2007, sebanyak 58,5% penduduk lanjut usia berstatus kepala rumah tangga. Artinya, mayoritas penduduk lanjut usia di Indonesia masih harus memikul tanggung jawab sebagai kepala rumah tangga yang berkewajiban memenuhi kebutuhan hidup rumah tangganya. Hal inilah yang mendorong mereka tetap bekerja meskipun telah memasuki usia lanjut.

Hal ini dikuatkan oleh Rahardjo et al. (2009:274-275), bahwa penduduk lanjut usia di Indonesia hingga saat ini belum dapat mengandalkan tabungan dan jaminan sosial (pensiun) untuk mencukupi kebutuhan hidupnya di masa tua. Di sisi lain, mereka pun tidak dapat sepenuhnya mengandalkan bantuan dari orang lain seperti anak atau sanak famili lainnya dalam memenuhi kebutuhan hidup mereka. Jadi, tetap bertahan di pasar kerja hingga usia lanjut merupakan fenomena yang umum terjadi di negara berkembang seperti Indonesia.

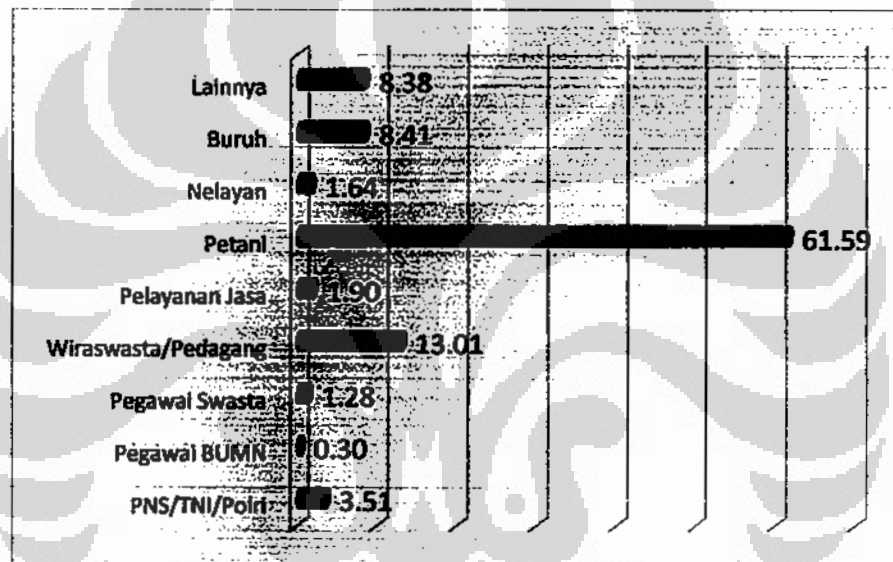
5. Kondisi/Tingkat Ekonomi

Berdasarkan pengeluaran perkapita perbulan yang merupakan proksi dari kondisi/tingkat ekonomi, terlihat bahwa sebagian besar penduduk lanjut usia di Indonesia memiliki pengeluaran perkapita perbulan yang tergolong rendah (lihat kembali Tabel 4.1!). Hal ini mencerminkan bahwa mayoritas penduduk lanjut usia di Indonesia hidup dengan kondisi ekonomi yang buruk. Kondisi ini dapat mencerminkan tingkat pendapatan penduduk lanjut usia di Indonesia yang tergolong rendah.

Jika ditinjau dari status bekerja dan dikaitkan dengan tingkat ekonominya, terdapat indikasi yang kuat bahwa mayoritas penduduk lanjut usia di Indonesia masih berada di pasar kerja karena memang mereka harus bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Di satu sisi, mereka tidak dapat mengandalkan tabungan atau pensiun untuk memenuhi kebutuhan hidupnya, sementara di sisi lain mereka pun tidak dapat mengandalkan sepenuhnya bantuan dari anak atau kerabat dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Maka, tetap bekerja meskipun telah berusia lanjut merupakan satu-satunya pilihan bagi mereka.

6. Daerah Tempat Tinggal

Dalam penelitian ini, diperoleh hasil bahwa mayoritas penduduk lanjut usia di Indonesia (67,3%) hidup di pedesaan. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewi (1997), Rustika (1997), Sirait dan Riyadina (1999) serta Ariati (2001). Berdasarkan penelitian Dewi (1997), diketahui bahwa penduduk lanjut usia di Indonesia umumnya tinggal di pedesaan dan bekerja di sektor pertanian. Data Susenas dan Riskesdas 2007 juga menunjukkan bahwa mayoritas penduduk lanjut usia di Indonesia bekerja sebagai petani dan mengandalkan pekerjaan ini sebagai pekerjaan utama mereka (Gambar 4.6).



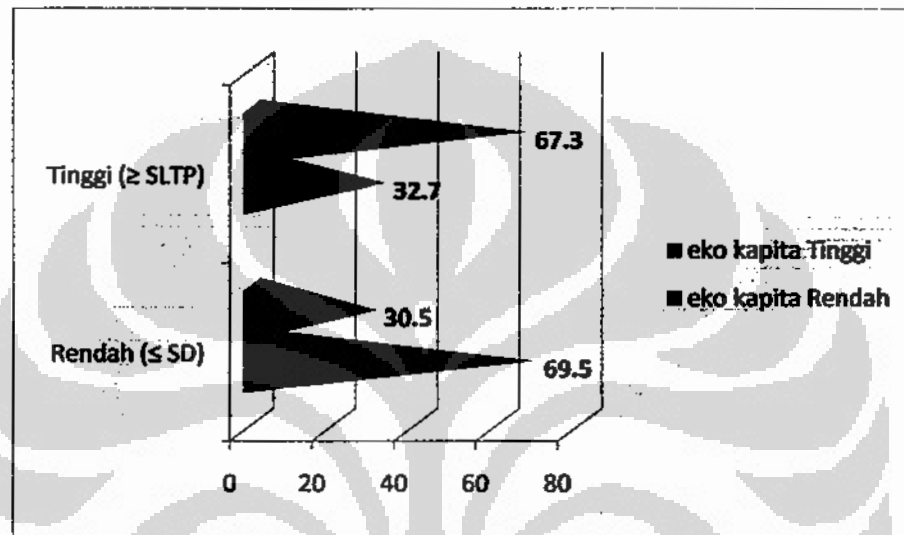
Gambar 4.6 Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Pekerjaan Utama

Sumber: Diolah dari Data Susenas dan Riskesdas 2007

Daerah pedesaan hingga saat ini masih identik dengan sektor pertanian. Sektor ini banyak menyerap tenaga kerja lanjut usia karena tidak mensyaratkan pendidikan dan keterampilan yang tinggi. Kualifikasi seperti inilah yang sesuai dengan kualitas penduduk lanjut usia Indonesia saat ini, sehingga sektor inilah yang akhirnya banyak dimasuki oleh penduduk lanjut usia di Indonesia. Namun demikian, sektor ini tidak menawarkan upah yang tinggi. Hal inilah yang

menjelaskan mengapa penduduk lanjut usia tetap hidup dengan tingkat ekonomi rendah meskipun berstatus bekerja (lihat kembali Tabel 4.1!) .

Rendahnya tingkat ekonomi penduduk lanjut usia di Indonesia ini terkait pula dengan tingkat pendidikan mereka yang rata-rata juga rendah (Gambar 4.7). Rendahnya tingkat pendidikan membuat mereka tidak mampu memasuki pasar kerja dengan tingkat upah yang lebih tinggi.



Gambar 4.7 Rata-rata Pengeluaran Perkapita Perbulan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Tingkat Pendidikan (%)

Sumber : Diolah dari Data Susenas dan Riskesdas 2007

Selain itu, sebagaimana disebutkan oleh Ananta & Arifin (2009:21), seiring dengan meningkatnya umur, muncul kesulitan-kesulitan yang harus dihadapi oleh penduduk lanjut usia di pasar kerja seperti kekakuan (*rigidity*) di pasar kerja, skill yang tidak lagi sesuai dan dibutuhkan oleh pasar kerja, menurunnya kondisi kesehatan, diskriminasi terhadap penduduk lanjut usia serta norma-norma tentang penduduk lanjut usia yang bekerja. Hal ini menambah kesulitan dan memperburuk kondisi ekonomi bagi penduduk lanjut usia yang masih harus bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup rumah tangganya.

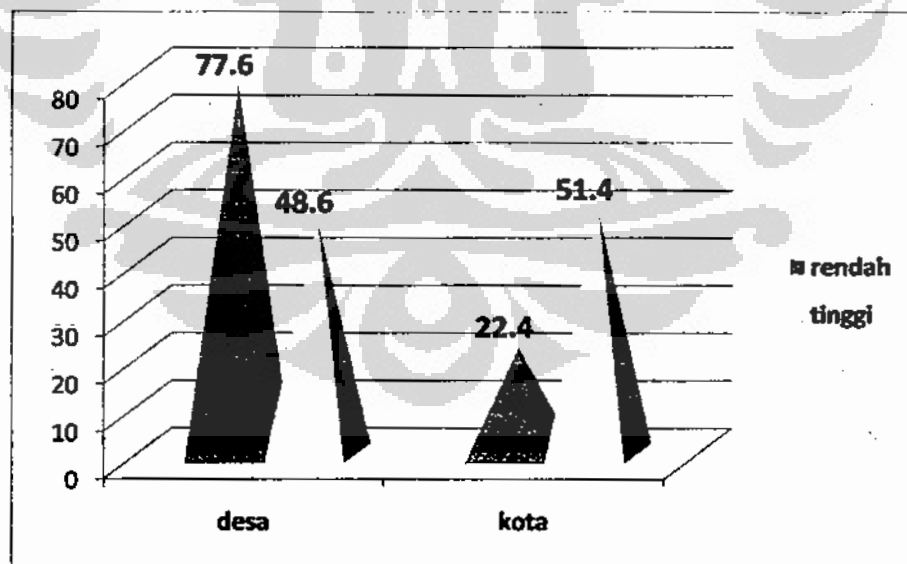
Berbagai kondisi yang ada ini menunjukkan bahwa tingkat kesejahteraan penduduk lanjut usia di Indonesia masih sangat memprihatinkan apabila ditinjau

dari sudut pandang ekonomi. Hal ini ditandai dengan banyaknya mereka yang berpendidikan rendah, masih harus bekerja di usia senja dan rendahnya tingkat ekonomi.

Dalam Ananta & Arifin (2009:25), Rahardjo et al. menunjukkan bahwa Indonesia merupakan contoh negara dimana penduduknya menua sebelum menjadi kaya (*becomes old before becoming rich*). Kondisi ini diperparah dengan keadaan dimana alokasi dana perawatan bagi lanjut usia di Indonesia yang tidak mencukupi dan tidak tepat sasaran, serta terbatasnya lapangan kerja yang dapat dimasuki oleh penduduk lanjut usia di Indonesia.

7. Interaksi Kondisi/Tingkat Ekonomi dan Daerah Tempat Tinggal

Apabila variabel pengeluaran perkapita perbulan dan daerah tempat tinggal diinteraksikan, diperoleh hasil sebagaimana tersaji dalam Gambar 4.8. Dari gambar tersebut terlihat bahwa persentase penduduk lanjut usia dengan pengeluaran perkapita perbulan rendah lebih besar di pedesaan dibandingkan perkotaan. Sementara itu, persentase penduduk lanjut usia dengan pengeluaran perkapita perbulan tinggi lebih besar di perkotaan dibandingkan pedesaan.



Gambar 4.8 Rata-rata Pengeluaran Perkapita Perbulan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Daerah Tempat Tinggal (%)

Sumber : Diolah dari Data Susenas dan Riskesdas 2007

Hasil tersebut menunjukkan bahwa tingkat ekonomi penduduk lanjut usia yang tinggal di pedesaan lebih rendah dibandingkan dengan penduduk lanjut usia yang tinggal di perkotaan. Dalam hal ini, tingkat pengeluaran perkapita perbulan penduduk lanjut usia di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan. Hal ini dapat mengindikasikan tingkat konsumsi yang lebih tinggi dari penduduk lanjut usia di perkotaan dibandingkan di pedesaan.

8. Pengaturan Tempat Tinggal (*Living Arrangement*)

Ditinjau dari aspek pengaturan tempat tinggal (*living arrangement*), sebanyak 7,8% penduduk lanjut usia tinggal seorang diri, sedangkan sebagian besar diantara mereka (92,2%) tinggal bersama-sama dengan ART lainnya seperti pasangan (suami/istri), anak, cucu dan lain-lain (lihat kembali Tabel 4.1!). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Ariati (2001) berdasarkan data Susenas 1999 yang menyatakan bahwa walaupun sistem kekerabatan di Indonesia diduga masih erat, terdapat sebanyak 7,9% penduduk lanjut usia memutuskan hidup sendiri.

Berdasarkan penjelasan di atas, persentase penduduk lanjut usia yang tinggal sendiri tidak begitu banyak mengalami perubahan dari tahun ke tahun. Hal ini mencerminkan masih eratnya kekerabatan masyarakat di Indonesia. Penduduk lanjut usia yang tidak lagi memiliki pasangan hidup karena mungkin telah meninggal dunia tetap tinggal bersama keluarga yang tersisa seperti anak, cucu dan lain-lain. Pilihan untuk hidup sendiri atau bersama-sama dengan ART lainnya bagi penduduk lanjut usia pada dasarnya tergantung pada kondisi, kebutuhan dan keinginan mereka sendiri. Mereka yang memutuskan untuk hidup sendiri umumnya merasa mampu untuk hidup mandiri.

4.2 Gambaran Perilaku Kesehatan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia

Tabel 4.3 berikut menyajikan distribusi persentase penduduk lanjut usia di Indonesia menurut beberapa perilaku kesehatan. Beberapa perilaku kesehatan yang diteliti di sini adalah aktivitas fisik ringan dan konsumsi sayur-sayuran serta buah-buahan.

Tabel 4.3 Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Beberapa Perilaku Kesehatan, Susenas & Riskesdas 2007

Perilaku Kesehatan	Persentase
[1]	[2]
1 Aktivitas Fisik Ringan	
1) Ya	46.1
2) Tidak	53.9
2 Konsumsi Sayur-sayuran	
1) Mengkonsumsi 7 hari/minggu (setiap hari)	43.2
2) Mengkonsumsi < 7 hari/minggu (tidak setiap hari)	56.8
3 Konsumsi Buah-buahan	
1) Mengkonsumsi 7 hari/minggu (setiap hari)	8.2
2) Mengkonsumsi < 7 hari/minggu (tidak setiap hari)	91.8

Aktivitas fisik merupakan salah satu perilaku kesehatan yang penting bagi penduduk lanjut usia. Aktivitas fisik yang sifatnya ringan seperti berjalan kaki atau menggunakan sepeda kayuh yang dilakukan secara terus-menerus paling tidak selama 10 menit setiap kalinya, sangat bermanfaat untuk menjaga kebugaran tubuh penduduk lanjut usia.

Pada usia lanjut terjadi penurunan massa otot serta kekuatannya, laju denyut jantung maksimal, toleransi latihan, kapasitas erobik dan terjadinya peningkatan lemak tubuh. Bukti-bukti yang ada menunjukkan bahwa latihan dan olahraga pada lanjut usia dapat mencegah dan memperlambat kehilangan kapasitas fungsional tersebut, bahkan latihan yang teratur dapat memperbaiki morbiditas dan mortalitas yang diakibatkan oleh penyakit kardiovaskuler (Martono & Darmojo, 2006).

Menurut Tabel 4.3, sebanyak 46,1% penduduk lanjut usia di Indonesia terbiasa melakukan aktivitas fisik ringan ini, sedangkan 53,9% lainnya tidak memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan tersebut. Berdasarkan hasil ini, dapat dikatakan bahwa kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan yang juga merupakan salah satu bentuk olahraga ini belum membudaya di kalangan penduduk lanjut usia di Indonesia.

Selain aktivitas fisik ringan, konsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan juga sangat bermanfaat bagi penduduk lanjut usia untuk menjaga kesehatan tubuhnya. Sayur-sayuran dan buah-buahan merupakan sumber serat, vitamin serta antioksidan yang diperlukan tubuh untuk meregenerasi sel-selnya yang rusak. Pengaruh dari tergantinya sel-sel tubuh yang rusak ini adalah semakin sehatnya tubuh serta tertahannya proses penuaan. Konsumsi serat yang cukup juga sangat bermanfaat dalam menurunkan kadar kolesterol dalam darah serta menjaga kesehatan alat-alat pencernaan (Khomsan, 2004a). Idealnya, baik sayur-sayuran maupun buah-buahan menjadi bagian dari menu makanan yang dikonsumsi setiap hari oleh setiap anggota keluarga.

Pada Tabel 4.3 tampak bahwa proporsi penduduk lanjut usia yang mengaku terbiasa mengkonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak memiliki kebiasaan mengkonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari. Sebanyak 43,2% penduduk lanjut usia di Indonesia mengaku biasa mengkonsumsi sayur-sayuran setiap hari. Sisanya sebanyak 56,8% mengaku mengkonsumsi sayur-sayuran namun kurang dari 7 hari dalam seminggu, atau dengan kata lain tidak mengkonsumsinya setiap hari. Berdasarkan data ini, dapat dikatakan bahwa sebagian besar penduduk lanjut usia di Indonesia belum terbiasa mengkonsumsi sayur-sayuran setiap hari.

Untuk perilaku konsumsi buah-buahan, terlihat bahwa hanya sebanyak 8,2% penduduk lanjut usia yang mengaku terbiasa mengkonsumsi buah-buahan setiap hari. Sementara itu, sebagian besar penduduk lanjut usia di Indonesia (91,8%) tidak memiliki kebiasaan mengkonsumsi buah-buahan setiap hari.

Hasil ini menunjukkan bahwa kebiasaan mengkonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari secara umum belum membudaya di kalangan masyarakat lanjut usia di Indonesia. Jika dibandingkan antara konsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan, maka buah-buahan dapat dikatakan lebih jarang dikonsumsi oleh penduduk lanjut usia di Indonesia dibandingkan sayur-sayuran. Tingkat konsumsi sayur-sayuran lebih tinggi dibandingkan buah-buahan.

Tabel 4.4 berikut menyajikan distribusi persentase perilaku kesehatan dari penduduk lanjut usia di Indonesia menurut karakteristik sosio-demografi dan daerah tempat tinggalnya. Persentase penduduk lanjut usia perempuan yang tidak

memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan lebih besar dibandingkan pada penduduk lanjut usia laki-laki, walaupun perbedaan persentasenya hanya 0,5%. Penduduk lanjut usia laki-laki memiliki aktivitas yang lebih banyak dibandingkan perempuan. Hal ini kemungkinan terkait dengan aktivitas bekerja yang pada umumnya dijalani oleh penduduk lanjut usia laki-laki (perhatikan kembali Gambar 4.5).

Tabel 4.4 Perilaku Kesehatan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Karakteristik Sosio-Demografi & Daerah Tempat Tinggal (%), Susenas & Riskesdas 2007

Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal	Perilaku Kesehatan					
	Akt.Fisik Ringan		Kebiasaan Makan Sayur-sayuran		Kebiasaan Makan Buah-buahan	
	Ya	Tidak	7 Hr/ Mgg	<7 Hr/ Mgg	7 Hr/ Mgg	<7 Hr/ Mgg
	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]
1 Jenis Kelamin						
1) Laki-laki	43.5	56.5	54.1	45.9	8.1	91.9
2) Perempuan	43.0	57.0	39.0	61.0	8.3	91.7
2 Tingkat Pendidikan						
1) SD Ke bawah	45.6	54.4	41.6	58.4	6.1	93.9
2) SLTP Ke atas	48.9	51.1	53.2	46.8	21.3	78.7
3 Status Perkawinan						
1) Tidak Kawin	36.4	63.6	40.7	59.3	7.5	92.5
2) Kawin	51.8	48.2	44.7	55.3	8.6	91.4
4 Status Bekerja						
1) Bekerja	57.2	42.8	44.1	55.9	7.9	92.1
2) Tidak Bekerja	32.3	67.7	42.1	57.9	8.6	91.4
5 Pglrn. perkapita/bulan						
1) Rendah (< rata-rata)	46.9	53.1	41.3	58.7	4.9	95.1
2) Tinggi (\geq rata-rata)	44.6	55.4	46.8	53.2	14.3	85.7
6 Pengaturan TT						
1) Tinggal Sendiri	42.3	57.7	32.7	67.3	6.8	93.2
2) Bersama ART lainnya	46.4	53.6	44.1	55.9	8.4	91.6
7 Daerah Tempat Tinggal						
1) Pedesaan	47.7	52.3	38.9	61.1	4.7	95.3
2) Perkotaan	42.8	57.2	52.1	47.9	15.4	84.6

Menurut tingkat pendidikan, status perkawinan, status bekerja dan pengaturan tempat tinggal, persentase penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan ditemukan lebih besar pada mereka yang berpendidikan rendah, berstatus tidak kawin, tidak bekerja dan tinggal sendiri. Tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi tingkat kesadaran penduduk lanjut usia akan peran penting dan manfaat aktivitas fisik bagi kesehatan.

Ditinjau dari tingkat pengeluaran perkapita perbulan, persentase penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan ditemukan lebih besar pada penduduk lanjut usia dengan tingkat pengeluaran perkapita tinggi jika dibandingkan dengan penduduk lanjut usia dengan tingkat pengeluaran perkapita rendah. Di sini terlihat bahwa penduduk dengan tingkat ekonomi tinggi cenderung kurang aktif dibandingkan penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah.

Hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh tingkat ekonomi mereka yang tinggi sehingga mampu mencukupi kebutuhan hidup dan tidak perlu bekerja. Penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi juga dimungkinkan untuk tidak banyak mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang memerlukan aktivitas fisik karena mereka mampu membayar pembantu untuk melakukan segala aktivitas tersebut. Berbagai sarana untuk memudahkan mobilitas penduduk lanjut usia seperti mobil, lift, kursi roda dan sebagainya dengan mudah dapat diperoleh dengan tingkat ekonomi yang tinggi sehingga aktivitas fisik menjadi kurang. Hal sebaliknya terjadi pada penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah.

Sementara itu, menurut daerah tempat tinggal, persentase penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan lebih besar ditemukan di perkotaan daripada di pedesaan. Aktivitas penduduk lanjut usia di perkotaan ternyata lebih rendah dibandingkan di pedesaan. Di pedesaan, sarana transportasi cenderung kurang jika dibandingkan dengan perkotaan. Penduduk lanjut usia di pedesaan dituntut lebih banyak melakukan aktivitas fisik dalam mobilitasnya. Di perkotaan, pilihan sarana transportasi begitu beragam sehingga lebih memudahkan penduduk perkotaan dalam mobilitasnya. Hal ini berdampak pada kurangnya aktivitas fisik penduduk di perkotaan.

Persentase penduduk lanjut usia yang tidak terbiasa mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari ditemukan lebih besar pada penduduk lanjut usia perempuan, berpendidikan rendah, tidak kawin, tidak bekerja, tingkat ekonomi rendah, tinggal sendiri dan tinggal di pedesaan. Persentase penduduk lanjut usia yang tidak terbiasa mengonsumsi buah-buahan setiap hari ditemukan lebih besar pada penduduk lanjut usia laki-laki, berpendidikan rendah, tidak kawin, bekerja, tingkat ekonomi rendah, tinggal sendiri dan tinggal di pedesaan.

Tabel 4.5 menyajikan gambaran perilaku kesehatan penduduk lanjut usia menurut daerah tempat tinggal dan pengeluaran perkapita perbulan. Secara umum, persentase penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan ditemukan lebih besar pada penduduk lanjut usia di perkotaan dibandingkan pedesaan. Persentase penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan ditemukan paling kecil pada penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah di pedesaan. Ini menunjukkan bahwa kelompok ini merupakan kelompok yang paling aktif diantara kelompok-kelompok lainnya.

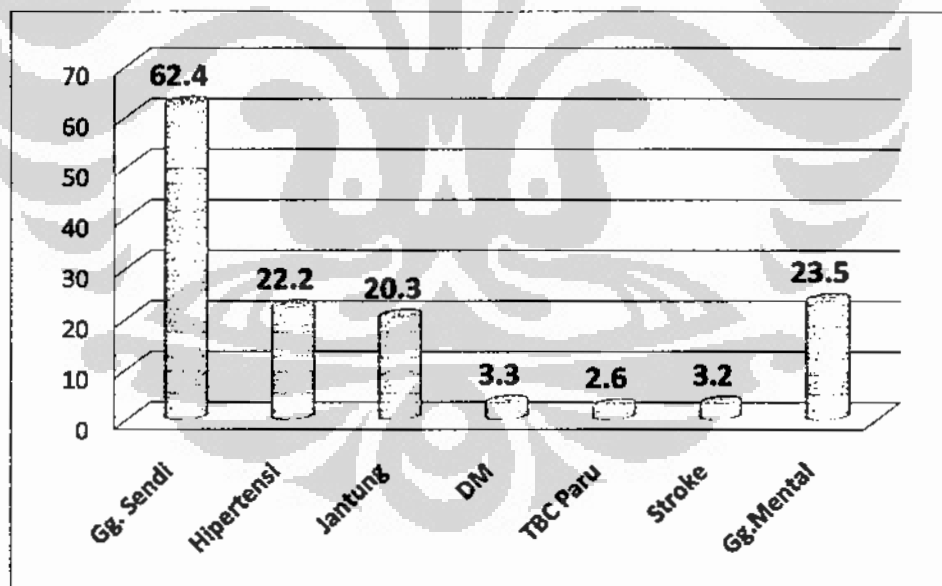
Tabel 4.5 Perilaku Kesehatan Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Daerah Tempat Tinggal & Pengeluaran Perkapita/Bulan (%), Susenas & Riskedas 2007

Daerah Tmp. Tinggal* Pgim. Perkapita/bln	Perilaku Kesehatan					
	Akt.Fisik Ringan		Kebiasaan Makan Sayur-sayuran		Kebiasaan Makan Buah-buahan	
	Ya	Tidak	7 Hr/ Mgg	<7 Hr/ Mgg	7 Hr/ Mgg	<7 Hr/ Mgg
	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]
1 Rendah	48.2	51.8	39.1	60.9	3.9	96.1
2 Tinggi	46.1	53.9	38.4	61.6	7.1	92.9
Total	47.7	52.3	38.9	61.1	4.7	95.3
1 Rendah	42.4	57.6	48.7	51.3	8.1	91.9
2 Tinggi	43.1	56.9	54.7	45.3	21.1	78.9
Total	42.8	57.2	52.1	47.9	15.4	84.6

Persentase penduduk lanjut usia yang tidak terbiasa mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari ditemukan paling besar pada penduduk lanjut dengan tingkat ekonomi tinggi di pedesaan. Persentase penduduk lanjut usia yang tidak terbiasa mengonsumsi buah-buahan setiap hari ditemukan paling besar pada penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah di pedesaan.

4.3 Gambaran Beberapa Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental yang Dialami oleh Penduduk Lanjut Usia di Indonesia

Penyakit-penyakit kronik/degeneratif serta gangguan mental merupakan penyakit/gangguan yang umum diderita oleh penduduk yang telah memasuki usia lanjut. Gambar 4.9 menyajikan prevalensi beberapa penyakit kronik/degeneratif dan gangguan mental yang diderita oleh penduduk lanjut usia di Indonesia. Penyakit/gangguan tersebut terdiri dari gangguan sendi, hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, tuberculosi paru-paru, stroke dan gangguan mental.



Gambar 4.9 Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental yang Dialami

Sumber: Hasil pengolahan data Susenas & Riskesdas 2007

Dari gambar tersebut terlihat bahwa gangguan sendi merupakan penyakit yang paling banyak diderita oleh penduduk lanjut usia di Indonesia (62,4%). Hal ini wajar, mengingat penuaan biasanya akan berdampak pada tubuh, termasuk persendian. Kepadatan tulang dan elastisitas sendi akan mengalami penurunan sehingga muncul berbagai gangguan sendi seperti rematik, osteoporosis dan sebagainya (Soenarto, 2006). Selain itu, gangguan mental, hipertensi dan penyakit jantung juga memiliki prevalensi yang cukup tinggi. Sementara itu, penyakit stroke, diabetes mellitus dan tuberculosis paru-paru prevalensinya tergolong kecil.

Berdasarkan hasil ini, maka gangguan sendi merupakan gangguan yang harus mendapat perhatian serius terutama berkaitan dengan upaya pencegahannya. Gangguan sendi bagi penduduk lanjut usia akan terkait dengan pergerakan dan mobilitasnya, dimana adanya gangguan ini berpotensi menimbulkan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (disabilitas). Agar tulang dan persendian tetap sehat hingga usia tua, perlu dilakukan upaya-upaya pencegahan jauh sebelum memasuki usia lanjut. Upaya-upaya pencegahan tersebut dapat dilakukan dengan mengkonsumsi makanan cukup kalsium dan berolahraga/melakukan aktivitas fisik secara teratur (Martono & Darmojo, 2006).

Hipertensi dan penyakit jantung prevalensinya cukup tinggi sehingga perlu diwaspadai faktor-faktor risiko dari penyakit-penyakit ini. Peluang mengalami hipertensi dan penyakit jantung dapat dikurangi dengan menerapkan pola makan sehat, yaitu dengan mengkonsumsi cukup serat serta menghindari konsumsi makanan dengan kadar natrium tinggi serta mengandung banyak kolesterol. Selain itu, olahraga/aktivitas fisik sangat berpengaruh terhadap kesehatan jantung dan pembuluh darah sehingga sangat baik untuk mencegah terjadinya penyakit jantung. Menurut beberapa penelitian, perilaku merokok sebaiknya dihindari karena perilaku ini dapat meningkatkan risiko terserang penyakit jantung serta penyakit-penyakit terkait pembuluh darah seperti hipertensi dan stroke (Khomsan, 2004b).

Gangguan mental pada penduduk lanjut usia dapat berupa kepikunan (demensia) dan depresi. Dalam penelitian ini gangguan mental diukur berdasarkan 20 pertanyaan meliputi berbagai aspek yang mengarah pada terganggunya

kesehatan mental. Tabel 4.6 berikut menyajikan persentase penduduk lanjut usia di Indonesia menurut aspek gangguan mental yang diderita.

Tabel 4.6 Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Beberapa Aspek Gangguan Mental yang Diderita, Susenas & Riskesdas 2007

Aspek Gangguan Mental	Persentase
[1]	[2]
1 Sering menderita sakit kepala	57.8
2 Tidak nafsu makan	27.9
3 Sulit tidur	38.1
4 Mudah takut	10.3
5 Merasa tegang, cemas atau kuatir	16.8
6 Tangan gemetar	20.0
7 Pencernaan terganggu/buruk	15.8
8 Sulit untuk berpikir jernih	13.5
9 Merasa tidak bahagia	7.7
10 Menangis lebih sering	6.0
11 Merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari	13.6
12 Sulit untuk mengambil keputusan	12.8
13 Pekerjaan sehari-hari terganggu	13.1
14 Tdk mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dlm hidup	8.1
15 Kehilangan minat pada berbagai hal	7.4
16 Merasa tidak berharga	5.2
17 Mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup	2.1
18 Merasa lelah sepanjang waktu	21.2
19 Mengalami rasa tidak enak di perut	23.6
20 Mudah lelah	46.0

Untuk menghindari gangguan mental, setiap individu hendaknya berusaha mengembangkan sikap positif dalam menjalani hidupnya. Aktivitas-aktivitas yang mengaktifkan otak seperti bekerja, membaca, mengerjakan hobi, aktif dalam berbagai kegiatan kemasyarakatan dan lain-lain dapat membantu mewujudkan mental yang sehat bagi lanjut usia. Berbagai aktivitas ini dapat mencegah kepikunan dan juga depresi di kalangan penduduk lanjut usia dimana melalui aktivitas-aktivitas tersebut mereka dapat berbagi dengan teman-teman seusia

mereka di kelompok-kelompok kegiatan tersebut. Selain itu, pemerintah perlu menyediakan pelayanan kesehatan mental yang memadai bagi lanjut usia.

Meskipun prevalensi diabetes mellitus, tuberculosis paru-paru dan stroke relatif tidak begitu besar, namun penyakit-penyakit ini tidak dapat dianggap remeh. Penyakit diabetes mellitus dalam tingkat berat dapat menyebabkan kecacatan anggota badan, yang pada akhirnya menimbulkan gangguan fungsional. Penderita tuberculosis paru-paru biasanya akan diasingkan oleh masyarakat karena penyakit ini merupakan penyakit menular yang berbahaya. Jika sudah begitu, penderita penyakit ini pasti akan mengalami disabilitas sosial yang serius. Sementara itu, stroke dapat menyebabkan kelumpuhan pada anggota badan sehingga menyebabkan disabilitas. Sebagaimana dikemukakan sebelumnya, memperbaiki perilaku terkait kesehatan merupakan langkah yang penting dalam upaya menghindari penyakit-penyakit ini.

Tabel 4.7 berikut memperlihatkan distribusi persentase beberapa penyakit kronik/degeneratif pada penduduk lanjut usia di Indonesia menurut status sosio-demografi dan daerah tempat tinggalnya. Dari tabel tersebut terlihat bahwa gangguan sendi, hipertensi, jantung dan gangguan mental lebih banyak diderita oleh penduduk lanjut usia perempuan dibandingkan laki-laki. Penyakit diabetes mellitus, TBC paru-paru dan stroke prevalensinya ditemukan lebih besar pada penduduk lanjut usia laki-laki dibandingkan perempuan.

Prevalensi gangguan sendi, jantung, TBC paru-paru dan gangguan mental ditemukan lebih tinggi pada penduduk lanjut usia dengan tingkat pendidikan rendah dibandingkan mereka yang memiliki tingkat pendidikan tinggi. Sementara itu, penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan stroke prevalensinya ditemukan lebih tinggi pada penduduk lanjut usia yang berpendidikan tinggi.

Penduduk lanjut usia yang berstatus tidak kawin ditemukan lebih banyak menderita penyakit kronik/degeneratif dibandingkan mereka yang berstatus kawin. Gangguan sendi, hipertensi, jantung, stroke dan gangguan mental lebih banyak menyerang penduduk lanjut usia yang berstatus tidak kawin. Penduduk lanjut usia yang tidak lagi memiliki pasangan umumnya mengalami penurunan derajat kesehatan dikarenakan hilangnya seseorang yang merawat dan menemani dalam menjalani kehidupannya sehari-hari. Kehilangan pasangan hidup, apakah

karena cerai mati ataupun cerai hidup dapat berdampak baik secara psikologis maupun fisik pada diri penduduk lanjut usia.

Tabel 4.7 Prevalensi Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental pada Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Karakteristik Sosio-Demografi & Daerah Tempat Tinggal (%), Susenas & Riskesdas 2007

Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal	Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental						
	Gg. Sendi	Hiper-tensi	Jantung	DM	TBC Paru	Stroke	Gg. Mental
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]
1 Jenis Kelamin							
1) Laki-laki	59.4	18.9	19.5	3.5	3.2	3.4	18.9
2) Perempuan	65.0	25.1	21.0	3.2	2.1	3.0	27.6
2 Tingkat Pendidikan							
1) SD Ke bawah	64.1	21.6	20.5	2.7	2.7	3.0	25.0
2) SLTP Ke atas	51.9	25.7	18.9	7.6	2.0	4.3	14.3
3 Status Perkawinan							
1) Tidak Kawin	65.1	25.2	21.4	3.0	2.4	3.4	29.6
2) Kawin	60.8	20.4	19.7	3.5	2.8	3.1	19.9
4 Status Bekerja							
1) Bekerja	60.7	18.4	18.8	3.0	2.7	2.1	17.6
2) Tidak Bekerja	64.5	26.9	22.2	3.7	2.6	4.5	30.7
5 Pglrn. Perkapita/bulan							
1) Rendah (< rata-rata)	63.6	19.8	20.5	2.2	2.9	2.8	24.9
2) Tinggi (\geq rata-rata)	60.2	26.5	19.9	5.3	2.2	3.8	21.0
6 Pengaturan TT							
1) Tinggal Sendiri	67.3	25.9	22.4	2.5	2.4	2.6	29.6
2) Bersama ART lainnya	62.0	21.9	20.1	3.4	2.7	3.2	23.0
7 Daerah Tempat Tinggal							
1) Pedesaan	64.6	20.4	21.2	2.1	3.0	2.8	24.8
2) Perkotaan	57.8	25.9	18.5	5.8	1.9	4.0	20.7

Ditinjau dari status bekerja, kelompok penduduk lanjut usia yang masih bekerja cenderung lebih sehat jika dibandingkan dengan mereka yang tidak lagi bekerja. Prevalensi gangguan sendi, hipertensi, jantung, diabetes mellitus, stroke dan gangguan mental lebih besar ditemukan pada penduduk lanjut usia yang

berstatus tidak bekerja dibandingkan mereka yang tidak bekerja. Hal ini dapat dipahami karena penyakit, apalagi yang bersifat kronik/degeneratif merupakan penyebab utama disabilitas dan menurunnya status kesehatan, yang menyebabkan gangguan dalam beraktivitas termasuk dalam hal ini aktivitas bekerja.

Ditinjau dari kondisi/tingkat ekonomi, persentase penderita gangguan sendi, jantung, TBC paru-paru dan gangguan mental lebih besar ditemukan pada penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah. Sementara penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan stroke prevalensinya ditemukan lebih tinggi ditemukan pada penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi. Sementara itu, penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan stroke lebih banyak ditemukan pada penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi.

Kecenderungan yang sama terlihat apabila ditinjau menurut daerah tempat tinggal. Gangguan sendi, jantung, TBC paru-paru dan gangguan mental lebih besar ditemukan pada penduduk lanjut usia yang tinggal di pedesaan, sementara hipertensi, diabetes mellitus dan stroke lebih banyak ditemukan pada penduduk lanjut usia yang tinggal di perkotaan.

Tabel 4.8 menyajikan prevalensi penyakit kronik/degeneratif pada penduduk lanjut usia di Indonesia ditinjau dari pengeluaran perkapita perbulan dan daerah tempat tinggal. Dari tabel tersebut terlihat bahwa prevalensi gangguan sendi secara umum paling tinggi pada penduduk lanjut usia di pedesaan. Penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan stroke prevalensinya ditemukan paling tinggi pada penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi di perkotaan. Sementara itu, penyakit jantung dan TBC Paru-paru prevalensinya ditemukan paling tinggi pada penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah di pedesaan. Gangguan mental menunjukkan prevalensi tertinggi pada penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah di pedesaan.

Tabel 4.8 Prevalensi Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental pada Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Daerah Tempat Tinggal & Pengeluaran Perkapita/Bulan (%), Susenas & Riskesdas 2007

Daerah Tmp. Tinggal* Pgln. Perkapita/bln	Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental							
	Gg. Sendi	Hiper-tensi	Jantung	DM	TBC Paru	Stroke	Gg. Mental	
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	
Desa	1 Rendah	64.6	18.9	21.2	1.9	3.1	2.7	25.4
	2 Tinggi	64.6	24.8	21.0	2.8	2.7	3.1	23.1
	Total	64.6	20.4	21.2	2.1	3.0	2.8	24.8
Kota	1 Rendah	60.2	23.0	18.0	3.5	2.2	3.3	23.0
	2 Tinggi	56.0	28.2	18.9	7.7	1.7	4.5	19.0
	Total	57.8	25.9	18.5	5.8	1.9	4.0	20.7

Menurut pengaturan tempat tinggal/*living arrangement*, gangguan sendi, hipertensi, jantung dan gangguan mental prevalensinya lebih tinggi pada penduduk lanjut usia yang memilih untuk tinggal sendiri, sedangkan penyakit diabetes mellitus, TBC paru-paru dan stroke prevalensinya lebih tinggi pada mereka yang tinggal bersama-sama dengan ART lainnya.

Tabel 4.9 di bawah ini menyajikan distribusi persentase beberapa penyakit kronik/degeneratif pada penduduk lanjut usia di Indonesia menurut perilaku kesehatannya. Berdasarkan tabel tersebut, terlihat bahwa prevalensi semua penyakit/gangguan yang diteliti dalam penelitian ini lebih tinggi ditemukan pada penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan, kecuali pada penyakit TBC paru-paru dimana prevalensinya sama antara penduduk lanjut usia dengan kebiasaan melakukan aktivitas fisik dengan mereka yang tidak memiliki kebiasaan tersebut.

Jika ditinjau berdasarkan kebiasaan dalam mengkonsumsi sayur-sayuran, terlihat bahwa prevalensi semua penyakit/gangguan yang diteliti dalam penelitian ini lebih tinggi pada penduduk lanjut usia yang tidak terbiasa mengkonsumsi

sayur-sayuran setiap hari, kecuali penyakit diabetes mellitus. Prevalensi diabetes mellitus ditemukan lebih tinggi pada penduduk lanjut usia dengan kebiasaan mengkonsumsi sayur-sayuran setiap hari. Di sini terlihat bahwa kebiasaan mengkonsumsi sayur-sayuran setiap hari memiliki peran dalam menaikkan derajat kesehatan terutama pada penduduk lanjut usia.

Tabel 4.9 Prevalensi Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental pada Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Perilaku Kesehatan (%), Susenas & Riskesdas 2007

Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal	Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental						
	Gg. Sendi	Hiper- tensi	Jantung	DM	TBC Paru	Stroke	Gg. Mental
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]
1 Aktivitas Fisik Ringan							
1) Ya	61.7	19.0	19.9	3.0	2.6	1.7	18.5
2) Tidak	63.0	24.9	20.7	3.6	2.6	4.4	27.8
2 Konsumsi Sayur-sayuran							
1) 7 hari/minggu	58.8	21.5	18.6	3.7	2.3	2.8	19.9
2) < 7 hari/minggu	65.1	22.7	21.6	3.1	2.9	3.5	26.2
3 Konsumsi Buah-buahan							
1) 7 hari/minggu	55.6	27.2	19.7	7.4	1.7	4.2	17.8
2) < 7 hari/minggu	63.0	21.7	20.4	3.0	2.7	3.1	24.0

Kebiasaan mengkonsumsi buah-buahan sesungguhnya juga merupakan kebiasaan yang menyehatkan. Dalam penelitian ini, prevalensi gangguan sendi, jantung, TBC paru-paru dan gangguan mental ditemukan lebih tinggi pada penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kebiasaan mengkonsumsi buah-buahan setiap hari. Sementara itu, prevalensi hipertensi, diabetes mellitus dan stroke ditemukan lebih tinggi pada mereka yang memiliki kebiasaan tersebut.

4.4 Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia

Tingkat disabilitas dalam penelitian ini diukur berdasarkan sembilan pertanyaan mengenai tingkat kesulitan dalam melakukan aktivitas individu dan

sosial sebagaimana telah dijelaskan dalam Bab 3. Tabel 4.10 berikut menyajikan distribusi persentase penduduk lanjut usia di Indonesia menurut tingkat kesulitan yang dirasakan dalam melakukan aktivitas individu dan sosial tersebut.

Tabel 4.10 Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Tingkat Kesulitan dalam Melakukan Sembilan Aktivitas Individu dan Sosial, Susenas & Riskedas 2007

Aktivitas Individu dan Sosial	Tingkat Kesulitan (%)				
	1	2	3	4	5
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
1 Memusatkan pikiran pada kegiatan/mengingat sesuatu dlm.10 menit	42.6	24.8	20.3	10.5	1.8
2 Membersihkan seluruh tubuh seperti mandi	71.4	15.6	8.2	3.2	1.6
3 Mengenakan pakaian	73.8	14.4	7.5	2.9	1.4
4 Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	60.7	17.4	12.2	6.6	3.1
5 Memahami pembicaraan orang lain	59.5	19.9	13.5	5.6	1.5
6 Berinteraksi/bergaul dengan orang yang belum dikenal sebelumnya	60.1	20.1	13.2	5.1	1.5
7 Memelihara persahabatan	64.2	18.6	12.1	3.8	1.3
8 Melakukan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya sebagai ART	59.1	18.1	12.6	6.8	3.4
9 Berperan serta dalam kegiatan kemasyarakatan (arisan, pengajian, dll)	58.2	17.3	12.2	7.3	5.0

Keterangan: 1. Tidak Ada 2. Ringan 3. Sedang 4. Sulit 5. Sangat Sulit

Dalam Gambar 4.10 dipaparkan tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia. Terlihat bahwa 70% penduduk lanjut usia di Indonesia mengalami disabilitas ringan, sebanyak 27,1% penduduk lanjut usia mengalami disabilitas sedang dan hanya 2,9% saja yang mengalami disabilitas tingkat berat. Hal ini berarti sebagian besar penduduk lanjut usia Indonesia tidak mengalami masalah disabilitas. Masalah disabilitas dialami oleh 30% penduduk lanjut usia dimana sebanyak 27,1% dikategorikan bermasalah (disabilitas sedang) dan 2,9% dikategorikan sangat bermasalah (disabilitas berat).



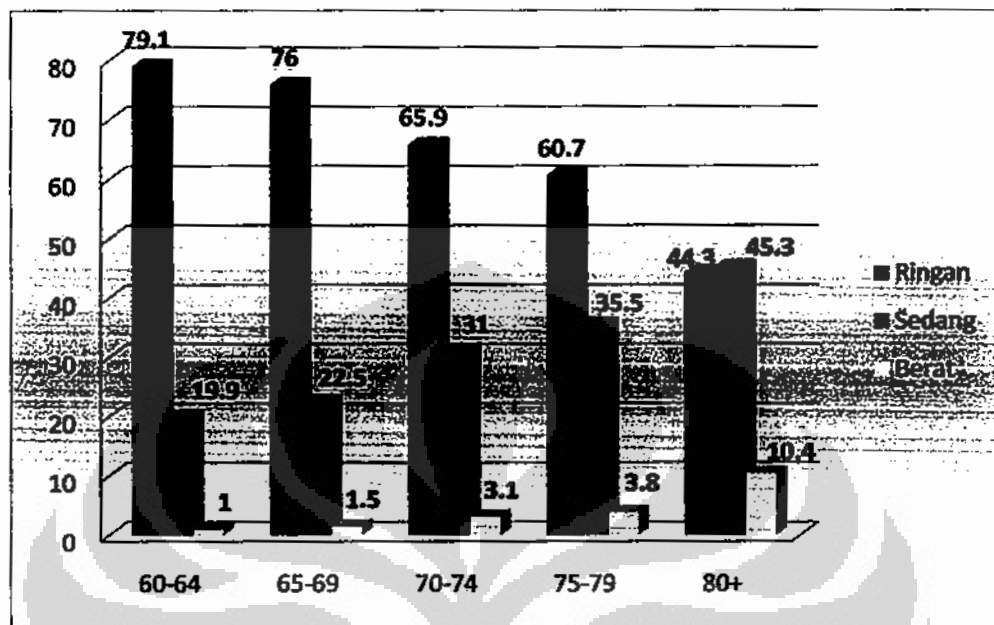
Gambar 4.10 Distribusi Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Tingkat Disabilitas

Sumber: Hasil Pengolahan Data Susenas & Riskesdas 2007

Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat kemandirian penduduk lanjut usia di Indonesia masih tergolong baik. Artinya, status kesehatan penduduk lanjut usia di Indonesia yang ditinjau berdasarkan tingkat disabilitas pada saat ini adalah baik. Hasil ini menguatkan apa yang dikemukakan oleh Rustika (1997) dalam tesisnya, bahwa sebagian besar penduduk lanjut usia di Indonesia memiliki kemampuan ADL Dasar yang baik, yang berarti status kemandiriannya dapat dikatakan baik. Namun demikian, tetap perlu diwaspadai terutama pada prevalensi tingkat disabilitas sedang yang mencapai 27,1%, agar tidak sampai berlanjut dan jatuh ke tingkat disabilitas berat. Perlu adanya upaya-upaya agar prevalensi penduduk lanjut usia mengalami disabilitas sedang dan berat dapat ditekan serendah mungkin.

Sementara itu, Gambar 4.11 berikut menyajikan persentase penduduk lanjut usia menurut tingkat disabilitas yang dialami dan kelompok umur. Dalam gambar tersebut terlihat bahwa dengan semakin meningkatnya umur individu, persentase penduduk lanjut usia mengalami disabilitas ringan semakin menurun, sedangkan persentase penduduk lanjut usia mengalami disabilitas sedang dan

berat semakin meningkat. Terlihat bahwa kenaikan persentase penduduk lanjut usia mengalami disabilitas berat begitu drastis pada usia 75 tahun.



Gambar 4.11 Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia (60+) di Indonesia Menurut Kelompok Umur

Sumber: Hasil Pengolahan Data Susenas & Riskesdas 2007

Hasil ini memberikan pemahaman bahwa memang penurunan kapasitas fungsional hampir dapat dipastikan akan terjadi seiring dengan bertambahnya umur seseorang. Namun demikian, yang harus menjadi pusat perhatian di sini adalah bagaimana agar penurunan kapasitas fungsional tersebut dapat diperlambat dan tidak berlangsung drastis. Perlu adanya usaha untuk memperpanjang usia harapan hidup sehat yaitu usia harapan hidup tanpa disertai disabilitas. Sebagaimana dikatakan oleh Darmojo (2006), "*Long life without continuous usefulness, productivity and good quality of life is not a blessing.*" Usia yang panjang tidaklah ada artinya bila tidak berguna dan memiliki kemandirian dalam jangka waktu panjang. Usia yang panjang bukanlah suatu berkah bila tidak disertai dengan kualitas hidup yang baik.

4.5 Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal

Tabel 4.11 menyajikan tabulasi silang antara tingkat disabilitas dan beberapa karakteristik sosio-demografi serta daerah tempat tinggal. Secara umum, persentase penduduk lanjut usia mengalami disabilitas ringan paling tinggi ditinjau dari semua variabel dan kategorinya, diikuti oleh disabilitas sedang kemudian berat. Ini mengindikasikan bahwa status kemandirian penduduk lanjut usia di Indonesia umumnya masih baik.

Ditinjau menurut jenis kelamin, persentase penduduk lanjut usia perempuan yang mengalami disabilitas sedang dan berat sedikit lebih tinggi dibandingkan penduduk lanjut usia laki-laki. Berdasarkan tingkat pendidikan, terlihat bahwa persentase penduduk lanjut usia dengan pendidikan SD kebawah yang mengalami disabilitas sedang dan berat lebih besar dibandingkan penduduk lanjut usia dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi (SLTP keatas).

Menurut status perkawinan, persentase penduduk lanjut usia berstatus tidak kawin yang mengalami disabilitas tingkat sedang lebih besar dibandingkan penduduk lanjut usia yang berstatus kawin. Hal yang sama terjadi pada tingkat disabilitas berat, dimana persentase penduduk lanjut usia berstatus tidak kawin yang mengalami disabilitas berat lebih besar dibandingkan mereka yang berstatus kawin.

Ditinjau menurut status bekerja, proporsi penduduk lanjut usia berstatus bekerja yang mengalami disabilitas sedang dan berat lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak bekerja. Menurut pengeluaran perkapita perbulan, persentase penduduk lanjut usia dengan pengeluaran perkapita perbulan rendah yang mengalami disabilitas sedang lebih besar dibandingkan mereka yang memiliki pengeluaran perkapita perbulan lebih tinggi. Demikian juga pada tingkat disabilitas berat, persentase penduduk lanjut usia yang mengalaminya lebih besar berasal dari kelompok pengeluaran perkapita rendah.

Tabel 4.11 Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal (%), Susenas & Riskesdas 2007

Karakteristik Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal	Tingkat Disabilitas			Total
	Ringan	Sedang	Berat	
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
1 Jenis Kelamin				
1) Laki-laki	73.6	24.2	2.2	100
2) Perempuan	66.9	29.7	3.4	100
2 Tingkat Pendidikan				
1) SD Ke bawah	68.2	28.7	3.1	100
2) SLTP Ke atas	81.1	17.4	1.5	100
3 Status Perkawinan				
1) Tidak Kawin	62.7	32.9	4.4	100
2) Kawin	74.4	23.7	1.9	100
4 Status Bekerja				
1) Bekerja	77.1	21.7	1.2	100
2) Tidak Bekerja	61.3	33.8	4.9	100
5 Pengeluaran perkapita perbulan				
1) Rendah (di bawah rata-rata)	67.5	29.4	3.1	100
2) Tinggi (\geq rata-rata)	74.6	23.1	2.3	100
6 Pengaturan TT/Living Arrangement				
1) Tinggal sendiri	66.0	31.0	3.0	100
2) Tinggal Bersama ART lainnya	70.4	26.8	2.8	100
7 Daerah Tempat Tinggal				
1) Pedesaan	67.6	29.3	3.1	100
2) Perkotaan	75.0	22.6	2.4	100

Menurut pengaturan tempat tinggal/living arrangement, persentase penduduk lanjut usia yang tinggal sendiri dan mengalami disabilitas sedang sedikit lebih besar dibandingkan mereka yang tinggal bersama dengan ART lainnya. Demikian juga pada disabilitas berat. Ditinjau dari daerah tempat tinggal, persentase penduduk lanjut usia bertempat tinggal di pedesaan yang mengalami disabilitas sedang lebih besar dibandingkan penduduk lanjut usia yang tinggal di perkotaan. Hal yang sama terjadi pada tingkat disabilitas berat dimana persentase penduduk lanjut usia pedesaan yang mengalaminya lebih besar dibandingkan mereka yang tinggal di perkotaan.

Tabel 4.12 menunjukkan gambaran tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia menurut daerah tempat tinggal dan pengeluaran perkapita perbulan. Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa disabilitas sedang dan berat paling banyak ditemui pada penduduk dengan tingkat ekonomi rendah di pedesaan. Penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi di perkotaan mengalami disabilitas dalam tingkatan paling ringan.

Tabel 4.12 Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Daerah Tempat Tinggal dan Pengeluaran Perkapita/Bulan (%), Susenas & Riskedas 2007

Daerah Tmp. Tinggal*	Pglrn. Perkapita/bln	Tingkat Disabilitas		
		Ringan	Sedang	Berat
	[1]	[2]	[3]	[4]
Desa	1 Rendah	66.4	30.3	3.3
	2 Tinggi	70.9	26.7	2.4
	Total	67.6	29.3	3.1
Kota	1 Rendah	71.1	26.4	2.5
	2 Tinggi	78.1	19.6	2.3
	Total	75.0	22.6	2.4

Hasil ini menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi yang semakin tinggi dan tinggal di lingkungan dengan fasilitas yang lengkap seperti di perkotaan cenderung tidak mengalami masalah berarti dalam kapasitas fungsionalnya. Sebaliknya, semakin miskin penduduk lanjut usia serta bertempat tinggal di lingkungan dimana fasilitas publik kurang, semakin besar kecenderungannya mengalami disabilitas dalam tingkatan yang semakin berat.

4.6 Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Perilaku Kesehatan

Pada Tabel 4.13, disajikan tabulasi silang antara tingkat disabilitas dengan perilaku kesehatan. Jika dibandingkan antara kelompok penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan dengan mereka yang tidak memiliki kebiasaan tersebut, terlihat bahwa persentase penduduk lanjut usia dengan kebiasaan beraktivitas fisik ringan yang mengalami disabilitas sedang lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan. Ini menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia dengan kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan cenderung lebih sehat dibandingkan mereka yang tidak memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan.

Tabel 4.13 Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Perilaku Kesehatan (%), Susenas & Riskesdas 2007

Perilaku Kesehatan	Tingkat Disabilitas			Total
	Ringan	Sedang	Berat	
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
1 Aktivitas Fisik Ringan				
1) Ya	79.9	19.5	0.6	100
2) Tidak	61.5	33.7	4.8	100
2 Konsumsi Sayur-sayuran				
1) Mengkonsumsi 7 hari/minggu	74.8	23.3	1.9	100
2) Mengkonsumsi < 7 hari/minggu	66.4	30.0	3.6	100
3 Konsumsi Buah-buahan				
1) Mengkonsumsi 7 hari/minggu	80.6	17.8	1.6	100
2) Mengkonsumsi < 7 hari/minggu	69.1	28.0	2.9	100

Ditinjau dari perilaku dalam mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan, persentase penduduk lanjut usia dengan kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari yang mengalami disabilitas sedang dan berat lebih kecil dibandingkan penduduk lanjut usia yang tidak setiap hari mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan. Berdasarkan hasil ini, terlihat adanya kecenderungan penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan

mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari akan lebih sehat dan terhindar dari disabilitas sedang maupun berat dibandingkan mereka yang tidak memiliki kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari.

4.7 Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Beberapa Penyakit Kronik/Degeneratif serta Gangguan Mental yang Dialami

Sebagaimana telah dikemukakan sebelumnya, keberadaan penyakit kronik/degeneratif merupakan faktor risiko utama dari disabilitas. Dalam Tabel 4.14 tersaji hasil tabulasi silang antara beberapa penyakit kronik/degeneratif yang diteliti dalam penelitian ini serta gangguan mental dengan tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia.

Berdasarkan tabel tersebut, secara umum terlihat bahwa persentase penduduk lanjut usia dengan penyakit tuberkulosis paru-paru, gangguan sendi, hipertensi, jantung, diabetes mellitus, gangguan mental maupun stroke yang mengalami disabilitas tingkat sedang dan berat lebih besar dibandingkan pada kelompok yang tidak mengalami penyakit-penyakit tersebut. Di sini terlihat adanya kecenderungan bahwa penduduk lanjut usia yang mengalami penyakit kronik/degeneratif akan mengalami gangguan dalam kapasitas fungsionalnya, atau dengan kata lain akan mengalami disabilitas.

Dalam tabel tersebut juga terlihat bahwa pada penyakit tuberkulosis paru-paru, gangguan mental dan stroke terdapat perbedaan persentase yang cukup mencolok pada tingkat disabilitas berat diantara penduduk lanjut usia yang mengalami penyakit-penyakit tersebut dengan yang tidak mengalaminya. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit tuberkulosis paru-paru, gangguan mental dan stroke merupakan penyakit-penyakit yang harus diwaspadai mengingat penyakit-penyakit ini dapat mengarah pada terjadinya disabilitas berat.

Tabel 4.14 Tingkat Disabilitas Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Menurut Penyakit Kronik/Degeneratif & Gangguan Mental yang Dialami (%), Susenas & Riskedas 2007

Penyakit Kronik/Degeneratif	Tingkat Disabilitas			Total
	Ringan	Sedang	Berat	
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
1 Gangguan Sendi				
1) Mengalami	67.4	29.6	3.0	100
2) Tidak Mengalami	74.4	23.0	2.6	100
2 Hipertensi				
1) Mengalami	64.6	31.0	4.4	100
2) Tidak Mengalami	71.6	26.0	2.4	100
3 Penyakit Jantung				
1) Mengalami	60.8	35.1	4.1	100
2) Tidak Mengalami	72.4	25.1	2.5	100
4 Diabetes Mellitus				
1) Mengalami	67.4	28.7	3.9	100
2) Tidak Mengalami	70.1	27.1	2.8	100
5 Tuberculosis Paru-paru				
1) Mengalami	53.8	40.2	6.0	100
2) Tidak Mengalami	70.5	26.7	2.8	100
6 Stroke				
1) Mengalami	38.2	42.3	19.5	100
2) Tidak Mengalami	71.1	26.6	2.30	100
7 Gangguan Mental				
1) Mengalami	43.8	46.9	9.3	100
2) Tidak Mengalami	78.0	21.1	0.9	100

Setiap penyakit berpotensi menyebabkan gangguan terhadap aktivitas setiap individu yang mengalaminya. Pada penduduk lanjut usia, pengaruh adanya penyakit pada dirinya terutama yang bersifat kronik/degeneratif akan semakin besar karena kondisi fisik mereka sendiri yang secara alami semakin melemah sehingga keberadaan penyakit akan semakin memperburuk kondisi kesehatannya. Oleh karena itu, masyarakat perlu mengenal berbagai penyakit kronik/degeneratif serta pencegahannya untuk menghindari munculnya penyakit-penyakit terutama yang bersifat kronik/degeneratif tersebut pada saat memasuki usia lanjut.

BAB 5 ANALISIS INFERENSIAL

Model multinomial logit digunakan dalam penelitian ini untuk menguji pengaruh variabel status sosio-demografi, lingkungan fisik yaitu daerah tempat tinggal, perilaku kesehatan serta penyakit kronik/degeneratif dan gangguan mental terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia.

5.1 Pengujian Keberartian Model dan Parameter dalam Model

Berikut adalah hasil pengolahan yang memberikan informasi mengenai keberartian model. Hasil pengolahan menunjukkan bahwa model yang terdiri dari seluruh variabel signifikan secara statistik pada tingkat kepercayaan 5%. Dengan demikian, model yang terbentuk dapat diterima dan dapat dianalisis lebih lanjut.

Tabel 5.1 Hasil Uji Keberartian Model secara Keseluruhan

Model	Model Fitting	Likelihood Ratio Test		
	Criteria	Chi-Square	df.	Sig.
Intercept Only	-2 Log Likelihood 39296.879			
Final	24149.777	15147.103	36	0.000

Selanjutnya, perlu diuji apakah masing-masing variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini secara statistik signifikan apabila dimasukkan ke dalam model. Untuk itu, digunakan *Likelihood Ratio Test* seperti terlihat dalam Tabel 5.1. Berdasarkan output tersebut, terlihat bahwa seluruh variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini memiliki nilai *p-value* $< 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel-variabel tersebut signifikan secara statistik di dalam model, kecuali variabel diabetes. Variabel ini memiliki nilai *p-value* 0,855 ($> 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel ini secara statistik tidak signifikan pada tingkat kepercayaan 5% untuk dimasukkan ke dalam model.

Berdasarkan pertimbangan statistik, variabel diabetes seharusnya tidak dimasukkan ke dalam model. Namun demikian, mengingat secara substansi variabel ini cukup penting sebagai prediktor terjadinya disabilitas pada penduduk lanjut usia, maka dalam penelitian ini variabel tersebut akan tetap dimasukkan ke dalam model.

Tabel 5.2 Hasil Uji Keberartian Parameter dalam Model

Effect	Model Fitting	Likelihood Ratio Test		
	Criteria -2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df.	Sig.
Intercept	24149.777	0.000	0	
jk	24258.880	109.103	2	0.000
pddkn	24243.517	93.74	2	0.000
status_kawin	24415.010	265.233	2	0.000
stat_kerja	24823.255	673.478	2	0.000
eko_kapita	24216.260	66.483	2	0.000
livingarr	24159.614	9.837	2	0.007
dt2	24277.023	127.246	2	0.000
ekon*dtt	24163.034	13.258	2	0.001
akt_fisik	26135.166	1985.389	2	0.000
sayur	24285.010	135.233	2	0.000
buah	24211.721	61.945	2	0.000
sendi	24212.519	62.743	2	0.000
hipertensi	24156.280	6.503	2	0.039
jantung	24210.518	60.741	2	0.000
diabetes	24150.089	0.312	2	0.855
tuberkulosis	24223.242	73.465	2	0.000
stroke	24959.664	809.887	2	0.000
mental	29383.452	5233.675	2	0.000

Adapun tidak signifikannya variabel diabetes ini kemungkinan disebabkan oleh kelemahan data yang digunakan dalam penelitian ini. Perlu diingat bahwa data penderita diabetes dikumpulkan berdasarkan pengalaman responden apakah pernah didiagnosa menderita penyakit ini oleh tenaga kesehatan serta pengakuan

responden apakah mengalami gejala-gejala dari penyakit ini. Metode pendataan ini mengandung kelemahan dimana responden mungkin tidak tahu pasti apakah ia menderita penyakit ini atau tidak. Dalam memaknai gejala yang dirasakan juga acapkali terdapat kesalahan dalam menginterpretasikan gejala yang dirasakan tersebut. Mengenai pengalaman diagnosa oleh tenaga kesehatan, responden bisa saja tidak ingat apakah ia pernah didiagnosa menderita penyakit ini atau tidak. Berbagai kelemahan dalam pengambilan data ini tentu berpengaruh terhadap keakuratan data yang dihasilkan.

Idealnya, penentuan apakah seseorang menderita/tidak penyakit diabetes mellitus ini perlu didukung oleh hasil pemeriksaan darah di laboratorium kesehatan. Apabila tidak didukung oleh hasil pemeriksaan darah di laboratorium kesehatan, terdapat kemungkinan terjadinya kesalahan dalam mengambil kesimpulan apakah seseorang menderita penyakit ini ataukah tidak. Namun demikian, untuk mencapai kondisi ideal tersebut di Indonesia masih terdapat banyak sekali kendala. Pendataan terkait keberadaan penyakit dalam tingkat nasional di Indonesia hingga saat ini masih terbatas ditinjau dari aspek subyektif (*illness*) si responden semata, belum seluruhnya dapat diperoleh berdasarkan aspek obyektif (*disease*), yaitu melalui pemeriksaan di laboratorium kesehatan.

Beberapa kendala yang dihadapi dalam pendataan morbiditas ini antara lain tidak tersedianya fasilitas laboratorium dan tenaga kesehatan terampil yang mampu melakukan pemeriksaan dengan benar secara merata di seluruh wilayah Indonesia. Di samping itu, kondisi geografis Indonesia yang sangat beragam bahkan di beberapa daerah aksesnya sangat terbatas sehingga seringkali menyulitkan pendataan.

Di masa depan, pemerintah terutama Departemen Kesehatan melalui Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan selaku pengumpul data kesehatan perlu melakukan upaya-upaya untuk terus memperbaiki kualitas data kesehatan di Indonesia, khususnya data kesakitan/morbiditas penduduk. Penyediaan fasilitas kesehatan seperti laboratorium kesehatan serta tenaga kesehatan yang terampil di seluruh wilayah Indonesia perlu terus diupayakan. Pemerintah juga perlu terus memperbaiki sarana dan prasarana transportasi dan komunikasi agar memudahkan akses ke daerah-daerah yang hingga saat ini masih terisolir.

5.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penduduk Lanjut usia Mengalami Disabilitas Sedang

Tabel berikut menyajikan hasil pengolahan (output) SPSS versi 13 dengan metode Regresi Logistik Multinomial peluang penduduk lanjut usia di Indonesia mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Tabel 5.3
Output Pengolahan Regresi Multinomial Logistik Probabilitas/Peluang Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Sedang Dibanding Ringan, Susenas & Riskedas 2007

Variabel	Keterangan Variabel	B	Sig.	Exp (B)	Ket.
Intercept		- 1.604	0.000	-	*
Status Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal					
jk	Jenis kelamin, 1 : laki-laki	0.186	0.000	1.204	*
pddkn	Tk. Pendidikan, 1 : Tamat SD Kebawah	0.277	0.000	1.319	*
status_kawin	Status Perkawinan, 1 : Tidak Kawin	0.277	0.000	1.319	*
stat_kerja	Status Bekerja, 1 : Bekerja	- 0.440	0.000	0.644	*
eko_kapita	Pengeluaran perkapita perbulan, 1 : rendah (< rata2)	0.265	0.000	1.303	*
livingarr	Pengaturan TT/Living Arrangement, 1 : tinggal sendiri	- 0.007	0.841	0.993	-
dt2	Daerah Tempat Tinggal, 1 : Pedesaan	0.352	0.000	1.421	*
ekon*dtt	Interaksi var. pengeluaran perkapita perbulan & DTT 1 : rendah (< rata-rata)*pedesaan	- 0.075	0.060	0.928	-
Perilaku Kesehatan					
akt_fisik	Kebiasaan Beraktivitas Fisik, 1 : rutin	- 0.652	0.000	0.521	*
sayur	Kebiasaan Konsumsi Sayur-sayuran, 1 : 7 hari/mgg	- 0.170	0.000	0.844	*
buah	Kebiasaan Konsumsi Buah-buahan, 1 : 7 hari/mgg	- 0.278	0.000	0.757	*
Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental					
sendi	Gangguan Sendi, 1 : Mengalami	0.114	0.000	1.120	*
hipertensi	Hipertensi, 1 : Mengalami	- 0.013	0.552	0.987	-
jantung	Penyakit Jantung, 1 : Mengalami	0.155	0.000	1.168	*
diabetes	Diabetes Mellitus, 1 : Mengalami	- 0.027	0.576	1.028	-
tuberculosis	Tuberculosis Paru-paru, 1 : Mengalami	0.383	0.000	1.466	*
stroke	Stroke, 1 : Mengalami	0.800	0.000	2.226	*
mental	Gangguan Mental, 1 : Mengalami	1.164	0.000	3.203	*

Keterangan : * Signifikan pada $\alpha = 5\%$

- Tidak signifikan pada $\alpha = 5\%$

Berdasarkan hasil pengolahan tersebut, model probabilitas penduduk lanjut usia mengalami disabilitas sedang dibanding ringan yang terbentuk dapat dituliskan sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \ln\left(\frac{p_1}{p_0}\right) = & -1,604 + 0,186 \text{jk} + 0,277 \text{pddkn} + 0,277 \text{status_kawin} \\ & - 0,44 \text{stat}_{\text{kerja}} + 0,265 \text{eko}_{\text{kapita}} - 0,007 \text{livingarr} \\ & + 0,352 \text{dtt2} - 0,075 \text{ekon} * \text{dtt} - 0,652 \text{akt}_{\text{fisik}} \\ & - 0,17 \text{sayur} - 0,278 \text{buah} + 0,114 \text{sendi} \\ & - 0,013 \text{hipertensi} + 0,155 \text{jantung} + 0,027 \text{diabetes} \\ & + 0,383 \text{tuberkulosis} + 0,8 \text{stroke} + 1,164 \text{mental} \end{aligned}$$

Model tersebut memiliki nilai intercept sebesar $-1,604$ dan nilai ini signifikan pada tingkat signifikansi $\alpha=5\%$. Nilai ini mengandung pengertian bahwa apabila pada model di atas dimasukkan nilai 0 yang berarti penduduk lanjut usia perempuan, berpendidikan lebih tinggi (SLTP keatas), berstatus kawin, tidak bekerja, memiliki pengeluaran perkapita perbulan yang tinggi, tinggal bersama-sama dengan ART lainnya, tidak memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan, tidak mengkonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari serta tidak mengalami penyakit kronik/degeneratif tersebut di atas dan juga gangguan mental, maka peluangnya untuk mengalami disabilitas sedang adalah sebesar $\text{Exp}(-1,604) = 0,201$ kali peluang mengalami disabilitas ringan.

5.2.1 Pengaruh Variabel Status Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal terhadap Peluang Penduduk Lanjut usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Sedang dibanding Ringan

Pada kelompok variabel status sosio-demografi dan tempat tinggal terlihat bahwa variabel jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, status bekerja, pengeluaran perkapita perbulan serta daerah tempat tinggal berpengaruh

signifikan terhadap peluang penduduk lanjut usia mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Sementara itu, pengaruh variabel pengaturan tempat tinggal (*living arrangement*) dan interaksi antara pengeluaran perkapita perbulan dan daerah tempat tinggal dalam hal ini tidak signifikan secara statistik pada tingkat $\alpha=5\%$ (Tabel 5.3).

Interpretasi nilai β dan $\text{Exp}(\beta)$ atau *Odds Ratio* yang menunjukkan tingkat kecenderungan mengalami disabilitas sedang dibanding ringan untuk kelompok variabel ini adalah sebagai berikut:

1. Jenis Kelamin

Untuk variabel **jenis kelamin**, diperoleh nilai β sebesar 0,186 dan signifikan secara statistik pada $\alpha=5\%$ yang artinya terdapat perbedaan nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia laki-laki dan perempuan. Nilai β tersebut bertanda positif yang berarti peluang penduduk lanjut usia laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia laki-laki adalah 1,204 kali penduduk lanjut usia perempuan untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Hal ini berarti tingkat kecenderungan penduduk lanjut usia laki-laki untuk mengalami disabilitas sedang lebih besar dibandingkan perempuan. Hasil ini mendukung hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia laki-laki berisiko lebih tinggi mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

2. Tingkat Pendidikan

Pada variabel **tingkat pendidikan** diperoleh nilai β sebesar 0,277 yang juga signifikan secara statistik pada $\alpha=5\%$. Berarti, terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia berpendidikan tinggi dan rendah. Nilai β tersebut bertanda positif yang berarti bahwa peluang penduduk lanjut usia berpendidikan rendah lebih besar dibandingkan mereka yang berpendidikan tinggi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia berpendidikan rendah adalah 1,319 kali penduduk lanjut usia berpendidikan tinggi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Hasil ini menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia yang berpendidikan rendah berisiko lebih tinggi untuk mengalami disabilitas sedang dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih tinggi.

3. Status Perkawinan

Untuk variabel status perkawinan, nilai β yang diperoleh adalah 0,277. Nilai tersebut signifikan secara statistik pada $\alpha=5\%$, yang menandakan bahwa ada perbedaan nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang berstatus tidak kawin dan kawin. Nilai β bertanda positif yang berarti bahwa peluang penduduk lanjut usia berstatus tidak kawin lebih besar dibandingkan mereka yang berstatus kawin untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia berstatus tidak kawin adalah 1,319 kali penduduk lanjut usia berstatus kawin untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Dengan hasil ini, jelas bahwa penduduk lanjut usia yang masih berstatus kawin cenderung lebih sehat dan tingkat disabilitasnya lebih ringan dibandingkan mereka yang berstatus selainnya. Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia berstatus tidak kawin berisiko lebih tinggi untuk mengalami disabilitas sedang dibandingkan mereka yang berstatus kawin.

4. Status Bekerja

Berdasarkan status bekerja, diperoleh nilai β sebesar -0,440 dan signifikan pada $\alpha=5\%$. Artinya, terdapat perbedaan nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang berstatus bekerja dengan yang tidak bekerja. Nilai β yang diperoleh bertanda negatif, yang berarti bahwa peluang penduduk lanjut usia berstatus bekerja lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak bekerja untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia berstatus bekerja adalah 0,644 kali penduduk lanjut usia berstatus tidak bekerja untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Jadi, penduduk lanjut usia yang tidak bekerja berisiko lebih tinggi dibandingkan penduduk lanjut usia yang bekerja untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia berstatus tidak bekerja berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang bekerja untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

5. Pengeluaran perkapita perbulan

Pengujian terhadap variabel **pengeluaran perkapita perbulan** yang menunjukkan tingkat ekonomi menghasilkan nilai β yang bertanda positif sebesar 0,265. Nilai tersebut menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah berpeluang lebih besar dibandingkan mereka yang memiliki tingkat ekonomi tinggi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Pengaruh variabel ini signifikan pada $\alpha=5\%$ yang berarti terdapat perbedaan nyata dalam peluang mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi dan rendah.

Peluang penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah adalah 1,303 kali penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah berisiko lebih tinggi dibandingkan penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang memiliki tingkat ekonomi lebih tinggi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

6. Pengaturan tempat tinggal (*living arrangement*)

Untuk variabel **pengaturan tempat tinggal (*living arrangement*)**, diperoleh nilai β sebesar -0,007. Artinya, penduduk lanjut usia yang tinggal seorang diri berpeluang lebih kecil dibandingkan mereka yang tinggal bersama-

sama dengan ART lainnya untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Peluang penduduk lanjut usia yang tinggal seorang diri adalah 0,993 kali penduduk lanjut usia yang tinggal bersama-sama dengan ART lainnya untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Ini menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia yang mengalami disabilitas dengan tingkat yang lebih berat cenderung tidak tinggal seorang diri, melainkan tinggal bersama dengan ART lain, baik yang masih berstatus keluarga maupun bukan. Hal ini dilakukan karena penduduk lanjut usia dengan tingkat disabilitas yang lebih berat membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga keberadaan ART lain di samping mereka diharapkan dapat memberikan bantuan/*support* yang mereka perlukan dalam menjalani kehidupannya.

Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang tinggal sendiri cenderung tidak mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Namun demikian, pengaruh variabel ini tidak signifikan secara statistik pada $\alpha=5\%$. Jadi, sesungguhnya tidak terdapat perbedaan nyata dalam risiko mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang tinggal sendiri dengan mereka yang tinggal bersama-sama dengan ART lainnya.

7. Daerah Tempat Tinggal

Ditinjau dari daerah tempat tinggal, penduduk lanjut usia yang tinggal di pedesaan berpeluang lebih besar dibandingkan mereka yang tinggal di perkotaan untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Ini terlihat dari nilai β yang bertanda positif sebesar 0,352. Peluang penduduk lanjut usia yang tinggal di desa adalah 1,421 kali mereka yang tinggal di kota untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Dapat dikatakan bahwa penduduk lanjut usia yang tinggal di pedesaan berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tinggal di perkotaan untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Hasil ini sesuai dengan hipotesis bahwa penduduk lanjut usia di pedesaan berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tinggal di perkotaan untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Pengaruh variabel ini signifikan pada $\alpha=5\%$. Perbedaan dalam risiko mengalami disabilitas sedang dibanding

ringan antara penduduk lanjut usia yang tinggal di desa dan di kota tersebut nyata secara statistik.

8. Interaksi antara pengeluaran perkapita perbulan dengan daerah tempat tinggal

Pengujian terhadap interaksi antara pengeluaran perkapita perbulan yang mencerminkan tingkat ekonomi dengan daerah tempat tinggal memberikan hasil berupa nilai β sebesar $-0,075$. Nilai ini menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang tinggal di desa dengan tingkat ekonomi rendah lebih kecil dibandingkan selainnya untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Peluang penduduk lanjut usia yang tinggal di desa dengan tingkat ekonomi rendah adalah $0,928$ kali penduduk lanjut usia selainnya untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Namun demikian, perbedaan kecenderungan tersebut tidak signifikan pada $\alpha=5\%$, yang berarti tidak ada perbedaan nyata dalam risiko mengalami disabilitas sedang antara mereka yang tinggal di desa dengan tingkat ekonomi rendah dengan kategori-kategori selainnya. Hasil ini tidak sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah dan tinggal di desa berisiko lebih tinggi untuk mengalami disabilitas sedang dibandingkan kategori pembandingnya.

5.2.2 Pengaruh Variabel Perilaku Kesehatan terhadap Peluang Penduduk Lanjut usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Sedang dibanding Ringan

Untuk kelompok variabel perilaku kesehatan, diperoleh hasil bahwa variabel kebiasaan beraktivitas fisik ringan serta konsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan berpengaruh signifikan terhadap peluang penduduk lanjut usia mengalami disabilitas sedang dibanding ringan pada tingkat $\alpha=5\%$.

Adapun interpretasi nilai β dan $\text{Exp}(\beta)$ atau *Odds Ratio* yang menunjukkan tingkat kecenderungan mengalami disabilitas sedang dibanding ringan pada kelompok variabel ini adalah sebagai berikut:

1. Kebiasaan Beraktivitas Fisik Ringan

Untuk variabel **kebiasaan beraktivitas fisik ringan** diperoleh nilai β sebesar $-0,652$. Nilai ini signifikan pada $\alpha=5\%$ yang berarti terdapat perbedaan nyata dalam risiko mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan dengan yang tidak memiliki kebiasaan ini. Nilai β bertanda negatif yang berarti bahwa peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak memiliki kebiasaan ini untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan adalah $0,521$ kali penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kebiasaan ini untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Hal ini berarti penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan cenderung mengalami disabilitas dengan tingkat yang lebih ringan dibandingkan penduduk lanjut usia yang tidak terbiasa melakukan aktivitas fisik ringan seperti berjalan kaki atau mengayuh sepeda setidaknya selama 10 menit terus-menerus setiap kalinya. Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan berisiko lebih rendah untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

2. Kebiasaan dalam Mengonsumsi Sayur-sayuran

Pada variabel **kebiasaan dalam mengonsumsi sayur-sayuran**, diperoleh nilai β sebesar $-0,17$. Nilai tersebut signifikan pada $\alpha=5\%$ yang berarti perbedaan dalam risiko mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk yang terbiasa mengonsumsi sayur-sayuran 7 hari/minggu (setiap hari) dengan kategori pembandingnya adalah nyata secara statistik. Tanda negatif pada nilai β menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak terbiasa mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari adalah $0,844$ kali penduduk lanjut usia yang tidak

terbiasa mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Dengan kata lain, kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari menurunkan risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas pada tingkat yang lebih berat. Maka, hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari berisiko lebih rendah untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan telah terbukti.

3. Kebiasaan dalam Mengonsumsi Buah-buahan

Pada variabel kebiasaan dalam mengonsumsi buah-buahan, diperoleh nilai β sebesar $-0,278$. Nilai tersebut juga signifikan pada $\alpha=5\%$ yang berarti perbedaan dalam risiko mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk yang terbiasa mengonsumsi buah-buahan 7 hari/minggu (setiap hari) dengan kategori pembandingnya adalah nyata secara statistik. Tanda negatif pada nilai β menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi buah-buahan setiap hari lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak terbiasa mengonsumsi buah-buahan setiap hari untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi buah-buahan setiap hari adalah $0,757$ kali penduduk lanjut usia yang tidak terbiasa mengonsumsi buah-buahan setiap hari untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Dapat dikatakan bahwa kebiasaan mengonsumsi buah-buahan setiap hari mampu mengurangi risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas pada tingkat yang lebih berat. Dengan hasil ini, maka hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi buah-buahan setiap hari berisiko lebih rendah untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan telah terbukti.

5.2.3 Pengaruh Variabel Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental terhadap Peluang Penduduk Lanjut usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Sedang dibanding Ringan

Untuk kelompok variabel penyakit kronik/degeneratif dan gangguan mental, diperoleh hasil bahwa gangguan sendi, penyakit jantung, tuberculosis paru-paru, stroke dan gangguan mental berpengaruh signifikan terhadap peluang penduduk lanjut usia mengalami disabilitas sedang dibanding ringan pada tingkat $\alpha=5\%$. Sementara itu, hipertensi dan diabetes mellitus pengaruhnya tidak signifikan. Adapun interpretasi nilai β dan $\text{Exp}(\beta)$ atau *Odds Ratio* yang menunjukkan tingkat kecenderungan mengalami disabilitas sedang dibanding ringan pada kelompok variabel ini adalah sebagai berikut:

1. Gangguan Sendi

Untuk variabel **gangguan sendi** diperoleh nilai β sebesar 0,114. Nilai ini signifikan pada $\alpha=5\%$ yang berarti terdapat perbedaan nyata dalam risiko mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan sendi dengan mereka yang tidak mengalaminya. Nilai β bertanda positif yang berarti peluang penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan sendi lebih besar dibandingkan mereka yang tidak mengalami gangguan sendi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan sendi adalah 1,120 kali penduduk lanjut usia yang tidak mengalami gangguan sendi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Hal ini berarti penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan sendi cenderung mengalami disabilitas dengan tingkat yang lebih berat dibandingkan mereka yang tidak mengalaminya. Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia dengan gangguan sendi berisiko lebih besar untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

2. Hipertensi

Pada variabel **hipertensi** diperoleh nilai β sebesar -0,013. Nilai tersebut tidak signifikan pada $\alpha=5\%$ yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan berarti

dalam risiko mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami hipertensi dengan penduduk lanjut usia yang tidak mengalaminya. Tanda negatif pada nilai β menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan yang lebih besar pada penduduk lanjut usia yang tidak mengalami hipertensi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Peluang penduduk lanjut usia yang mengalami hipertensi adalah 0,987 kali penduduk lanjut usia yang tidak mengalami hipertensi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Hasil ini tidak mendukung hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang mengalami hipertensi berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak mengalami hipertensi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

3. Penyakit Jantung

Untuk variabel **penyakit jantung**, nilai β yang diperoleh adalah sebesar 0,155. Nilai tersebut signifikan pada $\alpha=5\%$ yang berarti terdapat perbedaan yang nyata dalam risiko mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami penyakit jantung dengan penduduk lanjut usia yang tidak menderita penyakit ini. Tanda positif pada nilai β menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang mengalami penyakit jantung lebih besar dibandingkan mereka yang tidak menderita penyakit jantung untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia berpenyakit jantung adalah 1,168 kali penduduk lanjut usia yang tidak berpenyakit jantung untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Dengan hasil ini, maka hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang menderita sakit jantung berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak berpenyakit jantung untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan telah terbukti.

4. Diabetes Mellitus

Untuk variabel **diabetes mellitus**, nilai β yang diperoleh adalah 0,027. Tanda positif pada nilai β ini menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang mengalami diabetes mellitus lebih besar dibandingkan mereka yang tidak

menderita penyakit ini untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Peluang penduduk lanjut usia dengan diabetes mellitus adalah 1,028 kali penduduk lanjut usia yang tidak berpenyakit ini untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Dengan hasil ini, maka hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang menderita diabetes mellitus berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak menderita penyakit ini untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan telah terbukti. Akan tetapi, perlu diperhatikan bahwa hasil tersebut ternyata tidak signifikan pada tingkat $\alpha=5\%$, yang berarti secara statistik tidak terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami diabetes mellitus dengan penduduk lanjut usia yang tidak menderita penyakit ini.

5. Tuberculosis (TBC) Paru-paru

Untuk variabel **tuberkulosis paru-paru**, nilai β yang diperoleh adalah 0,383. Tanda positif pada nilai β ini menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang mengalami TBC paru-paru lebih besar dibandingkan mereka yang tidak menderita penyakit ini untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Peluang penduduk lanjut usia dengan TBC paru-paru adalah 1,466 kali penduduk lanjut usia yang tidak berpenyakit ini untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Berdasarkan hasil ini, maka hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang menderita TBC paru-paru berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak menderita penyakit ini untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan telah terbukti. Pengaruh variabel ini signifikan pada tingkat $\alpha=5\%$, yang berarti memang terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami TBC paru-paru dengan penduduk lanjut usia yang tidak menderita penyakit ini.

6. Stroke

Pada variabel **stroke**, nilai β yang diperoleh adalah sebesar 0,8. Pengaruh variabel ini signifikan pada tingkat $\alpha=5\%$, yang berarti secara statistik memang terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami stroke dengan penduduk lanjut usia yang tidak mengalaminya. Tanda positif pada nilai β ini menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang mengalami stroke lebih besar dibandingkan mereka yang tidak mengalami stroke untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia yang mengalami stroke adalah 2,226 kali penduduk lanjut usia yang tidak mengalaminya untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Berdasarkan hasil ini, hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang mengalami stroke berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak mengalami penyakit ini untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan telah terbukti.

7. Gangguan Mental

Pada variabel **gangguan mental**, nilai β yang diperoleh adalah sebesar 1,164. Pengaruh variabel ini signifikan pada tingkat $\alpha=5\%$, yang berarti secara statistik memang terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas sedang dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan mental dengan penduduk lanjut usia yang tidak mengalami gangguan mental. Tanda positif pada nilai β ini menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan mental lebih besar dibandingkan mereka yang tidak mengalami gangguan mental untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia dengan gangguan mental adalah 3,203 kali penduduk lanjut usia yang tidak mengalami gangguan mental untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Berdasarkan hasil ini, hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan mental berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak mengalami gangguan mental untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan telah terbukti.

5.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penduduk Lanjut usia Mengalami Disabilitas Berat

Tabel 5.4 menunjukkan hasil pengolahan (output) pengolahan Regresi Multinomial Logistik Probabilitas/Peluang Penduduk Lanjut Usia mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Tabel 5.4
Output Pengolahan Regresi Multinomial Logistik Probabilitas/Peluang Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Berat Dibanding Ringan, Susenas & Riskesdas 2007

Variabel	Keterangan Variabel	B	Sig.	Exp (B)	Ket.
Intercept		- 4.371	0.000	-	*
Status Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal					
jk	Jenis kelamin, 1 : laki-laki	0.380	0.000	1.462	*
pddkn	Tk. Pendidikan, 1 : Tamat SD Kebawah	0.321	0.001	1.379	*
status_kawin	Status Perkawinan, 1 : Tidak Kawin	0.614	0.000	1.847	*
stat_kerja	Status Bekerja, 1 : Bekerja	- 0.943	0.000	0.390	*
eko_kapita	Pengeluaran perkapita perbulan, 1 : rendah (< rata2)	0.068	0.453	1.070	-
livingarr	Pengaturan TT/Living Arrangement, 1: tinggal sendiri	- 0.265	0.002	0.767	*
dt2	Daerah Tempat Tinggal, 1 : Pedesaan	0.271	0.002	1.312	*
ekon*dtt	Interaksi var. pengeluaran perkapita perbulan & DTT 1 : rendah (< rata-rata)*pedesaan	0.304	0.007	1.356	*
Perilaku Kesehatan					
akt_fisik	Kebiasaan Beraktivitas Fisik Ringan, 1 : Ya	- 1.956	0.000	0.141	*
sayur	Kebiasaan Konsumsi Sayur-sayuran, 1 : 7 hari/mgg	- 0.430	0.000	0.650	*
buah	Kebiasaan Konsumsi Buah-buahan, 1 : 7 hari/mgg	- 0.316	0.005	0.729	*
Penyakit Kronik/Degeneratif					
sendi	Gangguan Sendi, 1 : Mengalami	- 0.195	0.000	0.822	*
hipertensi	Hipertensi, 1 : Mengalami	- 0.140	0.011	0.869	*
jantung	Penyakit Jantung, 1 : Mengalami	- 0.072	0.187	0.931	-
diabetes	Diabetes Mellitus, 1 : Mengalami	0.018	0.876	1.018	-
tuberculosis	Tuberculosis Paru-paru, 1 : Mengalami	0.684	0.000	1.981	*
stroke	Stroke, 1 : Mengalami	2.181	0.000	8.854	*
mental	Gangguan Mental, 1 : Mengalami	2.616	0.000	13.682	*

Keterangan : * Signifikan pada $\alpha = 5\%$

- Tidak signifikan pada $\alpha = 5\%$

Berdasarkan hasil pengolahan tersebut, model probabilitas penduduk lanjut usia mengalami disabilitas berat dibanding ringan dapat dituliskan sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \ln\left(\frac{p_1}{p_0}\right) = & -4,371 + 0,380 \text{ jk} + 0,321 \text{ pddkn} + 0,614 \text{ status_kawin} \\ & - 0,943 \text{ stat_kerja} + 0,068 \text{ eko_kapita} - 0,265 \text{ livingarr} \\ & + 0,271 \text{ dtt2} + 0,304 \text{ ekon} * \text{ dtt} - 1,956 \text{ akt_fisik} \\ & - 0,43 \text{ sayur} - 0,316 \text{ buah} - 0,195 \text{ sendi} \\ & - 0,14 \text{ hipertensi} - 0,072 \text{ jantung} + 0,018 \text{ diabetes} \\ & + 0,684 \text{ tuberkulosis} + 2,181 \text{ stroke} + 2,616 \text{ mental} \end{aligned}$$

Model tersebut memiliki nilai intercept sebesar $-4,371$ dan nilai ini signifikan pada tingkat signifikansi $\alpha=5\%$. Nilai ini mengandung pengertian bahwa apabila pada model di atas dimasukkan nilai 0 yang berarti penduduk lanjut usia perempuan, berpendidikan lebih tinggi (SLTP keatas), berstatus kawin, tidak bekerja, memiliki pengeluaran perkapita perbulan yang tinggi, tinggal bersama-sama dengan ART lainnya, tidak memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan, tidak mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari serta tidak mengalami penyakit kronik/degeneratif tersebut di atas dan juga gangguan mental, maka peluangnya untuk mengalami disabilitas berat adalah sebesar $\text{Exp}(-4,371) = 0,013$ kali peluang mengalami disabilitas ringan.

5.3.1 Pengaruh Variabel Status Sosio-Demografi dan Daerah Tempat Tinggal terhadap Peluang Penduduk Lanjut usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Berat dibanding Ringan

Pada kelompok variabel status sosio-demografi dan tempat tinggal terlihat bahwa variabel jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, status bekerja, pengaturan tempat tinggal (*living arrangement*), daerah tempat tinggal serta interaksi antara pengeluaran perkapita perbulan dan daerah tempat tinggal

berpengaruh signifikan terhadap peluang penduduk lanjut usia mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Sementara itu, variabel pengeluaran perkapita perbulan pengaruhnya tidak signifikan secara statistik pada tingkat $\alpha=5\%$.

Interpretasi nilai β dan $\text{Exp}(\beta)$ atau *Odds Ratio* yang menunjukkan tingkat kecenderungan mengalami disabilitas berat dibanding ringan pada kelompok variabel ini adalah sebagai berikut:

1. Jenis Kelamin

Untuk variabel **jenis kelamin**, diperoleh nilai β sebesar 0,380 dan nilai ini signifikan secara statistik pada $\alpha=5\%$. Artinya, terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia laki-laki dan perempuan. Nilai β tersebut bertanda positif yang berarti bahwa peluang penduduk lanjut usia laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia laki-laki adalah 1,462 kali penduduk lanjut usia perempuan untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Hal ini berarti tingkat kecenderungan penduduk laki-laki untuk mengalami disabilitas berat lebih besar dibandingkan penduduk lanjut usia perempuan. Hasil ini mendukung hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia laki-laki berisiko lebih tinggi dibandingkan perempuan untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

2. Tingkat Pendidikan

Pada variabel **tingkat pendidikan** diperoleh nilai β sebesar 0,321 yang juga signifikan secara statistik pada $\alpha=5\%$. Berarti, terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia berpendidikan tinggi dan rendah. Nilai β tersebut bertanda positif yang berarti bahwa peluang penduduk lanjut usia berpendidikan rendah lebih besar dibandingkan mereka yang berpendidikan tinggi untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia berpendidikan rendah adalah 1,379 kali penduduk lanjut usia berpendidikan tinggi untuk mengalami disabilitas berat

dibanding ringan. Hasil ini menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia yang berpendidikan rendah berisiko lebih tinggi untuk mengalami disabilitas berat dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih tinggi.

3. Status Perkawinan

Untuk variabel **status perkawinan**, nilai β yang diperoleh adalah sebesar 0,614. Nilai tersebut signifikan secara statistik pada $\alpha=5\%$, yang menandakan bahwa ada perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang berstatus tidak kawin dan kawin. Nilai β bertanda positif yang berarti bahwa peluang penduduk lanjut usia berstatus tidak kawin lebih besar dibandingkan mereka yang berstatus kawin untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia berstatus tidak kawin adalah 1,847 kali penduduk lanjut usia berstatus kawin untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Dengan hasil ini, jelas bahwa penduduk lanjut usia yang masih berstatus kawin cenderung lebih sehat dan tingkat disabilitasnya lebih ringan dibandingkan mereka yang berstatus selainya. Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia berstatus tidak kawin berisiko lebih tinggi untuk mengalami disabilitas berat dibandingkan mereka yang berstatus kawin.

4. Status Bekerja

Berdasarkan **status bekerja**, diperoleh nilai β sebesar -0,943 dan signifikan pada $\alpha=5\%$. Artinya, terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang berstatus bekerja dengan yang tidak bekerja. Nilai β yang diperoleh bertanda negatif, yang berarti bahwa peluang penduduk lanjut usia berstatus bekerja lebih kecil dibandingkan mereka yang berstatus tidak bekerja untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia berstatus bekerja adalah 0,39 kali penduduk lanjut usia berstatus tidak bekerja untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Jadi, penduduk lanjut usia yang tidak bekerja berisiko lebih tinggi

dibandingkan penduduk lanjut usia yang bekerja untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia berstatus tidak bekerja berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang berstatus bekerja untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

5. Pengeluaran perkapita Perbulan

Pengujian terhadap variabel **pengeluaran perkapita perbulan** yang menunjukkan tingkat ekonomi menghasilkan nilai β yang bertanda positif sebesar 0,068. Nilai tersebut menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi yang rendah berpeluang lebih besar dibandingkan mereka yang memiliki tingkat ekonomi lebih tinggi untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Peluang penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah adalah 1,07 kali penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Dengan demikian, penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah berisiko lebih tinggi dibandingkan penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi yang relatif lebih tinggi untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang memiliki tingkat ekonomi lebih tinggi untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Akan tetapi, perlu dicatat bahwa pengaruh variabel ini tidak signifikan secara statistik pada $\alpha=5\%$, yang berarti secara statistik tidak ada perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi maupun rendah.

6. Pengaturan Tempat Tinggal (*Living Arrangement*)

Untuk variabel **pengaturan tempat tinggal (*living arrangement*)**, diperoleh nilai β sebesar -0,265. Artinya, penduduk lanjut usia yang tinggal seorang diri berpeluang lebih kecil dibandingkan mereka yang tinggal bersama-sama dengan ART lainnya untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia yang tinggal seorang diri adalah 0,767 kali penduduk lanjut usia yang tinggal bersama-sama dengan ART lainnya untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Ini menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia yang mengalami disabilitas dengan tingkat yang berat cenderung untuk tidak tinggal seorang diri, melainkan tinggal bersama dengan ART lain baik ART yang masih berstatus keluarga maupun yang bukan keluarga/sanak famili.

Hal ini dilakukan karena penduduk lanjut usia dengan tingkat disabilitas yang lebih berat membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga keberadaan ART lain di samping mereka diharapkan dapat memberikan *bantuan/support* yang mereka perlukan dalam menjalani kehidupannya.

Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang tinggal sendiri cenderung tidak mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Pengaruh variabel ini signifikan secara statistik pada $\alpha=5\%$, sehingga dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan yang nyata dalam risiko mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang tinggal seorang diri dengan mereka yang tinggal bersama-sama dengan ART lainnya.

7. Daerah Tempat Tinggal

Ditinjau dari **daerah tempat tinggal**, penduduk lanjut usia yang tinggal di pedesaan berpeluang lebih besar dibandingkan mereka yang tinggal di perkotaan untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Ini terlihat dari nilai β yang bertanda positif sebesar 0,271. Peluang penduduk lanjut usia yang tinggal di desa adalah 1,312 kali penduduk lanjut usia yang tinggal di kota untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Dapat dikatakan bahwa penduduk lanjut usia yang tinggal di pedesaan berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tinggal di perkotaan untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia di pedesaan berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tinggal di perkotaan untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Pengaruh variabel ini signifikan pada $\alpha=5\%$ sehingga dapat dikatakan bahwa perbedaan yang tampak dalam risiko mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara

penduduk lanjut usia yang tinggal di desa dengan di kota tersebut nyata secara statistik.

8. Interaksi antara Pengeluaran Perkapita Perbulan dan Daerah Tempat Tinggal

Pengujian terhadap variabel interaksi antara pengeluaran perkapita perbulan yang mencerminkan tingkat ekonomi dengan daerah tempat tinggal memberikan hasil berupa nilai B sebesar 0,304. Nilai ini menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang tinggal di desa dengan tingkat ekonomi rendah lebih besar dibandingkan selainnya untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Peluang penduduk lanjut usia yang tinggal di desa dengan tingkat ekonomi rendah adalah 1,356 kali penduduk lanjut usia selainnya untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Hasil ini menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah dan tinggal di desa cenderung mengalami disabilitas dengan tingkatan yang lebih berat dibandingkan penduduk lanjut usia selainnya, yaitu mereka yang tingkat ekonominya rendah dan tinggal di kota serta mereka yang memiliki tingkat ekonomi tinggi dan tinggal di desa maupun kota. Dengan tingkat ekonomi yang sama-sama rendah, ternyata penduduk lanjut usia yang tinggal di kota cenderung mengalami disabilitas dengan tingkatan yang lebih ringan. Hal ini terkait dengan aksesibilitas dan fasilitas kesehatan yang lebih memadai di perkotaan dibandingkan di pedesaan sehingga penduduk lanjut usia di kota lebih mudah mendapatkan pelayanan kesehatan apabila sakit. Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi rendah dan tinggal di desa berisiko lebih tinggi untuk mengalami disabilitas berat dibandingkan dengan kategori selainnya. Pengaruh ini signifikan pada $\alpha=5\%$, yang berarti memang terdapat perbedaan yang nyata dalam risiko mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk dengan tingkat ekonomi rendah dan tinggal di pedesaan dengan kategori selainnya.

5.3.2 Pengaruh Variabel Perilaku Kesehatan terhadap Peluang Penduduk Lanjut usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Berat dibanding Ringan

Untuk kelompok variabel perilaku kesehatan, diperoleh hasil bahwa variabel kebiasaan beraktivitas fisik ringan serta konsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan berpengaruh signifikan terhadap peluang penduduk lanjut usia mengalami disabilitas berat dibanding ringan pada tingkat $\alpha=5\%$.

Adapun interpretasi nilai β dan $\text{Exp}(\beta)$ atau *Odds Ratio* yang menunjukkan tingkat kecenderungan pada kelompok variabel ini adalah sebagai berikut:

1. Kebiasaan Beraktivitas Fisik Ringan

Untuk variabel kebiasaan beraktivitas fisik ringan diperoleh nilai β sebesar -1,956. Nilai ini signifikan pada $\alpha=5\%$ yang berarti terdapat perbedaan yang nyata dalam risiko mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan dengan yang tidak memiliki kebiasaan ini. Nilai β bertanda negatif yang berarti bahwa peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak memiliki kebiasaan ini untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan adalah 0,141 kali penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kebiasaan ini untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Hal ini berarti penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan cenderung mengalami disabilitas dengan tingkat yang lebih ringan dibandingkan penduduk lanjut usia yang tidak terbiasa melakukan aktivitas fisik ringan seperti berjalan kaki atau mengayuh sepeda setidaknya selama 10 menit terus-menerus setiap kalinya. Hasil ini sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan beraktivitas fisik ringan berisiko lebih rendah untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

2. Kebiasaan dalam Mengonsumsi Sayur-sayuran

Pada variabel **kebiasaan dalam mengonsumsi sayur-sayuran**, diperoleh nilai β sebesar $-0,43$. Nilai tersebut signifikan pada $\alpha=5\%$ yang berarti perbedaan dalam risiko mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk yang terbiasa mengonsumsi sayur-sayuran 7 hari/minggu (setiap hari) dengan kategori pembandingnya adalah nyata secara statistik. Tanda negatif pada nilai β menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak terbiasa mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari adalah 0,65 kali penduduk lanjut usia yang tidak terbiasa mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Dengan kata lain, kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari menurunkan risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas pada tingkat yang lebih berat. Dengan demikian, hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran setiap hari berisiko lebih rendah untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan telah terbukti.

3. Kebiasaan dalam Mengonsumsi Buah-buahan

Pada variabel **kebiasaan dalam mengonsumsi buah-buahan**, diperoleh nilai β sebesar $-0,316$. Nilai tersebut juga signifikan pada $\alpha=5\%$ yang berarti perbedaan dalam risiko mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk yang terbiasa mengonsumsi buah-buahan 7 hari/minggu (setiap hari) dengan kategori pembandingnya adalah nyata secara statistik. Tanda negatif pada nilai β menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi buah-buahan setiap hari lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak terbiasa mengonsumsi buah-buahan setiap hari untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi buah-buahan setiap hari adalah 0,729 kali penduduk lanjut usia yang tidak terbiasa

mengonsumsi buah-buahan setiap hari untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Dapat dikatakan bahwa kebiasaan mengonsumsi buah-buahan setiap hari mampu mengurangi risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas pada tingkat yang lebih berat. Dengan hasil ini, maka hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengonsumsi buah-buahan setiap hari berisiko lebih rendah untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan telah terbukti.

5.3.3 Pengaruh Variabel Penyakit Kronik/Degeneratif dan Gangguan Mental terhadap Peluang Penduduk Lanjut usia di Indonesia Mengalami Disabilitas Berat dibanding Ringan

Untuk kelompok variabel penyakit kronik/degeneratif dan gangguan mental, diperoleh hasil bahwa gangguan sendi, hipertensi, tuberculosi paru-paru, stroke dan gangguan mental berpengaruh signifikan terhadap peluang penduduk lanjut usia mengalami disabilitas berat dibanding ringan pada tingkat $\alpha=5\%$. Sementara itu penyakit jantung dan diabetes mellitus pengaruhnya terhadap peluang penduduk lanjut usia mengalami disabilitas berat dibanding ringan secara statistik tidak signifikan.

Adapun interpretasi nilai β dan $\text{Exp}(\beta)$ atau *Odds Ratio* yang menunjukkan tingkat kecenderungan pada kelompok variabel ini adalah sebagai berikut:

1. Gangguan Sendi

Untuk variabel **gangguan sendi** diperoleh nilai β sebesar -0,195. Nilai ini signifikan pada $\alpha=5\%$ yang berarti terdapat perbedaan yang nyata dalam risiko mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengaku mengalami gangguan sendi dengan mereka yang tidak mengalaminya. Nilai β bertanda negatif yang berarti bahwa peluang penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan sendi lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak mengalami gangguan sendi untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan sendi adalah 0,822 kali penduduk lanjut usia yang tidak mengalami gangguan sendi untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Hal ini berarti penduduk lanjut usia

yang mengalami gangguan sendi cenderung tidak mengalami disabilitas dengan tingkat yang lebih berat dibandingkan penduduk lanjut usia yang tidak mengalami gangguan sendi. Hasil ini tidak sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan sendi berisiko lebih besar untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

2. Hipertensi

Pada variabel hipertensi diperoleh nilai β sebesar -0,14. Nilai tersebut signifikan pada $\alpha=5\%$ yang menunjukkan terdapat perbedaan berarti dalam risiko mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami hipertensi dengan penduduk lanjut usia yang tidak mengalami hipertensi. Tanda negatif pada nilai β menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan yang lebih kecil pada penduduk lanjut usia yang mengalami hipertensi untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan, dimana peluang penduduk lanjut usia yang mengalami hipertensi adalah 0,869 kali penduduk lanjut usia yang tidak mengalami hipertensi untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Hasil ini tidak mendukung hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang mengalami hipertensi berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak mengalami hipertensi untuk mengalami disabilitas sedang dibanding ringan.

3. Penyakit Jantung

Untuk variabel penyakit jantung, nilai β yang diperoleh adalah sebesar -0,072. Tanda negatif pada nilai β menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang mengalami penyakit jantung lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak menderita penyakit jantung untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Peluang penduduk lanjut usia berpenyakit jantung adalah 0,931 kali penduduk lanjut usia yang tidak berpenyakit jantung untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Dengan hasil ini, maka hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang menderita sakit jantung berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang

tidak berpenyakit jantung untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan belum dapat dibuktikan. Namun demikian, nilai tersebut tidak signifikan pada $\alpha=5\%$ yang berarti tidak terdapat perbedaan yang nyata dalam risiko mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami penyakit jantung dengan penduduk lanjut usia yang tidak menderita penyakit ini.

4. Diabetes Mellitus

Untuk variabel **diabetes mellitus**, nilai β yang diperoleh adalah sebesar 0,018. Tanda positif pada nilai β ini menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang mengalami diabetes mellitus lebih besar dibandingkan mereka yang tidak menderita penyakit ini untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Peluang penduduk lanjut usia dengan diabetes mellitus adalah 1,018 kali penduduk lanjut usia yang tidak berpenyakit ini untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Dengan hasil ini, maka hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang menderita diabetes mellitus berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak menderita penyakit ini untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan telah terbukti. Akan tetapi, perlu diperhatikan bahwa hasil tersebut ternyata tidak signifikan pada tingkat $\alpha=5\%$, yang berarti secara statistik tidak terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami diabetes mellitus dengan penduduk lanjut usia yang tidak menderita penyakit ini.

5. Tuberculosis Paru-paru

Untuk variabel **tuberculosis paru-paru**, nilai β yang diperoleh adalah sebesar 0,684. Tanda positif pada nilai β ini menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang mengalami tuberculosis paru-paru lebih besar dibandingkan mereka yang tidak menderita penyakit ini untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Peluang penduduk lanjut usia dengan tuberculosis paru-paru adalah 1,981 kali penduduk lanjut usia yang tidak berpenyakit ini untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Berdasarkan hasil ini, maka hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang menderita tuberculosis paru-paru berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak menderita penyakit ini untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan telah terbukti. Pengaruh variabel ini juga signifikan pada tingkat $\alpha=5\%$, yang berarti secara statistik memang terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami tuberculosis paru-paru dengan penduduk lanjut usia yang tidak menderita penyakit ini.

6. Stroke

Pada variabel **stroke**, nilai β yang diperoleh adalah sebesar 2,181. Pengaruh variabel ini signifikan pada tingkat $\alpha=5\%$, yang berarti secara statistik memang terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami stroke dengan penduduk lanjut usia yang tidak mengalaminya. Tanda positif pada nilai β ini menunjukkan bahwa peluang penduduk lanjut usia yang mengalami stroke lebih besar dibandingkan mereka yang tidak mengalami stroke untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia yang mengalami stroke adalah 8,854 kali penduduk lanjut usia yang tidak mengalami stroke untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Berdasarkan hasil ini, hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang mengalami stroke berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak mengalami penyakit ini untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan telah terbukti.

7. Gangguan Mental

Pada variabel **gangguan mental**, nilai β yang diperoleh adalah sebesar 2,616. Pengaruh variabel ini signifikan pada tingkat $\alpha=5\%$, yang berarti secara statistik memang terdapat perbedaan yang nyata dalam kecenderungan mengalami disabilitas berat dibanding ringan antara penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan mental dengan penduduk lanjut usia yang tidak mengalami gangguan mental. Tanda positif pada nilai β ini menunjukkan bahwa peluang penduduk

lanjut usia yang mengalami gangguan mental lebih besar dibandingkan mereka yang tidak mengalami gangguan mental untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan.

Peluang penduduk lanjut usia dengan gangguan mental adalah 13,682 kali penduduk lanjut usia yang tidak mengalami gangguan mental untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan. Berdasarkan hasil ini, hipotesis yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia yang mengalami gangguan mental berisiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak mengalami gangguan mental untuk mengalami disabilitas berat dibanding ringan telah terbukti.

5.4 Pembahasan

Faktor sosio-demografis merupakan prediktor tingkat disabilitas penduduk lanjut usia yang tidak dapat diabaikan. Berbagai penelitian telah membuktikan adanya perbedaan yang signifikan dalam derajat kesehatan dan tingkat disabilitas pada penduduk lanjut usia menurut status sosial, ekonomi dan demografi mereka. Diantara berbagai penelitian yang berhasil membuktikan adanya pengaruh status sosio-demografi terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia adalah penelitian yang dilakukan oleh WHO (2000), Breeze et al. (2001), Balfour & Kaplan (2002), Heikkinen (2003), Avlund (2004), BURDIS (2004), Zimmer (2005), Basta et al. (2007), Grundy & Jitlal (2007), Jagger et al. (2007) dan Parahyba et al. (2009).

Dalam penelitian ini, berdasarkan hasil yang telah dipaparkan sebelumnya, ditemukan bahwa risiko mengalami disabilitas sedang/berat dibanding ringan berbeda secara nyata untuk penduduk lanjut usia laki-laki dan perempuan. Hasil ini sesuai dengan pernyataan WHO (2000) bahwa memang terdapat perbedaan yang nyata dalam derajat kesehatan penduduk lanjut usia menurut jenis kelamin, berdasarkan berbagai penelitian yang pernah dilakukan. Pengaruh kuat dari faktor jender ini terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia juga ditemukan dalam penelitian Heikkinen (2003) dan BURDIS (2004).

Penduduk lanjut usia laki-laki dalam hal ini berisiko lebih tinggi mengalami disabilitas sedang/berat dibandingkan perempuan. Hasil ini

menunjukkan bahwa status kesehatan penduduk lanjut usia laki-laki di Indonesia lebih buruk dibandingkan perempuan. Hal ini dapat disebabkan karena secara umum laki-laki di Indonesia berperan sebagai pencari nafkah utama sehingga mereka harus bekerja. Laki-laki menanggung risiko lebih besar terhadap cedera, kecelakaan di tempat kerja serta bahaya-bahaya dari buruknya lingkungan kerja. Hal ini berdampak pada kondisi kesehatan mereka ketika memasuki usia lanjut.

Selain itu, laki-laki lebih berisiko terhadap perilaku-perilaku kesehatan yang berdampak buruk bagi kesehatan, salah satunya perilaku merokok. Sebagaimana dipaparkan oleh Barber et al. (2008), pada umumnya perokok di Indonesia adalah laki-laki, atau sekitar 63% laki-laki merokok. Sekitar 53% laki-laki merokok di tahun 1995 dan persentase ini meningkat menjadi 64% pada tahun 2004.

Hasil ini juga sesuai dengan hasil penelitian Sirait dan Riyadina (1999) yang menyatakan bahwa status kesehatan penduduk lanjut usia perempuan di Indonesia relatif lebih baik dibandingkan laki-laki. Namun, hasil ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Yan Hao (1998) di China yang menyatakan bahwa penduduk lanjut usia perempuan lebih berisiko mengalami ketergantungan sehingga membutuhkan bantuan orang lain dalam aktivitasnya sehari-hari.

Tingkat pendidikan merupakan faktor risiko yang sangat penting bagi penduduk lanjut usia di Indonesia untuk mengalami disabilitas sedang/berat dibanding ringan. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa semakin rendah tingkat pendidikan penduduk lanjut usia, semakin besar risiko mereka mengalami disabilitas sedang/berat dibanding ringan. Sirait dan Riyadina (1999) menemukan bahwa risiko sakit semakin tinggi pada penduduk lanjut usia dengan pendidikan yang semakin rendah. Hasil yang serupa dikemukakan oleh Rustika (1997), yaitu bahwa peluang mendapatkan status ADL baik lebih tinggi ditemukan pada penduduk lanjut usia dengan pendidikan tinggi. Sementara itu, WHO (2000) menyatakan bahwa penduduk lanjut usia berpendidikan rendah berumur lebih pendek dan mengalami penyakit yang lebih berat dibandingkan penduduk dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi. Jagger et al. (2007) menyatakan bahwa perbedaan dalam tingkat pendidikan berkontribusi terhadap perbedaan prevalensi disabilitas pada penduduk lanjut usia.

Pengaruh signifikan dari tingkat pendidikan terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia di Indonesia ini terkait dengan peran pendidikan sendiri dalam kehidupan masyarakat. Pendidikan yang dijalani akan membentuk kapasitas intelektual seseorang. Hal ini kemudian akan mempengaruhi cara berpikir dan perilaku individu tersebut, termasuk perilaku dalam menjaga kesehatannya. Dengan pengetahuan yang lebih luas, individu akan lebih mampu mencegah datangnya penyakit dengan menghindari faktor-faktor risiko yang mempermudah datangnya penyakit tersebut. Dalam hal pencarian pengobatan, individu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi akan lebih mengetahui metode pengobatan yang lebih berkualitas. Pendidikan juga seringkali dikaitkan dengan tingkat ekonomi. Dengan pendidikan yang lebih tinggi, pekerjaan dengan tingkat pendapatan tinggi lebih mudah diperoleh, yang kemudian hal ini berpengaruh terhadap kemampuan mencukupi kebutuhan akan gizi serta pengobatan berkualitas.

Penduduk lanjut usia di Indonesia yang berstatus kawin memiliki risiko lebih rendah untuk mengalami disabilitas sedang/berat dibanding ringan. Hal ini menguatkan dugaan bahwa penduduk lanjut usia yang masih memiliki pasangan dalam ikatan perkawinan cenderung memiliki status kesehatan yang lebih baik dibandingkan mereka yang tidak kawin. Hasil ini sesuai dengan penelitian Zimmer (2005) yang dilakukan terhadap penduduk lanjut usia di Kamboja.

Sebagaimana dijelaskan oleh WHO (2002) dan Koukouli et al. (2002), dukungan sosial merupakan suatu kebutuhan penting bagi penduduk lanjut usia untuk dapat mempertahankan kapasitas fungsional dan kualitas hidupnya. Dalam hal ini, keberadaan pasangan merupakan sumber dukungan sosial yang besar bagi penduduk lanjut usia. Pasangan merupakan seseorang yang dapat dijadikan tempat berbagi suka dan duka dalam kehidupan, sekaligus perawat utama bagi penduduk lanjut usia. Hal ini akan berdampak positif pada tingkat kesehatan penduduk lanjut usia tersebut, baik fisik maupun mental, sehingga akhirnya terhindar dari disabilitas dalam tingkatan yang lebih berat. Hal ini dikuatkan oleh Grundy & Jitlal (2007), bahwa penduduk lanjut usia yang berstatus tidak kawin cenderung membutuhkan perawatan sehingga mereka memutuskan untuk masuk dan tinggal di panti-panti perawatan resmi (*institutional care*).

Penduduk lanjut usia yang masih bekerja memiliki risiko lebih rendah mengalami disabilitas sedang/berat dibanding ringan. Hal ini menunjukkan bahwa aktivitas bekerja sangat berguna bagi penduduk lanjut usia untuk mempertahankan kapasitas fungsionalnya. Dengan bekerja, fisik dan otak tetap aktif sehingga peluang untuk sehat secara fisik dan mental lebih besar. Bekerja juga menjadi sarana untuk meningkatkan kesejahteraan ekonomi yang berdampak positif bagi kesehatan penduduk lanjut usia, di samping merupakan sarana aktualisasi diri dan bersosialisasi dengan masyarakat, yang akan menghindarkan penduduk lanjut usia tersebut dari perasaan tidak berguna dan terasingkan. Sebagaimana dikatakan oleh Barret et al. (2006), penduduk lanjut usia yang aktif dalam berinteraksi sosial memiliki peluang lebih kecil untuk mengalami masalah dalam kapasitas fungsionalnya.

Sementara itu, tingkat ekonomi ditemukan berpengaruh signifikan terhadap risiko penduduk lanjut usia di Indonesia untuk mengalami disabilitas sedang/berat dibanding ringan. Penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi berpeluang lebih kecil mengalami disabilitas sedang/berat dibanding ringan. Penduduk lanjut usia dengan tingkat ekonomi tinggi memiliki kemampuan lebih besar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas serta pemenuhan akan kebutuhan gizi.

Hasil ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Breeze et al. (2001). Breeze et al. (2001) menyatakan bahwa status sosio-ekonomi yang dicerminkan oleh klasifikasi pekerjaan (tingkat rendah, menengah dan tinggi) yang dimiliki penduduk pada usia pertengahan hingga menjelang pensiun berhubungan dengan status kesakitan penduduk tersebut pada saat memasuki usia lanjut. Penelitian yang dilakukan oleh Parahyba et al. (2009) di Brazil menemukan hal yang sama. Dalam penelitian tersebut, penurunan risiko penduduk lanjut usia di Brazil untuk mengalami disabilitas terkait dengan tingkat pendapatan yang semakin tinggi. Sementara itu, Avlund (2004) dalam penelitiannya menemukan bahwa jumlah kekayaan yang dimiliki berkorelasi kuat dengan penurunan kapasitas fungsional penduduk lanjut usia.

Tingkat ekonomi berkaitan erat dengan tingkat kesejahteraan penduduk lanjut usia. Dengan tingkat ekonomi yang lebih tinggi, peluang untuk hidup lebih

sejahtera, sehat dan terhindar dari disabilitas semakin besar. Dengan kemampuan ekonomi yang baik, penduduk lanjut usia mampu mencukupi kebutuhan mereka akan gizi serta perawatan kesehatan yang diperlukan. Dengan kemampuan ekonomi yang baik pula, penduduk lanjut usia mampu mengakses pengobatan yang lebih berkualitas apabila mengalami sakit, sehingga peluang bahwa penyakit yang diderita tersebut tidak sampai menjadi parah dan menyebabkan disabilitas semakin berat. Kualitas hidup yang lebih baik pun dengan mudah dapat diraih.

Berdasarkan pengaturan tempat tinggal, perbedaan pengaruh yang signifikan terjadi pada tingkat disabilitas berat. Penduduk lanjut usia yang tinggal sendiri cenderung tidak mengalami disabilitas berat. Hal ini dapat dipahami karena penduduk yang memutuskan untuk hidup sendiri tentu menyadari sejauh mana kemampuannya untuk hidup mandiri. Umumnya mereka yakin dapat hidup mandiri sehingga memutuskan hidup sendiri. Apabila penduduk lanjut usia merasa bahwa ia mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, maka ia akan mencari pertolongan orang lain. Terkadang, kondisi ini mengharuskannya tinggal bersama dengan ART lainnya.

Faktor lingkungan merupakan faktor yang sangat penting terkait dengan derajat kesehatan dan tingkat disabilitas penduduk lanjut usia, sebagaimana dikatakan oleh Balfour & Kaplan (2002) serta Basta et al. (2007). Ditinjau berdasarkan daerah tempat tinggal, penduduk lanjut usia di Indonesia yang tinggal di pedesaan berisiko lebih tinggi mengalami disabilitas sedang/berat dibanding ringan. Daerah pedesaan identik dengan kurangnya fasilitas publik termasuk fasilitas kesehatan jika dibandingkan dengan kondisi di perkotaan. Kondisi ini mempersulit penduduk lanjut usia di pedesaan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Hasil ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Sirait dan Riyadina (1999) dan Yan Hao (1998).

Interaksi antara variabel pengeluaran perkapita perbulan yang menunjukkan tingkat ekonomi dan daerah tempat tinggal penduduk lanjut usia di Indonesia menunjukkan pengaruh signifikan pada risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas berat. Penduduk lansia dengan tingkat ekonomi rendah yang tinggal di pedesaan berisiko lebih besar mengalami disabilitas berat dibandingkan kategori selainnya. Dengan tingkat ekonomi yang sama-sama

rendah, penduduk lanjut usia di pedesaan memiliki kecenderungan yang lebih tinggi mengalami disabilitas berat dibanding penduduk lanjut usia di perkotaan. Hal ini sangat dipengaruhi oleh aksesibilitas dan fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dan memadai di daerah perkotaan.

Menurut Balfour & Kaplan (2002), kondisi lingkungan yang kurang memadai ditinjau dari segi akses dan keberadaan fasilitas-fasilitas publik seperti sarana dan prasarana transportasi misalnya, akan menimbulkan berbagai keterbatasan bagi penduduk di daerah tersebut, termasuk dalam hal ini keterbatasan dalam memperoleh pelayanan di bidang kesehatan. Dengan demikian, penduduk yang tinggal di pedesaan menghadapi kesulitan yang lebih besar dalam mempertahankan status kesehatan dan kapasitas fungsionalnya agar tetap baik hingga usia lanjut. Hal ini dikuatkan oleh Basta et al. (2007) yang menyatakan bahwa penduduk yang tinggal dalam lingkungan atau komunitas sosial yang kurang memadai dan mendukung aktivitasnya cenderung mengalami kemunduran kognitif dan fungsional dibandingkan mereka yang tinggal di lingkungan dan komunitas yang lebih kondusif.

Selain faktor sosio-demografi, perilaku juga merupakan faktor penentu yang sangat penting bagi derajat kesehatan dan tingkat disabilitas penduduk, termasuk penduduk lanjut usia. Perilaku hidup sehat sangat penting pada setiap tahapan kehidupan manusia. Melakukan aktivitas fisik yang tepat, menerapkan pola makan sehat, menghindari rokok, melakukan pengobatan secara bijaksana serta melakukan pemeriksaan kesehatan (*medical check-up*) secara rutin merupakan perilaku-perilaku yang dapat mencegah timbulnya penyakit dan penurunan kapasitas fungsional dan dengan demikian akan meningkatkan kualitas hidup. Ini akan lebih menghemat biaya daripada melakukan upaya pengobatan atau rehabilitasi setelah penyakit atau disabilitas terjadi (Rahardjo, et al., 2009). Perilaku yang berdampak positif terhadap kesehatan seperti kebiasaan beraktivitas fisik ringan sebagai bentuk olahraga bagi penduduk lanjut usia serta kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari terbukti mengurangi risiko mengalami disabilitas sedang/berat dibanding ringan dalam penelitian ini.

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Strawbridge et al. (1996). Menurutnya, aktivitas berjalan kaki sebagai salah satu bentuk olahraga

sangat berpengaruh terhadap mortalitas dan kemampuan fisik penduduk lanjut usia. Berjalan kaki merupakan aktivitas fisik yang paling umum dan paling mudah dilakukan oleh penduduk lanjut usia dan sangat membantu mempertahankan kapasitas fungsionalnya.

Martono & Darmojo (2006) serta Mahmud (2007) menjelaskan bahwa pada usia lanjut terjadi penurunan kondisi fisik dan fungsi organ-organ tubuh khususnya sistem kardiovaskuler, respirasi dan muskuloskeletal. Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa olahraga/latihan fisik yang dilakukan secara teratur oleh penduduk lanjut usia dapat memperlambat kemunduran fungsi tubuh yang disebabkan oleh bertambahnya usia.

Mahmud (2007) menambahkan, aktivitas fisik pada penduduk lanjut usia terutama sangat membantu meningkatkan daya tahan jantung dan paru-paru, memelihara kekuatan dan daya tahan serta kelenturan otot dan rangka tubuh. Pada penduduk lanjut usia, terjadi penurunan elastisitas dan kekuatan jaringan ikat sendi, sehingga timbul kekakuan sendi yang mengakibatkan berkurangnya ruang lingkup persendian tersebut. Untuk mencegah/menunda kekakuan pada sendi tersebut, peregangan (*stretching exercise*) melalui aktivitas fisik/olahraga sangat dianjurkan. Aktivitas fisik/olahraga yang teratur, terukur dan terawasi banyak memberi manfaat pada penduduk lanjut usia, baik secara fisiologis, psikologis maupun sosial.

Selain aktivitas fisik, kebiasaan makan merupakan perilaku yang juga mempengaruhi kesehatan, termasuk pada penduduk lanjut usia. Kebiasaan makan erat kaitannya dengan pemenuhan kebutuhan akan asupan gizi. Kecukupan gizi sangat menentukan derajat kesehatan seseorang. Sebagaimana dikatakan oleh Watkin (1983), gizi/nutrisi memiliki peran penting dalam mencegah dan mengendalikan penyakit serta disabilitas. Frankle & Owen (1993) menambahkan, berbagai penyakit kronik/degeneratif yang merupakan penyebab *impairment* kemudian disabilitas ternyata berkaitan dengan pola makan dan status gizi. Kondisi kurang asupan gizi ataupun kelebihan asupan gizi hingga obesitas terbukti meningkatkan risiko mengalami berbagai penyakit kronik/degeneratif, yang mengarah pada *impairment* dan disabilitas.

Pada penduduk lanjut usia, pola makan yang tepat dapat mencegah timbulnya penyakit kronik/degeneratif. Bagi mereka yang telah terkena penyakit kronik/degeneratif pun, pengaturan pola makan sangat berperan dalam mengendalikan intensitas terjadinya penyakit tersebut sehingga tidak sampai menjadi parah dan menyebabkan terjadinya disabilitas yang berat. Penyakit kronik/degeneratif seperti jantung, diabetes mellitus, hipertensi, gangguan sendi serta stroke dapat dikendalikan antara lain dengan menerapkan pola makan sehat seperti menghindari kolesterol, makanan dengan kadar natrium tinggi, mengontrol jumlah kalori yang masuk ke tubuh serta mengonsumsi cukup makanan yang mengandung kalsium untuk memelihara kepadatan tulang (Watkin, 1983).

Kebutuhan energi pada penduduk lanjut usia lebih rendah dibandingkan kaum muda. Metabolisme tubuh mulai menurun setelah usia 50 tahun dan aktivitas fisik pun semakin berkurang. Oleh karena itu, tak mengherankan kalau terjadi penurunan 10-15% kebutuhan energi. Makanan yang harus dikurangi adalah karbohidrat dan lemak. Sebaliknya, vitamin dan mineral seperti Kalsium (Ca), Zat Besi (Fe) dan Vitamin A sangat diperlukan oleh penduduk lanjut usia. Kalsium (Ca) misalnya, sangat diperlukan untuk mencegah tulang menjadi rapuh dan mudah patah. Oleh karena itu, pola makan yang tepat sangat penting guna mencegah defisiensi gizi pada penduduk lanjut usia (Khomsan, 2004b).

Dewasa ini, pola makan modern sering dihubungkan dengan tingginya kolesterol dari pangan hewani. Kolesterol adalah pemicu munculnya penyakit degeneratif seperti stroke dan penyakit jantung koroner. Salah satu upaya menurunkan kadar kolesterol dalam darah adalah meningkatkan konsumsi serat larut yang tidak dapat dicerna namun larut dalam air panas. Di dalam saluran pencernaan, serat larut ini akan mengikat asam empedu (produk akhir kolesterol) dan kemudian dikeluarkan bersama tinja. Dengan demikian, semakin tinggi konsumsi serat larut akan semakin banyak asam empedu dan lemak yang dikeluarkan dari tubuh. Sayur-sayuran dan buah-buahan merupakan bahan pangan yang kaya akan vitamin, mineral serta serat yang sangat diperlukan tersebut (Khomsan, 2004a).

Oleh karena itu, sayur-sayuran dan buah-buahan selayaknya menjadi bahan pangan yang dikonsumsi oleh penduduk terutama yang telah berusia lanjut setiap hari. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa kelompok penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan mengkonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari berisiko lebih rendah mengalami disabilitas sedang/berat dibanding ringan. Hal ini membuktikan bahwa penduduk lanjut usia yang tidak memiliki kebiasaan mengkonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari cenderung mengalami disabilitas dengan tingkatan yang lebih berat dibandingkan mereka yang memiliki kebiasaan ini.

Di samping status sosio-demografi, daerah tempat tinggal dan perilaku, faktor yang merupakan penyebab langsung dari terjadinya disabilitas pada penduduk lanjut usia adalah penyakit, terutama penyakit yang bersifat kronik/degeneratif. Menurut Frankle & Owen (1993), penyakit menyebabkan terjadinya *impairments* pada tingkat sel dan organ tubuh, yang pada gilirannya dapat diikuti oleh disabilitas atau kehilangan kapasitas fungsional dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti makan misalnya. Bahkan, hal tersebut dapat mengarah pada keterbatasan dan kecacatan (*handicap*) yang mempengaruhi perilaku, hubungan sosial serta peran penduduk lanjut usia tersebut di masyarakat yang lebih luas. Strawbridge et al. (1996) menyatakan bahwa penyakit kronik/degeneratif menurunkan peluang penduduk lanjut usia untuk mencapai *successful ageing*.

Beberapa penyakit kronik/degeneratif yaitu gangguan sendi dan penyakit jantung dalam penelitian ini terbukti berpengaruh meningkatkan risiko mengalami disabilitas sedang dibanding ringan. Pada tingkat disabilitas berat, pengaruh kedua penyakit ini negatif, yang berarti penduduk lanjut usia yang mengalami penyakit gangguan sendi dan jantung cenderung tidak mengalami disabilitas tingkat berat.

Gangguan sendi, menurut Soenarto (2006) terjadi salah satunya berkaitan dengan penurunan fungsi otot dan tulang/rangka (muskuloskeletal), seiring dengan bertambahnya usia. Perubahan tubuh terjadi sejak awal kehidupan hingga usia lanjut pada semua organ dan jaringan tubuh, termasuk sistem muskuloskeletal dan jaringan lain yang ada kaitannya dengan kemungkinan timbulnya beberapa golongan reumatik. Salah satu golongan penyakit reumatik

yang sering menyertai usia lanjut yang menimbulkan gangguan muskuloskeletal terutama adalah osteoarthritis, yaitu penyakit sendi degeneratif. Kejadian penyakit tersebut akan semakin meningkat sejalan dengan meningkatnya usia manusia. Tiga keluhan utama pada sistem muskuloskeletal adalah nyeri, kekakuan (rasa kaku) dan kelemahan serta adanya tiga tanda utama yaitu pembengkakan sendi, kelemahan otot dan gangguan gerak. Gangguan sendi yang diderita oleh penduduk lanjut usia mempengaruhi mobilitasnya sehingga menyebabkan terganggunya aktivitas sehari-hari baik sebagai individu maupun makhluk sosial.

Penyakit jantung merupakan salah satu penyakit yang umum dialami oleh penduduk lanjut usia. Seiring bertambahnya usia, jantung mengalami perubahan anatomik dan fisiologik sehingga mempengaruhi kinerjanya. Selain itu, terdapat beberapa faktor risiko dari penyakit jantung yaitu hipertensi, merokok, dislipidemia, intoleransi glukosa, obesitas dan kurangnya latihan. Dengan penambahan usia menyebabkan faktor risiko terdapat lebih lama demikian juga pengendaliannya sehingga hal ini akan menyebabkan sekuel kardiovaskuler yang lebih besar. Penyakit kardiovaskuler tercatat sebagai pembunuh pertama di negara-negara industri maju dan prevalensinya semakin meningkat di negara-negara sedang berkembang sejalan dengan kemajuan dan kemakmuran yang dinikmatinya, termasuk di Indonesia. Penyakit ini juga merupakan penyebab terjadinya masalah dalam kapasitas fungsional penduduk, termasuk penduduk lanjut usia (Darmojo, 2006c).

Terlihat dari hasil penelitian ini bahwa gangguan sendi dan penyakit jantung menyebabkan disabilitas, namun pada tingkat sedang saja dan tidak sampai pada tingkat berat. Hal ini dimungkinkan karena tingkat keparahan dari gangguan sendi dan penyakit jantung yang diderita oleh responden dalam penelitian ini tidak sampai membawanya pada disabilitas berat. Sayangnya, data yang dipergunakan dalam penelitian ini tidak memberikan informasi seberapa tingkat keparahan dari penyakit-penyakit yang diderita tersebut. Di samping itu, terdapat pengaruh dari individu dan keluarga yang bersangkutan, dimana apabila seseorang telah mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit jantung dan gangguan sendi, ia akan lebih berhati-hati dalam menjaga diri, dengan menghindari faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit yang

dideritanya bertambah parah, sehingga mereka tidak sampai mengalami disabilitas berat. Keluarga atau rumah tangga yang anggotanya menderita penyakit kronik/degeneratif pun akan lebih waspada dalam menjaga dan merawat, agar penyakit yang diderita oleh anggota rumah tangganya tersebut tidak sampai menyebabkan disabilitas berat, dengan menghindarkan anggota rumah tangga yang terkena penyakit tersebut dari faktor-faktor risiko penyakit tersebut. Mungkin mereka tetap akan mengalami gangguan dalam melakukan aktivitasnya sebagai individu maupun makhluk sosial, namun dalam tingkat sedang saja.

Walaupun berdasarkan hasil ini pengaruh kedua penyakit ini tidak sampai menyebabkan disabilitas berat, namun demikian, kedua penyakit ini tetap perlu diwaspadai dan sebisa mungkin dicegah kemunculannya. Darmojo (2006c) mengatakan, penyakit terkait jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler) adalah masalah penting bagi penduduk lanjut usia dan merupakan penyebab utama kematian dan disabilitas pada penduduk lanjut usia. Apabila tidak berhati-hati dalam menjaga kondisi tubuh, penderita kedua penyakit ini dapat mengalami kondisi yang lebih parah dan akhirnya akan mengalami disabilitas berat, bahkan kematian mendadak. Menurut Boulton et al. (1994), gangguan sendi dan penyakit jantung terutama jantung koroner merupakan prediktor signifikan dari terjadinya gangguan/keterbatasan fungsional pada penduduk lanjut usia.

Penyakit hipertensi diketahui berpengaruh negatif, baik pada tingkat disabilitas sedang maupun berat. Hasil ini menunjukkan bahwa dalam data ini, penderita hipertensi cenderung mengalami disabilitas ringan, tidak sampai mengalami disabilitas sedang atau berat. Hal ini terkait dengan tingkat keparahan penyakit tersebut serta kemampuan individu dalam menjaga dirinya, di samping peran orang-orang di sekitarnya dalam menghindarkan penduduk lanjut usia tersebut dari faktor-faktor risiko penyakit ini.

Bulpit et al. dalam Martono (2006a) menyebutkan bahwa pengobatan hipertensi pada usia lanjut sesungguhnya sangat mudah apabila hipertensi hanya satu-satunya kelainan yang diderita oleh penduduk lanjut usia tersebut. Martono (2006a) menyatakan, penyakit ini dapat dikendalikan melalui upaya-upaya pengobatan seperti mengkonsumsi obat antihipertensi serta menghindari faktor-faktor risiko dari penyakit ini seperti berhenti merokok, menurunkan berat badan

yang berlebihan, berhenti/mengurangi asupan alkohol serta mengurangi asupan garam. Dukungan keluarga/anggota rumah tangga lainnya di sekitar penduduk lanjut usia juga berperan penting dalam hal ini, yaitu dengan membantu penduduk lanjut usia tersebut agar terhindar dari faktor-faktor risiko yang memicu lebih parahnya penyakit yang dideritanya tersebut.

Sementara itu, penyakit TBC paru-paru, diabetes mellitus, stroke dan gangguan mental terbukti berpengaruh meningkatkan risiko mengalami disabilitas sedang/berat dibanding ringan. Pada tingkat disabilitas sedang, gangguan mental memberikan pengaruh paling dominan (OR=3,203), diikuti oleh penyakit stroke (OR=2,226), TBC Paru-paru (OR=1,466) dan diabetes mellitus (OR=1,028). Demikian juga pada tingkat disabilitas berat, gangguan mental memberikan pengaruh yang besar dan sangat dominan (OR=13,682), diikuti oleh penyakit stroke (OR=8,854), TBC Paru-paru (OR=1,981) dan diabetes mellitus (OR=1,018).

Meskipun secara statistik tidak signifikan, ternyata penduduk lanjut usia yang mengalami diabetes mellitus menunjukkan kecenderungan untuk mengalami disabilitas sedang hingga berat. Djokomoeljanto (2006) menyebutkan, diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit yang terjadi akibat kelainan/gangguan dalam sistem endokrin tubuh, yaitu kelainan pada sistem produksi hormon oleh kelenjar-kelenjar endokrin dalam tubuh. Hampir semua proses produksi dan pengeluaran hormon dipengaruhi oleh enzim dan enzim ini dipengaruhi oleh proses menua.

Diabetes mellitus atau yang umum disebut sebagai penyakit kencing manis muncul akibat terganggunya proses metabolisme tubuh. Pada orang sehat, karbohidrat yang dikonsumsi akan dipecah di usus menjadi gula kecil yang kemudian diserap dalam peredaran darah. Gula/glukosa dalam darah ini dipindahkan dari dalam darah menuju sel tempat ia dipecah lagi sehingga menjadi sumber energi utama. Agar gula/glukosa dapat masuk ke dalam sel diperlukan pengangkut glukosa untuk bisa menembus dinding sel. Di sinilah peran insulin, yaitu suatu hormon yang diproduksi oleh sel beta dalam pankreas, yang berfungsi mengubah gula darah (glukosa) menjadi gula otot (glikogen). Jika kadar gula darah meningkat, sel beta pankreas akan memproduksi insulin yang akan

mengubah gula darah menjadi gula otot. Sebaliknya, jika kadar gula darah menurun, produksi insulin akan terhenti dan terjadi proses perubahan gula otot menjadi gula darah. Jadi, insulin berperan mengatur keseimbangan kadar gula dalam tubuh. Jika sistem ini terganggu, akan terjadi ketidakseimbangan kadar gula dalam darah, yang dikenal sebagai penyakit diabetes mellitus (Nathan & Delahanty, 2005).

Pada penderita diabetes mellitus ditemukan kadar gula darah yang melebihi batas normal. Berkurangnya kemampuan sel beta pankreas dalam memproduksi insulin mengakibatkan gula darah tidak dapat diubah menjadi gula otot. Akibatnya, penderita kerap mengalami gejala seperti banyak makan namun lemas dikarenakan tidak dapatnya gula otot diubah menjadi energi untuk beraktivitas. Hal ini tentu menyebabkan gangguan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari bagi penduduk lanjut usia yang menderita penyakit ini.

Berkurangnya kemampuan sel beta pankreas dalam memproduksi hormon insulin berkaitan erat dengan proses penuaan terutama penuaan sistem endokrin tubuh, yakni sistem penghasil hormon-hormon penunjang proses metabolisme dalam tubuh. Selain faktor penuaan, penyakit ini juga dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko seperti pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas, merokok, hipertensi, hiperlipidemia, obesitas dan HDL kolesterol yang rendah (Djokomoeljanto, 2006). Perubahan gaya hidup menuju gaya hidup yang lebih sehat merupakan cara ampuh menghindarkan diri dari penyakit diabetes mellitus.

Penyakit TBC Paru-paru secara signifikan mempengaruhi terjadinya disabilitas sedang hingga berat pada penduduk lanjut usia. Pengaruhnya tampak lebih besar pada disabilitas tingkat berat, yang ditunjukkan oleh nilai *Odds Ratio* (OR) yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan nilai OR variabel ini pada tingkat disabilitas sedang.

Penyakit TBC Paru-paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang paru-paru, salah satu organ pernafasan yang penting bagi manusia. Seiring bertambahnya umur, kondisi organ-organ pernafasan mengalami kemunduran, tak terkecuali paru-paru. Keadaan ini diperburuk dengan berbagai kondisi/perilaku yang berdampak negatif terhadap kesehatan seperti kebiasaan merokok, kelebihan

berat badan/obesitas, imobilitas paru-paru dan tindakan operasi/pembedahan yang pernah dilakukan pada paru-paru. Akibatnya, paru-paru mengalami penurunan fungsi faal sehingga daya tahannya terhadap infeksi pun berkurang. Pada penyakit TBC yang menyerang paru-paru, infeksi disebabkan oleh kuman *M.tuberculosis*. Kondisi paru-paru yang telah lemah mempermudah terjadinya infeksi oleh kuman ini (Rahmatullah, 2006).

Sebagaimana dijelaskan oleh Rahmatullah (2006), penderita TBC Paru-paru akan mengalami gejala-gejala seperti sesak nafas, penurunan berat badan serta gangguan mental. Hal ini tentunya sangat mengganggu aktivitas sehari-hari penduduk lanjut usia yang menderita penyakit ini. Di samping itu, TBC Paru-paru merupakan penyakit yang dapat menular. Tidak heran bila penderita TBC Paru-paru acapkali diasingkan dari masyarakat untuk mencegah penularan yang lebih luas dari penyakit tersebut. Hal ini tentu menciptakan disabilitas bagi si penderita, dimana ia akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari maupun dalam berinteraksi sosial.

Tindakan rehabilitasi perlu diberikan kepada penduduk lanjut usia yang menderita penyakit ini, mengingat gangguan fungsi paru yang dideritanya. Latihan fisik untuk memperkuat otot-otot pernafasan, latihan pernafasan dan penjelasan cara batuk yang efektif dan sebagainya perlu dijelaskan kepada penderita, guna mengurangi tingkat keparahan dari penyakit yang dideritanya tersebut.

Pengaruh stroke sangat nyata dalam menyebabkan terjadinya disabilitas sedang hingga berat pada penduduk lanjut usia. Pengaruh tersebut terutama terlihat pada disabilitas tingkat berat, yang ditunjukkan oleh nilai *Odds Ratio* (OR) yang jauh lebih tinggi jika dibandingkan dengan nilai OR pada tingkat disabilitas sedang.

Stroke merupakan suatu manifestasi klinik gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologik. Kelainan utama yang menyertai stroke adalah kelainan pada pembuluh darah di otak, yang mengganggu peredaran darah sistemik tubuh. Penyebab dari kelainan pembuluh darah di otak tersebut dapat saja didapati pada pembuluh darah di bagian lain tubuh. Kelainan ini menyebabkan kematian otak, yang tidak dapat diobati dengan cara apapun. Akibatnya, sistem

syaraf tubuh terganggu. Gejala yang nampak dari penderita stroke antara lain terganggunya kemampuan fisik seperti kelumpuhan separuh badan, bicara pelo dan sebagainya. Penyakit ini juga dapat memicu terjadinya komplikasi berupa kenaikan tekanan darah, kenaikan gula darah, gangguan jantung, gangguan respirasi, infeksi dan sepsis, gangguan ginjal dan hati serta kelainan elektrolit asam dan basa. Stroke tergolong sebagai penyakit sistemik, yaitu penyakit dengan kemungkinan komplikasi yang luas dikarenakan oleh kematian jaringan otak yang sifatnya *irreversible* (Martono, 2006b).

Sebagai suatu “penyakit”, stroke merupakan gangguan yang terutama menyerang penduduk lanjut usia. Dengan semakin bertambahnya populasi penduduk lanjut usia, maka stroke merupakan suatu keadaan yang harus dikuasai pentatalaksanaannya oleh mereka yang berkecimpung di bidang geriatri. Perlu pula dicatat bahwa sebagai bagian dari pembuluh darah sistemik, maka pentatalaksanaan stroke pada dasarnya merupakan pentatalaksanaan suatu penyakit sistemik, apalagi kalau diingat bahwa berbeda dengan kerusakan pada organ lain, kematian jaringan otak yang telah terjadi pada stroke bersifat tidak *reversible*, dan pentatalaksanaan selanjutnya lebih banyak tergantung kepada upaya penormalan keadaan sistem tubuh yang lain, sehingga penguasaan ilmu penyakit dalam yang merupakan induk dari ilmu geriatri merupakan syarat mutlak (Martono, 2006b).

Gangguan mental merupakan kondisi kronik yang berpengaruh paling besar dalam menyebabkan disabilitas sedang hingga berat pada penduduk lanjut usia. Pengaruh gangguan mental ini terutama terlihat pada tingkat disabilitas berat. Hal ini terlihat dari nilai *Odds Ratio* (OR) variabel ini pada tingkat disabilitas berat yang jauh lebih tinggi jika dibandingkan dengan nilai OR pada tingkat disabilitas sedang.

Gangguan terhadap kesehatan mental pada penduduk lanjut usia dapat ditelusuri berdasarkan riwayat psikiatriknya. Gangguan mental yang dialami pada saat berusia lanjut dapat merupakan akibat dari suatu keadaan/kejadian yang pernah dialami sebelumnya. Riwayat masa kanak-kanak, remaja dan dewasa dari penderita dapat memberikan informasi tentang kepribadian pramorbidnya serta memberikan petunjuk penting tentang cara dan mekanisme pertahanan jiwa yang

mungkin digunakan oleh penderita usia lanjut tersebut dalam keadaan stress. Riwayat ketidakmampuan belajar atau disfungsi serebral, hubungan dengan teman-teman, olahraga, hobi, aktivitas khusus serta pekerjaan termasuk perasaan dan pengalaman penderita dalam pekerjaannya hingga cara pandang mereka terhadap pensiun merupakan informasi yang penting untuk diketahui terkait kondisi mental penduduk saat memasuki usia lanjut. Demikian juga riwayat keluarga, situasi sosial, riwayat perkawinan dan riwayat seksual penduduk tersebut. (Noviati & Martono, 2006).

Pemeriksaan kesehatan mental pada penduduk lanjut usia mencakup penilaian terhadap kapasitas fungsional mereka, riwayat medis, mood, perasaan dan afeksi, gangguan persepsi, fungsi visuospasial, proses berfikir, sensorium dan kognisi, kesadaran, orientasi, daya ingat, kemampuan membaca dan menulis serta kemampuan dalam membuat pertimbangan. Pemeriksaan status mental juga meliputi bagaimana penderita berpikir (proses pikir), merasakan dan bertindak laku selama pemeriksaan. Keadaan umum penderita adalah termasuk penampilan, aktivitas psikomotorik, sikap terhadap pemeriksa dan aktivitas bicara. Gangguan motorik, sikap penderita yang sulit bekerjasama dan merasa tertekan (cemas, curiga bahkan menangis atau bersikap defensif) selama pemeriksaan dapat menunjukkan tanda-tanda adanya gangguan mental (Noviati & Martono, 2006).

Beberapa masalah psikogeriatri yang kerap dialami oleh penduduk lanjut usia menurut Noviati & Martono (2006) antara lain kesepian (*loneliness*), duka cita dan depresi. Kesepian biasanya dialami oleh penduduk lanjut usia pada saat meninggalnya pasangan hidup atau teman dekat, terutama apabila dirinya sendiri pada saat tersebut juga mengalami penurunan status kesehatan seperti mengalami sakit/gangguan fisik yang berat. Namun demikian, harus dibedakan antara kesepian dengan hidup sendiri. Banyak diantara penduduk lanjut usia yang tinggal seorang diri namun tidak merasa kesepian dikarenakan aktivitas sosialnya yang masih tinggi. Di lain pihak, terdapat penduduk lanjut usia yang tinggal di lingkungan dengan anggota yang cukup banyak namun merasa kesepian. Periode duka cita bagi penduduk lanjut usia merupakan masa-masa yang sangat rawan. Masa-masa ini biasanya terjadi pada saat meninggalnya pasangan hidup atau sahabat dekat. Tak jarang masa-masa tersebut menimbulkan depresi

berkepanjangan, yaitu perasaan sedih dan tertekan yang akhirnya berdampak pada penurunan kondisi fisik. Individu yang mengalami depresi menjadi mudah terserang penyakit dan akhirnya mengalami disabilitas.

Gangguan mental berdampak besar terhadap status kesehatan, terutama menyangkut kapasitas fungsional penduduk lanjut usia. Lamb & Myers (1999) dalam penelitiannya menemukan bahwa sikap positif dalam memandang penuaan serta kemampuan dalam mengelola keuangan berdampak menurunkan risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas dalam tingkat yang lebih berat. Kedua variabel ini merupakan proksi dari kesehatan mental penduduk lanjut usia. Sementara itu, Strawbridge et al. (1996) menyatakan bahwa tidak adanya depresi dan keterlibatan dalam komunitas sosial berkontribusi terhadap rendahnya risiko mengalami disabilitas pada penduduk lanjut usia. Noviaty & Martono (2006) menguatkan bahwa aktif di masyarakat dan kegiatan-kegiatan sosial dapat menjadi salah satu cara menanggulangi gangguan mental pada penduduk lanjut usia. Kedua hasil penelitian ini sejalan dengan apa yang dihasilkan oleh penelitian ini, yaitu bahwa gangguan mental memang sangat berpengaruh terhadap risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas terutama pada tingkat berat.

Dengan akan semakin meningkatnya proporsi penduduk lanjut usia di Indonesia, maka perhatian terhadap kesehatan mental terutama bagi penduduk lanjut usia menjadi sangat penting. Dengan memperhatikan kontribusi gangguan mental terhadap terjadinya disabilitas terutama disabilitas berat, sudah selayaknya dilakukan upaya-upaya menciptakan penduduk lanjut usia yang sehat tidak saja secara fisik namun yang lebih penting lagi adalah sehat secara mental.

BAB 6

KESIMPULAN, KETERBATASAN PENELITIAN DAN REKOMENDASI KEBIJAKAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian serta pembahasan yang telah dikemukakan dalam bab-bab sebelumnya, dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Ditinjau dari status sosio-demografi dan daerah tempat tinggalnya, mayoritas penduduk lanjut usia di Indonesia adalah perempuan, berpendidikan rendah (SD kebawah), berstatus kawin, masih bekerja, tinggal bersama-sama dengan ART lainnya, hidup dalam kondisi ekonomi yang buruk serta bertempat tinggal di daerah pedesaan.
2. Ditinjau dari perilaku kesehatannya, mayoritas penduduk lanjut usia di Indonesia tidak memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan, serta tidak terbiasa mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari.
3. Ditinjau dari penyakit kronik/degeneratif dan gangguan mental yang diderita, gangguan sendi merupakan penyakit yang paling banyak diderita oleh penduduk lanjut usia di Indonesia. Penyakit jantung, hipertensi dan gangguan mental cukup banyak diderita oleh penduduk lanjut usia di Indonesia. Sementara itu, prevalensi penderita penyakit tuberculosis paru-paru, stroke dan diabetes mellitus relatif kecil.
4. Ditinjau dari tingkat disabilitasnya, sebagian besar penduduk lanjut usia di Indonesia mengalami disabilitas tingkat ringan (70%). Sementara itu, disabilitas sedang dialami oleh 27,1% penduduk lanjut usia dan hanya sebesar 2,9% yang mengalami disabilitas berat. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas penduduk lanjut usia di Indonesia memiliki kapasitas fungsional yang relatif baik dan hanya sebagian kecil saja yang mengalami masalah serius dengan kapasitas fungsionalnya.
5. Jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, status bekerja, pengeluaran perkapita perbulan serta daerah tempat tinggal berpengaruh signifikan terhadap kecenderungan penduduk lanjut usia di Indonesia untuk

mengalami disabilitas sedang. Kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan serta kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari juga berpengaruh signifikan terhadap risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas sedang. Beberapa penyakit kronik/degeneratif yang berpengaruh terhadap risiko penduduk lanjut usia di Indonesia mengalami disabilitas sedang adalah gangguan sendi, penyakit jantung, tuberculosi paru-paru dan stroke. Selain itu, gangguan mental juga secara signifikan mempengaruhi tingkat kecenderungan penduduk lanjut usia di Indonesia untuk mengalami disabilitas sedang.

6. Kecenderungan penduduk lanjut usia di Indonesia untuk mengalami disabilitas berat dipengaruhi oleh jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, status bekerja, pengaturan tempat tinggal/*living arrangement*, serta daerah tempat tinggal. Variabel interaksi antara pengeluaran perkapita perbulan dan daerah tempat tinggal juga berpengaruh signifikan terhadap risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas berat, dimana mereka yang tinggal di pedesaan dengan tingkat ekonomi rendah berisiko lebih besar untuk mengalami disabilitas berat dibandingkan kategori-kategori pembandingnya. Kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan serta kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari juga berpengaruh signifikan terhadap risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas berat. Sementara itu, beberapa penyakit kronik/degeneratif yang berpengaruh terhadap risiko penduduk lanjut usia di Indonesia mengalami disabilitas berat adalah gangguan sendi, hipertensi, tuberculosi paru-paru dan stroke. Gangguan mental juga secara signifikan mempengaruhi tingkat kecenderungan penduduk lanjut usia di Indonesia untuk mengalami disabilitas berat. Stroke dan gangguan mental merupakan dua penyakit yang kuat pengaruhnya terhadap risiko mengalami disabilitas berat.
7. Penduduk lanjut usia berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan rendah, berstatus tidak kawin, memiliki tingkat ekonomi rendah dan tinggal di pedesaan berisiko lebih besar mengalami disabilitas tingkat sedang maupun berat. Dengan kata lain, penduduk lanjut usia dengan karakteristik tersebut di atas berpeluang lebih besar dibandingkan kategori pembandingnya untuk

mengalami masalah dalam kapasitas fungsionalnya. Ditinjau dari pengaturan tempat tinggalnya, penduduk lanjut usia yang tinggal seorang diri cenderung tidak mengalami masalah dalam kapasitas fungsionalnya. Penduduk lanjut usia yang mengalami disabilitas tingkat berat cenderung tidak tinggal seorang diri melainkan tinggal bersama dengan ART lainnya karena mereka membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

8. Pengujian terhadap pengaruh interaksi antara variabel pengeluaran perkapita perbulan dan daerah tempat tinggal menunjukkan hasil bahwa risiko mengalami disabilitas berat semakin tinggi untuk penduduk lanjut usia yang tinggal di pedesaan dengan tingkat ekonomi yang rendah. Dengan tingkat ekonomi yang sama-sama rendah, penduduk lanjut usia di pedesaan berpeluang lebih besar mengalami disabilitas berat dibanding ringan.
9. Penduduk lanjut usia yang memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik ringan serta memiliki kebiasaan mengkonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari berisiko lebih kecil untuk mengalami disabilitas sedang maupun berat. Dengan kata lain, penduduk lanjut usia yang menerapkan perilaku hidup sehat tersebut di atas cenderung tidak mengalami masalah yang berarti dalam kapasitas fungsional mereka.
10. Penyakit tuberculosis paru-paru, stroke dan gangguan mental merupakan penyakit-penyakit yang meningkatkan risiko penduduk lanjut usia mengalami disabilitas, baik pada tingkat sedang maupun berat. Stroke dan gangguan mental merupakan faktor yang sangat dominan mempengaruhi terjadinya disabilitas terutama disabilitas berat pada penduduk lanjut usia di Indonesia. Adapun penyakit jantung dan gangguan sendi juga merupakan penyakit yang dapat menyebabkan disabilitas, namun dalam taraf yang sedang saja. Sedangkan penyakit hipertensi dalam penelitian ini tidak menyebabkan terjadinya disabilitas sedang maupun berat. Penyakit diabetes mellitus dalam penelitian ini menunjukkan kecenderungan menjadi penyebab disabilitas sedang maupun berat, namun pengaruhnya tidak signifikan pada kedua tingkat disabilitas tersebut.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Beberapa keterbatasan dari penelitian ini adalah:

- a. Pengaruh penyakit kronik/degeneratif terhadap tingkat disabilitas penduduk lanjut usia tidak terlepas dari tingkat keparahan dari penyakit yang diderita tersebut. Data yang digunakan dalam penelitian ini tidak mencakup tingkat keparahan dari penyakit-penyakit kronik/degeneratif tersebut.
- b. Dalam analisis pola makan penduduk lanjut usia, protein merupakan zat gizi yang juga penting untuk dikonsumsi oleh penduduk lanjut usia. Protein merupakan zat pembangun yang berfungsi memperbaiki sel-sel tubuh yang rusak. Bagi penduduk lanjut usia, protein sangat bermanfaat dalam menjaga dan melindungi sel-sel tubuh dari kerusakan yang pada akhirnya akan menurunkan kapasitas fungsional dari organ-organ tubuh dan menyebabkan terjadinya disabilitas. Namun, dalam penelitian ini, data konsumsi protein tidak tersedia sehingga variabel tersebut tidak dimasukkan dalam analisis.

6.3 Rekomendasi Kebijakan

Dengan memperhatikan beberapa kesimpulan yang diperoleh dari hasil penelitian ini, maka dapat diberikan beberapa rekomendasi kebijakan sebagai berikut:

1. Pemerintah perlu lebih memperhatikan kesejahteraan penduduk lanjut usia di Indonesia, terutama penduduk lanjut usia perempuan, mengingat mayoritas penduduk lanjut usia di Indonesia adalah perempuan. Perlindungan terhadap penduduk lanjut usia di Indonesia perlu diwujudkan dan terus ditingkatkan, baik perlindungan sosial maupun ekonomi.
2. Pendidikan merupakan kunci dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk lanjut usia, termasuk kaitannya dengan tingkat disabilitas. Guna meningkatkan kualitas intelektual penduduk lanjut usia di masa mendatang, pembangunan di bidang pendidikan sangat penting. Untuk menciptakan penduduk lanjut usia dengan kualitas intelektual yang baik di masa depan, pembangunan di bidang

pendidikan harus ditingkatkan mulai dari sekarang. Kualitas penduduk lanjut usia di masa mendatang sangat ditentukan oleh proses yang dijalani pada masa kini. Untuk itu, pemerataan kesempatan memperoleh pendidikan yang layak dan berkualitas bagi penduduk Indonesia harus dimulai dari sekarang karena hal ini akan sangat menentukan kualitas penduduk lanjut usia Indonesia di masa depan. Pencanangan program wajib belajar hingga 12 tahun serta keringanan biaya pendidikan merupakan salah satu cara agar pendidikan dapat dinikmati oleh lebih banyak lagi anggota masyarakat, bahkan seluruh rakyat Indonesia.

3. Pembangunan terutama di bidang kesehatan perlu terus ditingkatkan dan lebih dimeratakan baik pelaksanaan maupun hasil-hasilnya. Mengingat penduduk lanjut usia umumnya tinggal di pedesaan, maka akses terhadap fasilitas kesehatan terutama di daerah-daerah pedesaan perlu terus ditingkatkan. Pembangunan yang mencakup perbaikan sarana transportasi dan komunikasi terutama di daerah-daerah yang masih tertinggal dan terisolir perlu terus diupayakan dan ditingkatkan.
4. Karena sebagian besar penduduk lanjut usia masih bekerja bahkan masih harus bekerja dan tidak mengalami masalah disabilitas yang berarti, maka penduduk lanjut usia di Indonesia sesungguhnya merupakan sumber daya manusia yang masih dapat dimanfaatkan. Pemerintah perlu memikirkan bagaimana agar potensi penduduk lanjut usia ini dapat dioptimalkan dan dimanfaatkan dalam pembangunan. Pemanfaatan potensi penduduk lanjut usia tersebut dapat dilakukan antara lain dengan melibatkan penduduk lanjut usia dalam pasar kerja bagi yang memiliki kemampuan maupun melibatkannya dalam kegiatan-kegiatan atau peran-peran lainnya di masyarakat. Selain itu, persepsi buruk tentang penduduk lanjut usia yang cenderung dianggap sebagai beban dan tidak produktif perlu dihilangkan dari masyarakat.
5. Perilaku kesehatan yang baik, yang mengarah pada gaya hidup sehat perlu lebih dimasyarakatkan. Masyarakat perlu diberikan pengetahuan, informasi serta dorongan untuk menerapkan perilaku hidup sehat sejak dini, bahkan sejak janin hidup dalam kandungan hingga meninggal dunia (*from the womb to the tomb*). Berdasarkan hasil penelitian ini maka kebiasaan melakukan

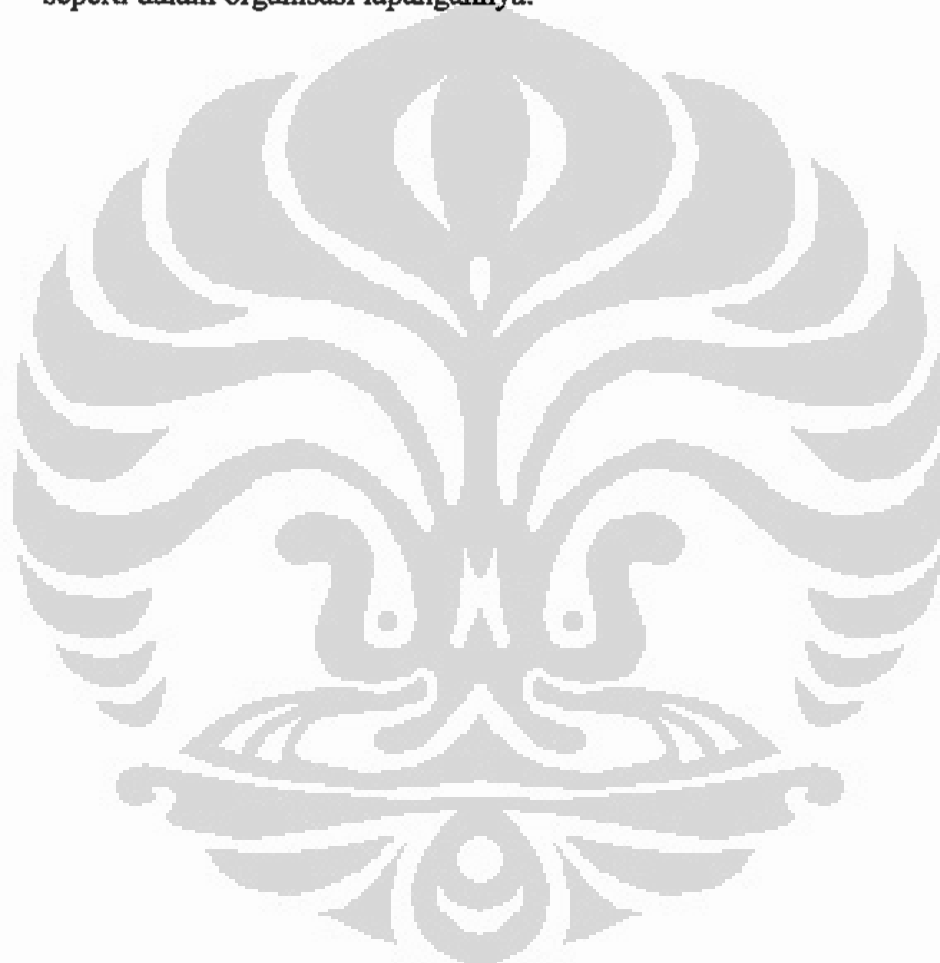
aktivitas fisik ringan perlu terus digalakkan di tengah-tengah masyarakat. Berolahraga sesuai umur sangat bermanfaat bagi kebugaran dan kesehatan tubuh. Bagi penduduk lanjut usia, aktivitas fisik ringan yang rutin dijalani dapat membantu mempertahankan kapasitas fungsional dan menurunkan risiko mengalami disabilitas berat. Slogan “memasyarakatkan olahraga dan mengolahragakan masyarakat” hendaknya jangan berhenti sebagai slogan saja, namun harus benar-benar terealisasi di tengah-tengah masyarakat. Kegiatan berolahraga bersama-sama seperti senam massal, *jogging* atau berjalan/bersepeda santai, rekreasi bersama yang melibatkan penduduk lanjut usia dan kaum muda perlu digalakkan di masyarakat sehingga menciptakan kegembiraan bagi penduduk lanjut usia serta memberikan semangat bagi mereka dalam beraktivitas fisik untuk menjaga kebugaran dan kesehatan.

6. Kebiasaan mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari perlu dimasyarakatkan terutama bagi kalangan lanjut usia, mengingat kebiasaan-kebiasaan tersebut terbukti berpengaruh positif terhadap penurunan risiko mengalami disabilitas yang lebih berat. Kegiatan-kegiatan untuk membudayakan konsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan setiap hari perlu diadakan dan dikemas semenarik mungkin, seperti mengadakan festival buah-buahan dan sayur-sayuran, kegiatan makan sayur dan buah bersama, kegiatan menanam sayur dan buah di lingkungan rumah secara massal dan bentuk-bentuk kegiatan yang menarik lainnya, sehingga diharapkan seluruh lapisan masyarakat menyadari pentingnya konsumsi sayur dan buah setiap hari serta bersemangat dalam mempraktekannya sehari-hari.
7. Penyakit-penyakit yang terbukti menjadi faktor risiko terjadinya disabilitas sedang dan berat seperti gangguan sendi, jantung, tuberculosis paru-paru, stroke dan gangguan mental perlu diwaspadai. Faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan seseorang terserang penyakit-penyakit ini perlu diwaspadai, di samping dengan menerapkan gaya hidup sehat sejak usia dini, sebelum memasuki usia lanjut. Deteksi dini penyakit seperti melalui *medical checkup* dapat dilakukan untuk mencegah berkembangnya penyakit menjadi lebih parah.

8. Penyakit stroke sebagai faktor risiko yang dominan mempengaruhi terjadinya disabilitas sedang hingga berat dapat dicegah dengan menghindari faktor-faktor risiko dari penyakit tersebut dan menerapkan perilaku hidup sehat seperti melakukan aktivitas fisik secara teratur dan mengatur pola makan dengan mengurangi asupan makanan dengan kadar kolesterol tinggi.
9. Gangguan mental yang juga merupakan faktor risiko dominan terjadinya disabilitas sedang dan berat perlu diwaspadai. Gangguan mental pada penduduk lanjut usia dapat dihindari dengan mengembangkan pola pikir positif terutama dalam memandang hidup dan proses penuaan (*ageing*). Mendekatkan diri kepada Tuhan, aktif membaca/belajar, bersosialisasi dengan kelompok-kelompok masyarakat yang seusia (*peer group*), bersilaturahmi dengan kerabat atau teman, serta aktif dalam berbagai kegiatan seperti aktivitas keagamaan, aktivitas terkait hobi dan aktivitas di masyarakat lainnya merupakan cara-cara yang dapat dilakukan untuk menanggulangi gangguan mental seiring bertambahnya umur. Kepedulian keluarga dan solidaritas antargenerasi juga sangat berperan dalam mengatasi gangguan mental pada penduduk lanjut usia. Untuk itu, nilai-nilai kekeluargaan dan sosial seperti menghormati yang tua dan menyayangi yang muda, serta hubungan kekerabatan yang erat perlu dipertahankan di tengah era globalisasi dan modernisasi sekarang ini. Selain itu, pemerintah perlu menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan mental bagi penduduk lanjut usia yang mudah diakses sehingga penduduk lanjut usia dimanapun berada dapat terlayani dengan baik.
10. Mengingat proporsi penduduk lanjut usia relatif terhadap penduduk usia produktif akan semakin meningkat di masa yang akan datang, keberadaan dan peranan penduduk lanjut usia di Indonesia semakin penting. Untuk itu, perlu adanya penelitian yang berkesinambungan mengenai berbagai aspek kehidupan penduduk lanjut usia di Indonesia, seperti aspek sosial, ekonomi, budaya dan sebagainya. Badan Pusat Statistik (BPS) selaku lembaga pengumpul data di Indonesia dalam survei-surveinya seperti Sensus Penduduk, Susenas maupun Survei Penduduk Antarsensus (SUPAS) perlu menambahkan pertanyaan-pertanyaan terkait berbagai aspek kehidupan penduduk lanjut usia tersebut, yang nantinya dapat menjadi rujukan bagi para

peneliti dan pengambil kebijakan, guna merumuskan kebijakan yang tepat sehubungan dengan peningkatan kualitas penduduk lanjut usia Indonesia di masa yang akan datang.

11. Pelaksanaan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) di Indonesia oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Departemen Kesehatan perlu terus disempurnakan. Penyempurnaan tersebut meliputi aspek teknis di lapangan seperti kualitas pewawancara maupun aspek nonteknis seperti dalam organisasi lapangannya.



DAFTAR PUSTAKA

- Adioetomo, Sri Moertiningsih. (2005). *Bonus Demografi, Menjelaskan Hubungan antara Pertumbuhan Penduduk dengan Pertumbuhan Ekonomi*. Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar Tetap dalam Bidang Ekonomi Kependudukan pada FEUI, 2005.
- Agresti, Alan. (1990). *Categorical Data Analysis*. John Wiley & Sons, Inc.
- Agung, I Gusti Ngurah. (1992). *Metode Penelitian Sosial 1 Pengertian dan Pemakaian Praktis*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- (1994). *Faktor Interaksi: Pengertian Secara Substansi dan Statistika*. Jakarta: Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- (1996). *Analisis Hubungan Kausal Berdasarkan Data Kategorik Aplikasi untuk Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- (1996). The Development of Composites Indices for the Quality of Life and Human Resources Using Factor Analysis. *Journal of Population*, Vol. 2, No. 2, December 1996.
- (1998). *Metode Penelitian Sosial 2 Pengertian dan Pemakaian Praktis*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Ananta, A & Sirait, H. (1993). *Ciri Demografis Kualitas Penduduk dan Pembangunan Ekonomi*. Jakarta: Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Ananta, A & Arifin, E.N. (2009). Older Persons in Southeast Asia: From Liability to Asset. In *Older Persons in Southeast Asia, An Emerging Asset*. Edited by Evi Nurvidya Arifin & Aris Ananta. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies (ISEAS) Publishing.
- Anies. (2006). *Waspada Ancaman Penyakit Tidak Menular Solusi Pencegahan dari Aspek Perilaku dan Lingkungan*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Ariati, Niken. (2001). *Karakteristik Sosial, Ekonomi dan Status Kesehatan Penduduk Lansia di Indonesia*. Thesis pada Program Pascasarjana Studi Kependudukan dan Ketenagakerjaan Universitas Indonesia.
- Arisman. (2003). *Gizi dalam Daur Kehidupan: Buku Ajar Ilmu Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Avlund, Kirsten. (2004). Disability in Old Age. *Danish Medical Bulletin*. Vol. 51, No.4/November 2004.
- Badan Pusat Statistik. (1974). *Penduduk Indonesia Hasil Sensus Penduduk 1971 Seri D*. Jakarta: BPS, Okt 1974
- , (1983). *Penduduk Indonesia Hasil Sensus Penduduk 1980 Seri S Nomor 2*. Jakarta: BPS, Februari 1983
- , (1992). *Penduduk Indonesia Hasil Sensus Penduduk 1990 Seri S Nomor 2*. Jakarta: BPS, Juli 1992
- , (2001). *Penduduk Indonesia Hasil Sensus Penduduk 2000 Seri L2.2* Jakarta: BPS, Desember 2001
- , (1987). *Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 1985 Seri SUPAS No.5*. Jakarta: BPS, Januari 1987.
- , (1996). *Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 1995 Seri S2*. Jakarta: BPS, September 1996.
- , (2006). *Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 2005 Seri S1*. Jakarta: BPS, Agustus 2006.
- Balfour, J. L & Kaplan, G. A. (2002). Neighborhood Environment and Loss of Physical Function in Older Adults: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 155, No. 6.
- Baltes, Margret M. (1988). Successful Aging: The Product of Biological Factors, Environment Quality and Behavioural Competence. *Cermin Dunia Kedokteran*, No. 51 Tahun 1988.
- Bank Dunia. (2008). *Berinvestasi dalam Sektor Kesehatan Indonesia: Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan*. Bank Dunia, 2008.
- Basta, N. E., Matthews, F. E., Chatfield, M. D. & Brayne, C. (2007). Community-Level Socio-Economic Status and Cognitive and Functional Impairment in the Older Population. *European Journal of Public Health*. Vol.18, No.1. pp.48-54/July 2007.
- Barber, S., Adioetomo, S.M., Ahsan, A., & Setyonaluri, D. (2008). *Ekonomi Tembakau di Indonesia*. Depok: Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Barret, P., Twitchin, S., Kletchko, S. & Ryan, F. (2006). The Living Environments of Community-Dwelling Older People Who Become Frail: Another Look at the Living Standards of Older New Zealanders Survey. *Social Policy Journal of New Zealand*. Issue 28. July 2006.

- Bennet, Gerald C.J & Ebrahim, S. (1995). *The Essentials of Health Care in Old Age: Second Edition*. Edward Arnold.
- Breeze, E., Fletcher, A. E., Leon, D.A., Marmot, M. G., Clarke, R.J. & Shipley, M. J. (2001). Do Socioeconomics Disadvantages Persist Into Old Age? Self-Reported Morbidity in a 29-Year Follow-Up of the Whitehall Study. *American Journal of Public Health.*, Vol. 91, No.2, February, 2001.
- Boult, C., Kane, R. L., Louis, T. A., Boult, L. & McCaffrey, D. (1994). Chronic Conditions that Lead to Functional Limitation in the Elderly. *J. Gerontol*:49:M36-38.
- BURDIS. (2004). *Disability in Old Age, Final Report Conclusions and Recommendations Burden of Disease Network Project*. Finland: The Finish Centre for Interdisciplinary Gerontology, University of Jyvaskyla.
- Cicik, Lilis Heri Mis. (1999). *Disabilitas, Kesakitan dan Status Gizi Penduduk Indonesia (Analisis Data SAKERTI/IFLS Tahun 1993)*. Thesis pada Program Pascasarjana Kependudukan dan Ketenagakerjaan Universitas Indonesia.
- Coni, N., Davison, W., & Webster, S. (1992). *Ageing The Facts*. Oxford University Press.
- Darmojo, R. Boedhi. (2006a). Teori Proses Menua. Dalam *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi ke-3. Cetakan ke-2. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Darmojo, R. Boedhi. (2006b). Demografi dan Epidemiologi Populasi Lanjut Usia. Dalam *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi ke-3. Cetakan ke-2. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Darmojo, R. Boedhi. (2006c). Penyakit Kardiovaskuler pada Lanjut Usia. Dalam *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi ke-3. Cetakan ke-2. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dewi, Sita. 1997. *Faktor Penentu Bekerja diantara Penduduk Usia Lanjut*. Thesis pada Program Pascasarjana Kependudukan dan Ketenagakerjaan Universitas Indonesia.
- Djohan, Eniarti. (1996). Lansia di Jepang, Aspek Demografis dan Sosiologis. *Buletin Pengkajian Masalah Kependudukan dan Ketenagakerjaan*, VII (1 & 2). Jakarta: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPi).

- Djokomoeljanto, R. (2006). Endokrinologi pada Usia Lanjut. Dalam *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi Ke-3. Cetakan ke-2. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Dutta, D., Vanere, P., Gupta, T., Munshi, A. & Jalali, R. (2009). *Factors Influencing Activities of Daily Living using FIM-FAM Scoring System before Adjuvant Treatment in Patients with Brain Tumors: Results from A Prospective Study*. Springer Science and Business Media, LCC, 2009.
- Ebersole, P & Hess, P. (1981). *Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response*. The C.V Mosby Company.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T. & Jett, K. (2005). *Gerontological Nursing & Healthy Ageing*. Mosby Inc.
- Frankle, Reva T. & Owen, Anita L. (1993). *Nutrition in the Community The Art of Delivering Service*. 3rd Edition. Mosby-Year Book, Inc.
- Effendi, Sofian. (1989). Prinsip-prinsip Pengukuran dan Penyusunan Skala. Dalam *Metode Penelitian Survei*. Diedit oleh Masri Singarimbun & Sofian Effendi. Jakarta: LP3ES.
- Gerald Choon-Huat Koh. (2009). National Long-Term-Care Severe Disability Insurance in Singapore. In *Older Persons in Southeast Asia An Emerging Asset*. Edited by Evi Nurvidya Arifin & Aris Ananta. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies (ISEAS) Publishing.
- Gore, M. S. (1990). Social Factors Affecting the Health of the Elderly. In *Improving the Health of Older People: A World View*. Edited by Robert L. Kane, J. Grimley Evans & David MacFayden. Oxford University Press.
- Grundy, E & Jitlal, M. (2007). Socio-Demographic Variations in Moves to Institutional Care 1991-2001: A Record Linkage Study from England and Wales. *Age and Ageing*; 36: pp. 424-430. June 2007.
- Hair, J.F, Anderson, R.E, Tatham, R.L & Black, W.C. (1998). *Multivariate Data Analysis*. Fifth Edition. Prentice-Hall, Inc.
- Handajani, Yvone Suzy. (2006). *Indeks Pengukuran Disabilitas dan Prediksi Kualitas Hidup pada Masyarakat Lansia di DKI Jakarta*. Disertasi pada Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Heikkinen, E. (2003). *What are the Main Risk Factors for Disability in Old Age and How Can Disability be Prevented?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report: <http://www.euro.who.int/document/E82970.pdf>).

- Hosmer, David W & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. John Wiley & Sons, Inc.
- Jagger, C., Matthews, R., Melzer, D., Matthews, F., Brayne, C. & MRC CFAS. (2007). Educational Differences in the Dynamics of Disability Incidence, Recovery and Mortality: Findings from the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *International Journal of Epidemiology*; 36: pp. 358-365. January 2007.
- Komisi Nasional Lanjut Usia. (2007). *Kumpulan Kesepakatan Internasional Bidang Lanjut Usia*. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia.
- Komisi Nasional Lanjut Usia. *Menua Secara Aktif, Kerangka Kebijakan*. Naskah terjemahan dari materi *Health and Ageing* yang diterbitkan oleh WHO (2002).
- Koukoui, S., Vlachonikolis, I.G., Philalithis, A. (2002). *Socio-Demographic Factors and Self-Reported Functional Status: The Significance of Social Support*. BMC Health Service Research 2002, 2:20.
- Khomsan, Ali. (2004a). Serat, Gizi yang Terlupakan. Dalam *Pangan dan Gizi untuk Kesehatan*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.
- Khomsan, Ali. (2004b). Rawan Gizi pada Manula. Dalam *Pangan dan Gizi untuk Kesehatan*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.
- Kusnendi. (2008). *Model-model Persamaan Struktural Satu dan Multigroup Sampel dengan LISREL*. Bandung: Alfabeta.
- Lamb, Vicki L & Myers, George C. (1999). A Comparative Study of Successful Aging in Three Asian Countries. *Population Research and Policy Review*. 18: 433-449.
- Lamb, Vicki L & Siegel, Jacob S. (2004). Health Demography. In *The Methods and Materials of Demography*. Edited by Jacob S. Siegel & David A. Swanson. Elsevier Inc.
- Long, J. Scott. (1997). *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables*. SAGE Publications, Inc.
- Mahmud, Noviar. (2007). Tetap Bugar di Lanjut Usia. Dalam *Bunga Rampai Masalah Kesehatan dari dalam Kandungan sampai Lanjut Usia*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mahoney, F. I & Barthell, D.W. (1965). Functional Evaluation: The Barthell Index. *Maryland State Medical Journal*. 1965; 14: 56-61.
- Manfaat Sayur dan Buah bagi Kesehatan. <http://www.kliniku.wordpress.com>.

- Mantra, Ida Bagoes. (2000). *Demografi Umum*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Martel, L., Belanger, A., Berthelot, J. & Carriere, Y. *Healthy Aging: Healthy Today, Healthy Tomorrow? Findings from the National Population Health Survey*. Component of Statistics Canada Catalogue no. 82-618-MWE2005004. ISSN: 1713-8833, ISBN: 0-662-40296-0.
- Martono, H. Hadi. (2006a). Pentatalaksanaan Hipertensi pada Usia Lanjut. Dalam *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi Ke-3. Cetakan ke-2. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Martono, H. Hadi. (2006b). Pentatalaksanaan Stroke sebagai Manifestasi Penyakit Sistemik. Dalam *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi Ke-3. Cetakan ke-2. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Martono, H. Hadi & Darmojo, R. Boedhi. (2006). Olahraga dan Kebugaran pada Usia Lanjut. Dalam *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi Ke-3. Cetakan ke-2. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mundiharno. (1997). Lansia Indonesia Awal Abad 21: Sebuah Tinjauan Demografis. *Warta Demografi*, edisi khusus 1997.
- Mushkin, Selma J. (1962). Health as an Investment. *The Journal of Political Economy*, Vol. 70, No. 5, Part 2: Investment in Human Beings (Oct, 1962), pp.129-157.
- Nachrowi, N. D & Usman, H. (2002). *Penggunaan Teknik Ekonometri*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Nathan, David M. & Delahanty, Linda M. (2005). *Menaklukkan Diabetes*. Diterjemahkan oleh Meitasari Tjandrasa. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer.
- Noviati & Martono, H. Hadi. (2006). Psikogeriatric. Dalam *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi Ke-3. Cetakan ke-2. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Parahyba, M. I., Stevens, K., Lain A. Lang & Melzer, D. (2009). Reductions in Disability Prevalence Among the Highest Income Groups of Older Brazillians. *American Journal of Public Health*. Vol.99, No.1, January 2009.
- Prasetyo, Eko. *Pentingnya Olahraga bagi Kesehatan*. <http://simplyeko.com/pentingnya-olahraga-bagi-kesehatan.html>).

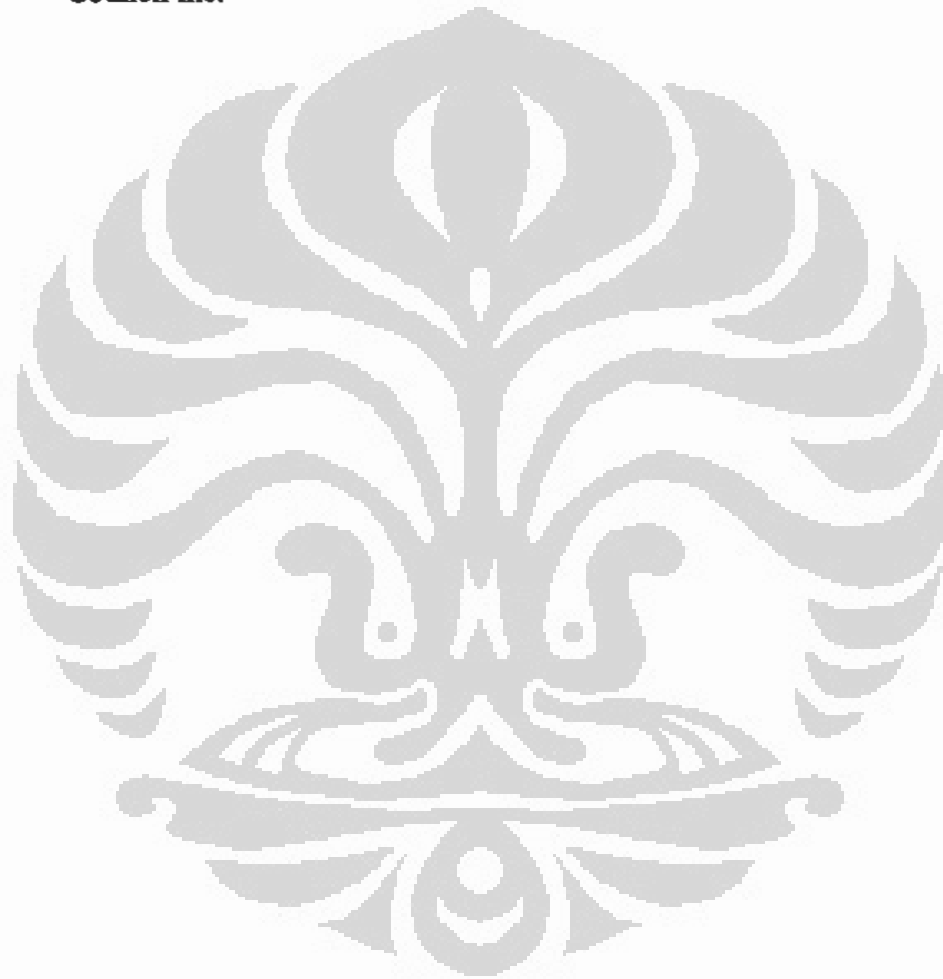
- Rahardjo, Tribudi W & Priyotomo, Y. (1994). Permasalahan Kesehatan Lansia dan Upaya Pelayanan Melalui Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut. *Warta Demografi*, No.1, Th. 24, 1994, Penerbit Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Rahardjo, T. W., Hartono, T., Dewi, V.P., Hogervorst, E. & Arifin, E. N. (2009). Facing the Geriatric Wave in Indonesia, Financial Conditions and Social Support. In *Older Persons in Southeast Asia, An Emerging Asset*. Edited by Evi Nurvidya Arifin & Aris Ananta. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies (ISEAS) Publishing.
- Rahmatullah, P. (2006). Penyakit Paru pada Usia Lanjut. Dalam *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi Ke-3. Cetakan ke-2. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Rustika. (1997). *Determinan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (ADL) Penduduk Usia Lanjut (Analisis Data Susenas 1995)*. Thesis pada Program Pascasarjana Kependudukan dan Ketenagakerjaan Universitas Indonesia.
- Semiun, Yustinus. (2006). *Kesehatan Mental 1*. Yogyakarta: Kanisius.
- Sirait, A. M & Riyadina, W. (1999). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan Lanjut Usia. *Jurnal Epidemiologi Indonesia*. Volume 3. Edisi 3-1999.
- Soemodinoto, S & Suwandono, A. (1997). Kecenderungan Transisi Demografi dan Epidemiologi Suatu Fenomena Penting terhadap Masalah Gizi dan Kesehatan pada Pra-Lansia dan Lansia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol. 1, No.1, 1997.
- Soenarto. (2006). Reumatik pada Usia Lanjut. Dalam *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi Ke-3. Cetakan Ke-2. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Strawbridge, W. J, Cohen, R. D, Shema, S. J & Kaplan, G. A. (1996). Successful Aging: Predictors and Associated Activities. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 144, No. 2. USA: The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health.
- Trihandini, Indang. (2007). *Peran Utilisasi Medical Check Up Terhadap Aktivitas Fisik Dasar Lansia: Studi Panel Kelompok Lanjut Usia 1993-2000*. Disertasi pada Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- United Nation. *World Population Prospect: The 2006 Revision*. <http://esa.un.org/unpp>

- Waluyo, Minto. (2009). *Panduan dan Aplikasi Structural Equation Modelling*. Jakarta: PT. Indeks.
- Watkin, Donald M. (1983). *Handbook of Nutrition, Health and Aging*. USA: Noyes Publications.
- Weil, David N. (1997). The Economics of Population Aging. In *Handbook of Population and Family Economics* Vol. IA, pp. 967-1014. New York: Elsevier.
- Westendorp, Rudi GJ. (2006). What is Healthy Ageing in the 21st Century. *American Journal of Clinical Nutrition*. Supplement:404S-9S.
- WHO. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1994). *A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: Division of Mental Health World Health Organization.
- WHO. (1998). *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century A Vision for All*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2000). *Ageing and Intellectual Disabilities-Improving Longevity and Promoting Healthy Ageing: Summative Report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2002). *Health and Ageing*. World Health Organization.
- WHO. (2003). *Gender, Health and Ageing*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2008). *Health Situation in the South-East-Asia Region 2001-2007*. World Health Organization
- Wirakartakusumah, Djuhari M & Mundiharno. (1994). *Productive Employment bagi Lansia di Indonesia: Issue dan Empirie*. Laporan Seminar Sehari Transisi Kependudukan dan Pembangunan Berkelanjutan. LD-FE UI.
- Yan Hao. (1998). Dependency of the Chinese Elderly: An Exploration. *Journal of the Australian Population Association*. Vol. 15, No. 2. 1998. Canberra: Demography Program Research School of Social Sciences The Australian National University.

Yuliati, Wahyu F. (2006). *Status Fungsional pada Pasien Usia Lanjut di RSUPNCM dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya Tahun 2006*. Skripsi pada Jurusan Biostatistika dan Informatika Kesehatan (Infokes) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Yusuf, Muhammad. (2007). Dimensi Gender dalam Kehidupan Penduduk Lansia di Indonesia. *Populasi* 18 (1), 2007. ISSN: 0853-0262.

Zimmer, Zachary. (2005). *Active Life Expectancy and Functional Limitations Among Older Cambodians: Results from a 2004 Survey*. The Population Council Inc.





Lampiran 1. Output Analisis Faktor pada Pembentukan Variabel Tingkat Disabilitas

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.913
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	757789.0
	df	36
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
e12	1.000	.562
e13	1.000	.737
e14	1.000	.721
e15	1.000	.761
e16	1.000	.734
e17	1.000	.776
e18	1.000	.765
e19	1.000	.789
e20	1.000	.712

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6.557	72.860	72.860
2	.684	7.605	80.465
3	.491	5.452	85.917
4	.418	4.644	90.562
5	.287	3.190	93.752
6	.221	2.461	96.213
7	.153	1.697	97.910
8	.122	1.359	99.269
9	.066	.731	100.000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6.557	72.860	72.860
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component
	1
e12	.749
e13	.859
e14	.849
e15	.872
e16	.857
e17	.881
e18	.875
e19	.888
e20	.844

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Component Score Coefficient Matrix

	Component
	1
e12	.114
e13	.131
e14	.129
e15	.133
e16	.131
e17	.134
e18	.133
e19	.135
e20	.129

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Score Covariance Matrix

Component	1
1	1.000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Lampiran 2. Output Tabulasi Silang

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
eko_kapita * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
buah * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
livingarr * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
dtl2 * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
sayur * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
stroke * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
hipertensi * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
sendi * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
diabetes * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
tuberkulosis * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
pddkn * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
gangguan mental * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
stat_kerja * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
akt_fisik * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk_rokok * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
statkawin_dtl2 * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_kawin * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
ekon_dtl * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jantung * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_merokok * disable3	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%

jk * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
jk	Laki-laki	Count	27432	9009	829	37270
		% within jk	73.6%	24.2%	2.2%	100.0%
		% within disable3	49.3%	41.8%	36.5%	46.9%
	Perempuan	Count	28192	12543	1440	42175
		% within jk	66.8%	29.7%	3.4%	100.0%
		% within disable3	50.7%	58.2%	63.5%	53.1%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within jk	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

pddkn * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
pddkn	1.00	Count	46664	19626	2103	68393
		% within pddkn	68.2%	28.7%	3.1%	100.0%
		% within disable3	83.9%	91.1%	92.7%	86.1%
	2.00	Count	8960	1926	166	11052
		% within pddkn	81.1%	17.4%	1.5%	100.0%
		% within disable3	16.1%	8.9%	7.3%	13.9%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within pddkn	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

status_kawin * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
status_kawin	1.00	Count	18465	9707	1301	29473
		% within status_kawin	62.7%	32.9%	4.4%	100.0%
		% within disable3	33.2%	45.0%	57.3%	37.1%
	2.00	Count	37159	11845	968	49972
		% within status_kawin	74.4%	23.7%	1.9%	100.0%
		% within disable3	66.8%	55.0%	42.7%	62.9%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within status_kawin	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

stat_kerja * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
stat_kerja	1.00	Count	33820	9525	540	43885
		% within stat_kerja	77.1%	21.7%	1.2%	100.0%
		% within disable3	60.8%	44.2%	23.8%	55.2%
	2.00	Count	21804	12027	1729	35560
		% within stat_kerja	61.3%	33.8%	4.9%	100.0%
		% within disable3	39.2%	55.8%	76.2%	44.8%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within stat_kerja	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

livingarr * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
livingarr	1.00	Count	4101	1925	187	6213
		% within livingarr	66.0%	31.0%	3.0%	100.0%
		% within disable3	7.4%	8.9%	8.2%	7.8%
	2.00	Count	51523	19627	2082	73232
		% within livingarr	70.4%	26.8%	2.8%	100.0%
		% within disable3	92.6%	91.1%	91.8%	92.2%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within livingarr	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

eko_kapita * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
eko_kapita	1.00	Count	34521	15034	1613	51168
		% within eko_kapita	67.5%	29.4%	3.2%	100.0%
		% within disable3	62.1%	69.8%	71.1%	64.4%
	2.00	Count	21103	6518	656	28277
		% within eko_kapita	74.6%	23.1%	2.3%	100.0%
		% within disable3	37.9%	30.2%	28.9%	35.6%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within eko_kapita	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

dtf2 * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
dtf2	1.00	Count	36111	15675	1652	53438
		% within dtf2	67.6%	29.3%	3.1%	100.0%
		% within disable3	64.9%	72.7%	72.8%	67.3%
	2.00	Count	19513	5877	617	26007
		% within dtf2	75.0%	22.6%	2.4%	100.0%
		% within disable3	35.1%	27.3%	27.2%	32.7%
Total	Count	55624	21552	2269	79445	
	% within dtf2	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%	
	% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

ekon_dtt * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
ekon_dtt	1.00	Count	26354	12005	1323	39682
		% within ekon_dtt	66.4%	30.3%	3.3%	100.0%
		% within disable3	47.4%	55.7%	58.3%	49.9%
	2.00	Count	29270	9547	946	39763
		% within ekon_dtt	73.6%	24.0%	2.4%	100.0%
		% within disable3	52.6%	44.3%	41.7%	50.1%
Total	Count	55624	21552	2269	79445	
	% within ekon_dtt	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%	
	% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

akt_fisik * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
akt_fisik	Ya	Count	29269	7139	203	36611
		% within akt_fisik	79.9%	19.5%	.6%	100.0%
		% within disable3	52.6%	33.1%	8.9%	46.1%
	Tidak	Count	26355	14413	2066	42834
		% within akt_fisik	61.5%	33.6%	4.8%	100.0%
		% within disable3	47.4%	66.9%	91.1%	53.9%
Total	Count	55624	21552	2269	79445	
	% within akt_fisik	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%	
	% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

sayur * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
sayur	1.00	Count	25680	8001	649	34330
		% within sayur	74.8%	23.3%	1.9%	100.0%
		% within disable3	46.2%	37.1%	28.6%	43.2%
	2.00	Count	29944	13551	1620	45115
		% within sayur	66.4%	30.0%	3.6%	100.0%
		% within disable3	53.8%	62.9%	71.4%	56.8%
Total	Count	55624	21552	2269	79445	
	% within sayur	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%	
	% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

buah * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
buah	1.00	Count	5265	1165	105	6535
		% within buah	80.6%	17.8%	1.6%	100.0%
		% within disable3	9.5%	5.4%	4.6%	8.2%
	2.00	Count	50359	20387	2164	72910
		% within buah	69.1%	28.0%	3.0%	100.0%
		% within disable3	90.5%	94.6%	95.4%	91.8%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within buah	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

sendi * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
sendi	1.00	Count	33369	14690	1504	49563
		% within sendi	67.3%	29.6%	3.0%	100.0%
		% within disable3	60.0%	68.2%	66.3%	62.4%
	2.00	Count	22255	6862	765	29882
		% within sendi	74.5%	23.0%	2.6%	100.0%
		% within disable3	40.0%	31.8%	33.7%	37.6%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within sendi	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

hipertensi * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
hipertensi	1.00	Count	11396	5472	763	17631
		% within hipertensi	64.6%	31.0%	4.3%	100.0%
		% within disable3	20.5%	25.4%	33.6%	22.2%
	2.00	Count	44228	16080	1506	61814
		% within hipertensi	71.6%	26.0%	2.4%	100.0%
		% within disable3	79.5%	74.6%	66.4%	77.8%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within hipertensi	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

jantung * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
jantung	1.00	Count	9812	5667	658	16137
		% within jantung	60.8%	35.1%	4.1%	100.0%
		% within disable3	17.6%	26.3%	29.0%	20.3%
	2.00	Count	45812	15885	1611	63308
		% within jantung	72.4%	25.1%	2.5%	100.0%
		% within disable3	82.4%	73.7%	71.0%	79.7%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within jantung	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

diabetes * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
diabetes	1.00	Count	1786	762	104	2652
		% within diabetes	67.3%	28.7%	3.9%	100.0%
		% within disable3	3.2%	3.5%	4.6%	3.3%
	2.00	Count	53838	20790	2165	76793
		% within diabetes	70.1%	27.1%	2.8%	100.0%
		% within disable3	96.8%	96.5%	95.4%	96.7%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within diabetes	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

tuberkulosis * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
tuberkulosis	1.00	Count	1126	842	126	2094
		% within tuberkulosis	53.8%	40.2%	6.0%	100.0%
		% within disable3	2.0%	3.9%	5.6%	2.6%
	2.00	Count	54498	20710	2143	77351
		% within tuberkulosis	70.5%	26.8%	2.8%	100.0%
		% within disable3	98.0%	96.1%	94.4%	97.4%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within tuberkulosis	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

stroke * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
stroke	1.00	Count	964	1067	493	2524
		% within stroke	38.2%	42.3%	19.5%	100.0%
		% within disable3	1.7%	5.0%	21.7%	3.2%
	2.00	Count	54660	20485	1776	76921
		% within stroke	71.1%	26.6%	2.3%	100.0%
		% within disable3	98.3%	95.0%	78.3%	96.8%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within stroke	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

gangguan mental * disable3 Crosstabulation

			disable3			Total
			1.00	2.00	3.00	
gangguan mental	1.00	Count	8170	8747	1747	18664
		% within gangguan mental	43.8%	46.9%	9.4%	100.0%
		% within disable3	14.7%	40.6%	77.0%	23.5%
	2.00	Count	47454	12805	522	60781
		% within gangguan mental	78.1%	21.1%	.9%	100.0%
		% within disable3	85.3%	59.4%	23.0%	76.5%
Total		Count	55624	21552	2269	79445
		% within gangguan mental	70.0%	27.1%	2.9%	100.0%
		% within disable3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
stat_kerja * buah	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
stat_kerja * sayur	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
stat_kerja * akt_fisik	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
stat_kerja * jantung	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
stat_kerja * stroke	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
stat_kerja * hipertensi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
stat_kerja * sendi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
stat_kerja * diabetes	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
stat_kerja * tuberkulosis	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
stat_kerja * gangguan mental	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
pddkn * buah	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
pddkn * sayur	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
pddkn * akt_fisik	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
pddkn * jantung	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
pddkn * stroke	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
pddkn * hipertensi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
pddkn * sendi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
pddkn * diabetes	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
pddkn * tuberkulosis	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
pddkn * gangguan mental	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk * buah	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk * sayur	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk * akt_fisik	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk * jantung	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk * stroke	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk * hipertensi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk * sendi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk * diabetes	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk * tuberkulosis	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
jk * gangguan mental	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_kawin * buah	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_kawin * sayur	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_kawin * akt_fisik	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_kawin * jantung	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_kawin * stroke	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_kawin * hipertensi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_kawin * sendi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_kawin * diabetes	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_kawin * tuberkulosis	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
status_kawin * gangguan mental	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
ekon_dtt * buah	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
ekon_dtt * sayur	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
ekon_dtt * akt_fisik	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
ekon_dtt * jantung	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
ekon_dtt * stroke	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
ekon_dtt * hipertensi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
ekon_dtt * sendi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
ekon_dtt * diabetes	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
ekon_dtt * tuberkulosis	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ekcn_dtt * gangguan mental	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
eko_kapita * buah	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
eko_kapita * sayur	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
eko_kapita * akt_fisik	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
eko_kapita * jantung	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
eko_kapita * stroke	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
eko_kapita * hipertensi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
eko_kapita * sendi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
eko_kapita * diabetes	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
eko_kapita * tuberkulosis	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
eko_kapita * gangguan mental	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
livingarr * buah	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
livingarr * sayur	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
livingarr * akt_fisik	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
livingarr * jantung	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
livingarr * stroke	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
livingarr * hipertensi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
livingarr * sendi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
livingarr * diabetes	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
livingarr * tuberkulosis	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
livingarr * gangguan mental	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
dt2 * buah	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
dt2 * sayur	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
dt2 * akt_fisik	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
dt2 * jantung	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
dt2 * stroke	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
dt2 * hipertensi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
dt2 * sendi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
dt2 * diabetes	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
dt2 * tuberkulosis	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
dt2 * gangguan mental	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%

stat_kerja * buah Crosstabulation

			buah		Total
			1.00	2.00	
stat_kerja	1.00	Count	3475	40410	43885
		% within stat_kerja	7.9%	92.1%	100.0%
		% within buah	53.2%	55.4%	55.2%
	2.00	Count	3060	32500	35560
		% within stat_kerja	8.6%	91.4%	100.0%
		% within buah	46.8%	44.6%	44.8%
Total		Count	6535	72910	79445
		% within stat_kerja	8.2%	91.8%	100.0%
		% within buah	100.0%	100.0%	100.0%

stat_kerja * sayur Crosstabulation

			sayur		Total
			1.00	2.00	
stat_kerja	1.00	Count	19369	24516	43885
		% within stat_kerja	44.1%	55.9%	100.0%
		% within sayur	56.4%	54.3%	55.2%
	2.00	Count	14961	20599	35560
		% within stat_kerja	42.1%	57.9%	100.0%
		% within sayur	43.6%	45.7%	44.8%
Total	Count	34330	45115	79445	
	% within stat_kerja	43.2%	56.8%	100.0%	
	% within sayur	100.0%	100.0%	100.0%	

stat_kerja * akt_fisik Crosstabulation

			akt fisik		Total
			Ya	Tidak	
stat_kerja	1.00	Count	25120	18765	43885
		% within stat_kerja	57.2%	42.8%	100.0%
		% within akt_fisik	68.6%	43.8%	55.2%
	2.00	Count	11491	24069	35560
		% within stat_kerja	32.3%	67.7%	100.0%
		% within akt_fisik	31.4%	56.2%	44.8%
Total	Count	36611	42834	79445	
	% within stat_kerja	46.1%	53.9%	100.0%	
	% within akt_fisik	100.0%	100.0%	100.0%	

stat_kerja * jantung Crosstabulation

			jantung		Total
			1.00	2.00	
stat_kerja	1.00	Count	8236	35649	43885
		% within stat_kerja	18.8%	81.2%	100.0%
		% within jantung	51.0%	56.3%	55.2%
	2.00	Count	7901	27659	35560
		% within stat_kerja	22.2%	77.8%	100.0%
		% within jantung	49.0%	43.7%	44.8%
Total	Count	16137	63308	79445	
	% within stat_kerja	20.3%	79.7%	100.0%	
	% within jantung	100.0%	100.0%	100.0%	

stat_kerja * stroke Crosstabulation

			stroke		Total
			1.00	2.00	
stat_kerja	1.00	Count	934	42951	43885
		% within stat_kerja	2.1%	97.9%	100.0%
		% within stroke	37.0%	55.8%	55.2%
	2.00	Count	1590	33970	35560
		% within stat_kerja	4.5%	95.5%	100.0%
		% within stroke	63.0%	44.2%	44.8%
Total	Count	2524	76921	79445	
	% within stat_kerja	3.2%	96.8%	100.0%	
	% within stroke	100.0%	100.0%	100.0%	

stat_kerja * hipertensi Crosstabulation

			hipertensi		Total
			1.00	2.00	
stat_kerja	1.00	Count	8071	35814	43885
		% within stat_kerja	18.4%	81.6%	100.0%
		% within hipertensi	45.8%	57.9%	55.2%
	2.00	Count	9560	26000	35560
		% within stat_kerja	26.9%	73.1%	100.0%
		% within hipertensi	54.2%	42.1%	44.8%
Total		Count	17631	61814	79445
		% within stat_kerja	22.2%	77.8%	100.0%
		% within hipertensi	100.0%	100.0%	100.0%

stat_kerja * sendi Crosstabulation

			sendi		Total
			1.00	2.00	
stat_kerja	1.00	Count	26634	17251	43885
		% within stat_kerja	60.7%	39.3%	100.0%
		% within sendi	53.7%	57.7%	55.2%
	2.00	Count	22929	12631	35560
		% within stat_kerja	64.5%	35.5%	100.0%
		% within sendi	46.3%	42.3%	44.8%
Total		Count	49563	29882	79445
		% within stat_kerja	62.4%	37.6%	100.0%
		% within sendi	100.0%	100.0%	100.0%

stat_kerja * diabetes Crosstabulation

			diabetes		Total
			1.00	2.00	
stat_kerja	1.00	Count	1321	42564	43885
		% within stat_kerja	3.0%	97.0%	100.0%
		% within diabetes	49.8%	55.4%	55.2%
	2.00	Count	1331	34229	35560
		% within stat_kerja	3.7%	96.3%	100.0%
		% within diabetes	50.2%	44.6%	44.8%
Total		Count	2652	76793	79445
		% within stat_kerja	3.3%	96.7%	100.0%
		% within diabetes	100.0%	100.0%	100.0%

stat_kerja * tuberkulosis Crosstabulation

			tuberkulosis		Total
			1.00	2.00	
stat_kerja	1.00	Count	1182	42703	43885
		% within stat_kerja	2.7%	97.3%	100.0%
		% within tuberkulosis	56.4%	55.2%	55.2%
	2.00	Count	912	34648	35560
		% within stat_kerja	2.6%	97.4%	100.0%
		% within tuberkulosis	43.6%	44.8%	44.8%
Total		Count	2094	77351	79445
		% within stat_kerja	2.6%	97.4%	100.0%
		% within tuberkulosis	100.0%	100.0%	100.0%

stat_kerja * gangguan mental Crosstabulation

			gangguan mental		Total
			1.00	2.00	
stat_kerja	1.00	Count	7732	36153	43885
		% within stat_kerja	17.6%	82.4%	100.0%
		% within gangguan mental	41.4%	59.5%	55.2%
	2.00	Count	10932	24628	35560
		% within stat_kerja	30.7%	69.3%	100.0%
		% within gangguan mental	58.6%	40.5%	44.8%
Total	Count	18664	60781	79445	
	% within stat_kerja	23.5%	76.5%	100.0%	
	% within gangguan mental	100.0%	100.0%	100.0%	

pddkn * buah Crosstabulation

			buah		Total
			1.00	2.00	
pddkn	1.00	Count	4181	64212	68393
		% within pddkn	6.1%	93.9%	100.0%
		% within buah	64.0%	88.1%	86.1%
	2.00	Count	2354	8698	11052
		% within pddkn	21.3%	78.7%	100.0%
		% within buah	36.0%	11.9%	13.9%
Total	Count	6535	72910	79445	
	% within pddkn	8.2%	91.8%	100.0%	
	% within buah	100.0%	100.0%	100.0%	

pddkn * sayur Crosstabulation

			sayur		Total
			1.00	2.00	
pddkn	1.00	Count	28446	39947	68393
		% within pddkn	41.6%	58.4%	100.0%
		% within sayur	82.9%	88.5%	86.1%
	2.00	Count	5884	5168	11052
		% within pddkn	53.2%	46.8%	100.0%
		% within sayur	17.1%	11.5%	13.9%
Total	Count	34330	45115	79445	
	% within pddkn	43.2%	56.8%	100.0%	
	% within sayur	100.0%	100.0%	100.0%	

pddkn * akt_fisik Crosstabulation

			akt fisik		Total
			Ya	Tidak	
pddkn	1.00	Count	31206	37187	68393
		% within pddkn	45.6%	54.4%	100.0%
		% within akt_fisik	85.2%	86.8%	86.1%
	2.00	Count	5405	5647	11052
		% within pddkn	48.9%	51.1%	100.0%
		% within akt_fisik	14.8%	13.2%	13.9%
Total	Count	36611	42834	79445	
	% within pddkn	46.1%	53.9%	100.0%	
	% within akt_fisik	100.0%	100.0%	100.0%	

pddkn * jantung Crosstabulation

			jantung		Total
			1.00	2.00	
pddkn	1.00	Count	14047	54346	68393
		% within pddkn	20.5%	79.5%	100.0%
		% within jantung	87.0%	85.8%	86.1%
	2.00	Count	2090	8962	11052
		% within pddkn	18.9%	81.1%	100.0%
		% within jantung	13.0%	14.2%	13.9%
Total		Count	16137	63308	79445
		% within pddkn	20.3%	79.7%	100.0%
		% within jantung	100.0%	100.0%	100.0%

pddkn * stroke Crosstabulation

			stroke		Total
			1.00	2.00	
pddkn	1.00	Count	2053	66340	68393
		% within pddkn	3.0%	97.0%	100.0%
		% within stroke	81.3%	86.2%	86.1%
	2.00	Count	471	10581	11052
		% within pddkn	4.3%	95.7%	100.0%
		% within stroke	18.7%	13.8%	13.9%
Total		Count	2524	76921	79445
		% within pddkn	3.2%	96.8%	100.0%
		% within stroke	100.0%	100.0%	100.0%

pddkn * hipertensi Crosstabulation

			hipertensi		Total
			1.00	2.00	
pddkn	1.00	Count	14791	53602	68393
		% within pddkn	21.6%	78.4%	100.0%
		% within hipertensi	83.9%	86.7%	86.1%
	2.00	Count	2840	8212	11052
		% within pddkn	25.7%	74.3%	100.0%
		% within hipertensi	16.1%	13.3%	13.9%
Total		Count	17631	61814	79445
		% within pddkn	22.2%	77.8%	100.0%
		% within hipertensi	100.0%	100.0%	100.0%

pddkn * sendi Crosstabulation

			sendi		Total
			1.00	2.00	
pddkn	1.00	Count	43826	24567	68393
		% within pddkn	64.1%	35.9%	100.0%
		% within sendi	88.4%	82.2%	86.1%
	2.00	Count	5737	5315	11052
		% within pddkn	51.9%	48.1%	100.0%
		% within sendi	11.6%	17.8%	13.9%
Total		Count	49563	29882	79445
		% within pddkn	62.4%	37.6%	100.0%
		% within sendi	100.0%	100.0%	100.0%

pddkn * diabetes Crosstabulation

			diabetes		Total
			1.00	2.00	
pddkn	1.00	Count	1817	66576	68393
		% within pddkn	2.7%	97.3%	100.0%
		% within diabetes	68.5%	86.7%	86.1%
	2.00	Count	835	10217	11052
		% within pddkn	7.6%	92.4%	100.0%
		% within diabetes	31.5%	13.3%	13.9%
Total	Count	2652	76793	79445	
	% within pddkn	3.3%	96.7%	100.0%	
	% within diabetes	100.0%	100.0%	100.0%	

pddkn * tuberkulosis Crosstabulation

			tuberkulosis		Total
			1.00	2.00	
pddkn	1.00	Count	1873	66520	68393
		% within pddkn	2.7%	97.3%	100.0%
		% within tuberkulosis	89.4%	86.0%	86.1%
	2.00	Count	221	10831	11052
		% within pddkn	2.0%	98.0%	100.0%
		% within tuberkulosis	10.6%	14.0%	13.8%
Total	Count	2094	77351	79445	
	% within pddkn	2.6%	97.4%	100.0%	
	% within tuberkulosis	100.0%	100.0%	100.0%	

pddkn * gangguan mental Crosstabulation

			gangguan mental		Total
			1.00	2.00	
pddkn	1.00	Count	17086	51307	68393
		% within pddkn	25.0%	75.0%	100.0%
		% within gangguan mental	91.5%	84.4%	86.1%
	2.00	Count	1578	9474	11052
		% within pddkn	14.3%	85.7%	100.0%
		% within gangguan mental	8.5%	15.6%	13.9%
Total	Count	18664	60781	79445	
	% within pddkn	23.5%	76.5%	100.0%	
	% within gangguan mental	100.0%	100.0%	100.0%	

jk * buah Crosstabulation

			buah		Total
			1.00	2.00	
jk	Laki-laki	Count	3015	34255	37270
		% within jk	8.1%	91.9%	100.0%
		% within buah ,	46.1%	47.0%	46.9%
	Perempuan	Count	3520	38655	42175
		% within jk	8.3%	91.7%	100.0%
		% within buah	53.9%	53.0%	53.1%
Total	Count	6535	72910	79445	
	% within jk	8.2%	91.8%	100.0%	
	% within buah	100.0%	100.0%	100.0%	

jk * sayur Crosstabulation

			sayur		Total
			1.00	2.00	
jk	Laki-laki	Count	16195	21075	37270
		% within jk	43.5%	56.5%	100.0%
		% within sayur	47.2%	46.7%	46.9%
Perempuan	Count	18135	24040	42175	
	% within jk	43.0%	57.0%	100.0%	
	% within sayur	52.8%	53.3%	53.1%	
Total	Count	34330	45115	79445	
	% within jk	43.2%	56.8%	100.0%	
	% within sayur	100.0%	100.0%	100.0%	

jk * akt_fisik Crosstabulation

			akt fisik		Total
			Ya	Tidak	
jk	Laki-laki	Count	20154	17116	37270
		% within jk	54.1%	45.9%	100.0%
		% within akt_fisik	55.0%	40.0%	46.9%
Perempuan	Count	16457	25718	42175	
	% within jk	39.0%	61.0%	100.0%	
	% within akt_fisik	45.0%	60.0%	53.1%	
Total	Count	36611	42834	79445	
	% within jk	46.1%	53.9%	100.0%	
	% within akt_fisik	100.0%	100.0%	100.0%	

jk * jantung Crosstabulation

			jantung		Total
			1.00	2.00	
jk	Laki-laki	Count	7276	29994	37270
		% within jk	19.5%	80.5%	100.0%
		% within jantung	45.1%	47.4%	46.9%
Perempuan	Count	8861	33314	42175	
	% within jk	21.0%	79.0%	100.0%	
	% within jantung	54.9%	52.6%	53.1%	
Total	Count	16137	63308	79445	
	% within jk	20.3%	79.7%	100.0%	
	% within jantung	100.0%	100.0%	100.0%	

jk * stroke Crosstabulation

			stroke		Total
			1.00	2.00	
jk	Laki-laki	Count	1251	36019	37270
		% within jk	3.4%	96.6%	100.0%
		% within stroke	49.6%	46.8%	46.9%
Perempuan	Count	1273	40902	42175	
	% within jk	3.0%	97.0%	100.0%	
	% within stroke	50.4%	53.2%	53.1%	
Total	Count	2524	76921	79445	
	% within jk	3.2%	96.8%	100.0%	
	% within stroke	100.0%	100.0%	100.0%	

jk * hipertensi Crosstabulation

			hipertensi		Total
			1.00	2.00	
jk	Laki-laki	Count	7050	30220	37270
		% within jk	18.9%	81.1%	100.0%
		% within hipertensi	40.0%	48.9%	46.9%
	Perempuan	Count	10581	31594	42175
		% within jk	25.1%	74.9%	100.0%
		% within hipertensi	60.0%	51.1%	53.1%
Total		Count	17631	61814	79445
		% within jk	22.2%	77.8%	100.0%
		% within hipertensi	100.0%	100.0%	100.0%

jk * sendi Crosstabulation

			sendi		Total
			1.00	2.00	
jk	Laki-laki	Count	22152	15118	37270
		% within jk	59.4%	40.6%	100.0%
		% within sendi	44.7%	50.6%	46.9%
	Perempuan	Count	27411	14764	42175
		% within jk	65.0%	35.0%	100.0%
		% within sendi	55.3%	49.4%	53.1%
Total		Count	49563	29882	79445
		% within jk	62.4%	37.6%	100.0%
		% within sendi	100.0%	100.0%	100.0%

jk * diabetes Crosstabulation

			diabetes		Total
			1.00	2.00	
jk	Laki-laki	Count	1323	35947	37270
		% within jk	3.5%	96.5%	100.0%
		% within diabetes	49.9%	46.8%	46.9%
	Perempuan	Count	1329	40846	42175
		% within jk	3.2%	96.8%	100.0%
		% within diabetes	50.1%	53.2%	53.1%
Total		Count	2652	76793	79445
		% within jk	3.3%	96.7%	100.0%
		% within diabetes	100.0%	100.0%	100.0%

jk * tuberkulosis Crosstabulation

			tuberkulosis		Total
			1.00	2.00	
jk	Laki-laki	Count	1193	36077	37270
		% within jk	3.2%	96.8%	100.0%
		% within tuberkulosis	57.0%	46.6%	46.9%
	Perempuan	Count	901	41274	42175
		% within jk	2.1%	97.9%	100.0%
		% within tuberkulosis	43.0%	53.4%	53.1%
Total		Count	2094	77351	79445
		% within jk	2.6%	97.4%	100.0%
		% within tuberkulosis	100.0%	100.0%	100.0%

jk * gangguan mental Crosstabulation

			gangguan mental		Total
			1.00	2.00	
jk	Laki-laki	Count	7042	30228	37270
		% within jk	18.9%	81.1%	100.0%
		% within gangguan mental	37.7%	49.7%	46.9%
	Perempuan	Count	11622	30553	42175
		% within jk	27.6%	72.4%	100.0%
		% within gangguan mental	62.3%	50.3%	53.1%
Total	Count	18664	60781	79445	
	% within jk	23.5%	76.5%	100.0%	
	% within gangguan mental	100.0%	100.0%	100.0%	

status_kawin * buah Crosstabulation

			buah		Total
			1.00	2.00	
status_kawin	1.00	Count	2215	27258	29473
		% within status_kawin	7.5%	92.5%	100.0%
		% within buah	33.9%	37.4%	37.1%
	2.00	Count	4320	45652	49972
		% within status_kawin	8.6%	91.4%	100.0%
		% within buah	66.1%	62.6%	62.9%
Total	Count	6535	72910	79445	
	% within status_kawin	8.2%	91.8%	100.0%	
	% within buah	100.0%	100.0%	100.0%	

status_kawin * sayur Crosstabulation

			sayur		Total
			1.00	2.00	
status_kawin	1.00	Count	11988	17485	29473
		% within status_kawin	40.7%	59.3%	100.0%
		% within sayur	34.9%	38.8%	37.1%
	2.00	Count	22342	27630	49972
		% within status_kawin	44.7%	55.3%	100.0%
		% within sayur	65.1%	61.2%	62.9%
Total	Count	34330	45115	79445	
	% within status_kawin	43.2%	56.8%	100.0%	
	% within sayur	100.0%	100.0%	100.0%	

status_kawin * akt_fisik Crosstabulation

			akt fisik		Total
			Ya	Tidak	
status_kawin	1.00	Count	10732	18741	29473
		% within status_kawin	36.4%	63.6%	100.0%
		% within akt_fisik	29.3%	43.8%	37.1%
	2.00	Count	25879	24093	49972
		% within status_kawin	51.8%	48.2%	100.0%
		% within akt_fisik	70.7%	56.2%	62.9%
Total	Count	36611	42834	79445	
	% within status_kawin	46.1%	53.9%	100.0%	
	% within akt_fisik	100.0%	100.0%	100.0%	

status_kawin * jantung Crosstabulation

			jantung		Total
			1.00	2.00	
status_kawin	1.00	Count	6304	23169	29473
		% within status_kawin	21.4%	78.6%	100.0%
		% within jantung	39.1%	36.6%	37.1%
	2.00	Count	9833	40139	49972
		% within status_kawin	19.7%	80.3%	100.0%
		% within jantung	60.9%	63.4%	62.9%
Total		Count	16137	63308	79445
		% within status_kawin	20.3%	79.7%	100.0%
		% within jantung	100.0%	100.0%	100.0%

status_kawin * stroke Crosstabulation

			stroke		Total
			1.00	2.00	
status_kawin	1.00	Count	992	28481	29473
		% within status_kawin	3.4%	96.6%	100.0%
		% within stroke	39.3%	37.0%	37.1%
	2.00	Count	1532	48440	49972
		% within status_kawin	3.1%	96.9%	100.0%
		% within stroke	60.7%	63.0%	62.9%
Total		Count	2524	76921	79445
		% within status_kawin	3.2%	96.8%	100.0%
		% within stroke	100.0%	100.0%	100.0%

status_kawin * hipertensi Crosstabulation

			hipertensi		Total
			1.00	2.00	
status_kawin	1.00	Count	7419	22054	29473
		% within status_kawin	25.2%	74.8%	100.0%
		% within hipertensi	42.1%	35.7%	37.1%
	2.00	Count	10212	39760	49972
		% within status_kawin	20.4%	79.6%	100.0%
		% within hipertensi	57.9%	64.3%	62.8%
Total		Count	17631	61814	79445
		% within status_kawin	22.2%	77.8%	100.0%
		% within hipertensi	100.0%	100.0%	100.0%

status_kawin * sendi Crosstabulation

			sendi		Total
			1.00	2.00	
status_kawin	1.00	Count	19187	10286	29473
		% within status_kawin	65.1%	34.9%	100.0%
		% within sendi	38.7%	34.4%	37.1%
	2.00	Count	30376	19596	49972
		% within status_kawin	60.8%	39.2%	100.0%
		% within sendi	61.3%	65.6%	62.9%
Total		Count	49563	29882	79445
		% within status_kawin	62.4%	37.6%	100.0%
		% within sendi	100.0%	100.0%	100.0%

status_kawin * diabetes Crosstabulation

			diabetes		Total
			1.00	2.00	
status_kawin	1.00	Count	884	28589	29473
		% within status_kawin	3.0%	97.0%	100.0%
		% within diabetes	33.3%	37.2%	37.1%
	2.00	Count	1768	48204	49972
		% within status_kawin	3.5%	96.5%	100.0%
		% within diabetes	66.7%	62.8%	62.9%
Total		Count	2652	76793	79445
		% within status_kawin	3.3%	96.7%	100.0%
		% within diabetes	100.0%	100.0%	100.0%

status_kawin * tuberkulosis Crosstabulation

			tuberkulosis		Total
			1.00	2.00	
status_kawin	1.00	Count	693	28780	29473
		% within status_kawin	2.4%	97.6%	100.0%
		% within tuberkulosis	33.1%	37.2%	37.1%
	2.00	Count	1401	48571	49972
		% within status_kawin	2.8%	97.2%	100.0%
		% within tuberkulosis	66.9%	62.8%	62.9%
Total		Count	2094	77351	79445
		% within status_kawin	2.6%	97.4%	100.0%
		% within tuberkulosis	100.0%	100.0%	100.0%

status_kawin * gangguan mental Crosstabulation

			gangguan mental		Total
			1.00	2.00	
status_kawin	1.00	Count	8734	20739	29473
		% within status_kawin	29.6%	70.4%	100.0%
		% within gangguan mental	46.8%	34.1%	37.1%
	2.00	Count	9930	40042	49972
		% within status_kawin	19.9%	80.1%	100.0%
		% within gangguan mental	53.2%	65.9%	62.9%
Total		Count	18664	60781	79445
		% within status_kawin	23.5%	76.5%	100.0%
		% within gangguan mental	100.0%	100.0%	100.0%

ekon_dtt * buah Crosstabulation

			buah		Total
			1.00	2.00	
ekon_dtt	1.00	Count	1553	38129	39682
		% within ekon_dtt	3.9%	96.1%	100.0%
		% within buah	23.8%	52.3%	49.9%
	2.00	Count	4982	34781	39763
		% within ekon_dtt	12.5%	87.5%	100.0%
		% within buah	76.2%	47.7%	50.1%
Total		Count	6535	72910	79445
		% within ekon_dtt	8.2%	91.8%	100.0%
		% within buah	100.0%	100.0%	100.0%

ekon_dtt * sayur Crosstabulation

			sayur		Total
			1.00	2.00	
ekon_dtt	1.00	Count	15514	24168	39682
		% within ekon_dtt	39.1%	60.9%	100.0%
		% within sayur	45.2%	53.6%	49.9%
	2.00	Count	18816	20947	39763
		% within ekon_dtt	47.3%	52.7%	100.0%
		% within sayur	54.8%	46.4%	50.1%
Total		Count	34330	45115	79445
		% within ekon_dtt	43.2%	56.8%	100.0%
		% within sayur	100.0%	100.0%	100.0%

ekon_dtt * akt_fisik Crosstabulation

			akt fisik		Total
			Ya	Tidak	
ekon_dtt	1.00	Count	19146	20536	39682
		% within ekon_dtt	48.2%	51.8%	100.0%
		% within akt_fisik	52.3%	47.9%	49.9%
	2.00	Count	17465	22298	39763
		% within ekon_dtt	43.9%	56.1%	100.0%
		% within akt_fisik	47.7%	52.1%	50.1%
Total		Count	36611	42834	79445
		% within ekon_dtt	46.1%	53.9%	100.0%
		% within akt_fisik	100.0%	100.0%	100.0%

ekon_dtt * jantung Crosstabulation

			jantung		Total
			1.00	2.00	
ekon_dtt	1.00	Count	8430	31252	39682
		% within ekon_dtt	21.2%	78.8%	100.0%
		% within jantung	52.2%	49.4%	49.9%
	2.00	Count	7707	32056	39763
		% within ekon_dtt	19.4%	80.6%	100.0%
		% within jantung	47.8%	50.6%	50.1%
Total		Count	16137	63308	79445
		% within ekon_dtt	20.3%	79.7%	100.0%
		% within jantung	100.0%	100.0%	100.0%

ekon_dtt * stroke Crosstabulation

			stroke		Total
			1.00	2.00	
ekon_dtt	1.00	Count	1061	38621	39682
		% within ekon_dtt	2.7%	97.3%	100.0%
		% within stroke	42.0%	50.2%	49.9%
	2.00	Count	1463	38300	39763
		% within ekon_dtt	3.7%	96.3%	100.0%
		% within stroke	58.0%	49.8%	50.1%
Total		Count	2524	76921	79445
		% within ekon_dtt	3.2%	96.8%	100.0%
		% within stroke	100.0%	100.0%	100.0%

ekon_dtt * hipertensi Crosstabulation

			hipertensi		Total
			1.00	2.00	
ekon_dtt	1.00	Count	7490	32192	39682
		% within ekon_dtt	18.9%	81.1%	100.0%
		% within hipertensi	42.5%	52.1%	49.9%
	2.00	Count	10141	29622	39763
		% within ekon_dtt	25.5%	74.5%	100.0%
		% within hipertensi	57.5%	47.9%	50.1%
Total		Count	17631	61814	79445
		% within ekon_dtt	22.2%	77.8%	100.0%
		% within hipertensi	100.0%	100.0%	100.0%

ekon_dtt * sendi Crosstabulation

			sendi		Total
			1.00	2.00	
ekon_dtt	1.00	Count	25641	14041	39682
		% within ekon_dtt	64.6%	35.4%	100.0%
		% within sendi	51.7%	47.0%	49.9%
	2.00	Count	23922	15841	39763
		% within ekon_dtt	60.2%	39.8%	100.0%
		% within sendi	48.3%	53.0%	50.1%
Total		Count	49563	29882	79445
		% within ekon_dtt	62.4%	37.6%	100.0%
		% within sendi	100.0%	100.0%	100.0%

ekon_dtt * diabetes Crosstabulation

			diabetes		Total
			1.00	2.00	
ekon_dtt	1.00	Count	745	38937	39682
		% within ekon_dtt	1.9%	98.1%	100.0%
		% within diabetes	28.1%	50.7%	49.9%
	2.00	Count	1907	37856	39763
		% within ekon_dtt	4.8%	95.2%	100.0%
		% within diabetes	71.9%	49.3%	50.1%
Total		Count	2652	76793	79445
		% within ekon_dtt	3.3%	96.7%	100.0%
		% within diabetes	100.0%	100.0%	100.0%

ekon_dtt * tuberkulosis Crosstabulation

			tuberkulosis		Total
			1.00	2.00	
ekon_dtt	1.00	Count	1225	38457	39682
		% within ekon_dtt	3.1%	96.9%	100.0%
		% within tuberkulosis	58.5%	49.7%	49.9%
	2.00	Count	869	38894	39763
		% within ekon_dtt	2.2%	97.8%	100.0%
		% within tuberkulosis	41.5%	50.3%	50.1%
Total		Count	2094	77351	79445
		% within ekon_dtt	2.6%	97.4%	100.0%
		% within tuberkulosis	100.0%	100.0%	100.0%

ekon_dtt * gangguan mental Crosstabulation

			gangguan mental		Total
			1.00	2.00	
ekon_dtt	1.00	Count	10092	29590	39682
		% within ekon_dtt	25.4%	74.6%	100.0%
		% within gangguan mental	54.1%	48.7%	49.9%
	2.00	Count	8572	31191	39763
		% within ekon_dtt	21.6%	78.4%	100.0%
		% within gangguan mental	45.9%	51.3%	50.1%
Total	Count	18664	60781	79445	
	% within ekon_dtt	23.5%	76.5%	100.0%	
	% within gangguan mental	100.0%	100.0%	100.0%	

eko_kapita * buah Crosstabulation

			buah		Total
			1.00	2.00	
eko_kapita	1.00	Count	2489	48679	51168
		% within eko_kapita	4.9%	95.1%	100.0%
		% within buah	38.1%	66.8%	64.4%
	2.00	Count	4046	24231	28277
		% within eko_kapita	14.3%	85.7%	100.0%
		% within buah	61.9%	33.2%	35.6%
Total	Count	6535	72910	79445	
	% within eko_kapita	8.2%	91.8%	100.0%	
	% within buah	100.0%	100.0%	100.0%	

eko_kapita * sayur Crosstabulation

			sayur		Total
			1.00	2.00	
eko_kapita	1.00	Count	21107	30061	51168
		% within eko_kapita	41.3%	58.7%	100.0%
		% within sayur	61.5%	66.6%	64.4%
	2.00	Count	13223	15054	28277
		% within eko_kapita	46.8%	53.2%	100.0%
		% within sayur	38.5%	33.4%	35.6%
Total	Count	34330	45115	79445	
	% within eko_kapita	43.2%	56.8%	100.0%	
	% within sayur	100.0%	100.0%	100.0%	

eko_kapita * akt_fisik Crosstabulation

			akt fisik		Total
			Ya	Tidak	
eko_kapita	1.00	Count	24011	27157	51168
		% within eko_kapita	46.9%	53.1%	100.0%
		% within akt_fisik	65.6%	63.4%	64.4%
	2.00	Count	12600	15677	28277
		% within eko_kapita	44.6%	55.4%	100.0%
		% within akt_fisik	34.4%	36.6%	35.6%
Total	Count	36611	42834	79445	
	% within eko_kapita	46.1%	53.9%	100.0%	
	% within akt_fisik	100.0%	100.0%	100.0%	

eko_kapita * jantung Crosstabulation

			jantung		Total
			1.00	2.00	
eko_kapita	1.00	Count	10503	40665	51168
		% within eko_kapita	20.5%	79.5%	100.0%
		% within jantung	65.1%	64.2%	64.4%
	2.00	Count	5634	22643	28277
		% within eko_kapita	19.9%	80.1%	100.0%
		% within jantung	34.9%	35.8%	35.6%
Total	Count	16137	63308	79445	
	% within eko_kapita	20.3%	79.7%	100.0%	
	% within jantung	100.0%	100.0%	100.0%	

eko_kapita * stroke Crosstabulation

			stroke		Total
			1.00	2.00	
eko_kapita	1.00	Count	1438	49730	51168
		% within eko_kapita	2.8%	97.2%	100.0%
		% within stroke	57.0%	64.7%	64.4%
	2.00	Count	1086	27191	28277
		% within eko_kapita	3.8%	96.2%	100.0%
		% within stroke	43.0%	35.3%	35.6%
Total	Count	2524	76921	79445	
	% within eko_kapita	3.2%	96.8%	100.0%	
	% within stroke	100.0%	100.0%	100.0%	

eko_kapita * hipertensi Crosstabulation

			hipertensi		Total
			1.00	2.00	
eko_kapita	1.00	Count	10129	41039	51168
		% within eko_kapita	19.8%	80.2%	100.0%
		% within hipertensi	57.4%	66.4%	64.4%
	2.00	Count	7502	20775	28277
		% within eko_kapita	26.5%	73.5%	100.0%
		% within hipertensi	42.6%	33.6%	35.6%
Total	Count	17631	61814	79445	
	% within eko_kapita	22.2%	77.8%	100.0%	
	% within hipertensi	100.0%	100.0%	100.0%	

eko_kapita * sendi Crosstabulation

			sendi		Total
			1.00	2.00	
eko_kapita	1.00	Count	32551	18617	51168
		% within eko_kapita	63.6%	36.4%	100.0%
		% within sendi	65.7%	62.3%	64.4%
	2.00	Count	17012	11265	28277
		% within eko_kapita	60.2%	39.8%	100.0%
		% within sendi	34.3%	37.7%	35.6%
Total	Count	49563	29882	79445	
	% within eko_kapita	62.4%	37.6%	100.0%	
	% within sendi	100.0%	100.0%	100.0%	

eko_kapita * diabetes Crosstabulation

			diabetes		Total
			1.00	2.00	
eko_kapita	1.00	Count	1145	50023	51168
		% within eko_kapita	2.2%	97.8%	100.0%
		% within diabetes	43.2%	65.1%	64.4%
	2.00	Count	1507	26770	28277
		% within eko_kapita	5.3%	94.7%	100.0%
		% within diabetes	56.8%	34.9%	35.6%
Total	Count	2652	76793	79445	
	% within eko_kapita	3.3%	96.7%	100.0%	
	% within diabetes	100.0%	100.0%	100.0%	

eko_kapita * tuberkulosis Crosstabulation

			tuberkulosis		Total
			1.00	2.00	
eko_kapita	1.00	Count	1476	49692	51168
		% within eko_kapita	2.9%	97.1%	100.0%
		% within tuberkulosis	70.5%	64.2%	64.4%
	2.00	Count	618	27659	28277
		% within eko_kapita	2.2%	97.8%	100.0%
		% within tuberkulosis	29.5%	35.8%	35.6%
Total	Count	2094	77351	79445	
	% within eko_kapita	2.6%	97.4%	100.0%	
	% within tuberkulosis	100.0%	100.0%	100.0%	

eko_kapita * gangguan mental Crosstabulation

			gangguan mental		Total
			1.00	2.00	
eko_kapita	1.00	Count	12729	38439	51168
		% within eko_kapita	24.9%	75.1%	100.0%
		% within gangguan mental	68.2%	63.2%	64.4%
	2.00	Count	5935	22342	28277
		% within eko_kapita	21.0%	79.0%	100.0%
		% within gangguan mental	31.8%	36.8%	35.6%
Total	Count	18664	60781	79445	
	% within eko_kapita	23.5%	76.5%	100.0%	
	% within gangguan mental	100.0%	100.0%	100.0%	

livingarr * buah Crosstabulation

			buah		Total
			1.00	2.00	
livingarr	1.00	Count	420	5793	6213
		% within livingarr	6.8%	93.2%	100.0%
		% within buah	6.4%	7.9%	7.8%
	2.00	Count	6115	67117	73232
		% within livingarr	8.4%	91.6%	100.0%
		% within buah	93.6%	92.1%	92.2%
Total	Count	6535	72910	79445	
	% within livingarr	8.2%	91.8%	100.0%	
	% within buah	100.0%	100.0%	100.0%	

livingarr * sayur Crosstabulation

			sayur		Total
			1.00	2.00	
livingarr	1.00	Count	2030	4183	6213
		% within livingarr	32.7%	67.3%	100.0%
		% within sayur	5.9%	9.3%	7.8%
	2.00	Count	32300	40932	73232
		% within livingarr	44.1%	55.9%	100.0%
		% within sayur	94.1%	90.7%	92.2%
Total		Count	34330	45115	79445
		% within livingarr	43.2%	56.8%	100.0%
		% within sayur	100.0%	100.0%	100.0%

livingarr * akt_fisik Crosstabulation

			akt fisik		Total
			Ya	Tidak	
livingarr	1.00	Count	2630	3583	6213
		% within livingarr	42.3%	57.7%	100.0%
		% within akt_fisik	7.2%	8.4%	7.8%
	2.00	Count	33981	39251	73232
		% within livingarr	46.4%	53.6%	100.0%
		% within akt_fisik	92.8%	91.6%	92.2%
Total		Count	36611	42834	79445
		% within livingarr	46.1%	53.9%	100.0%
		% within akt_fisik	100.0%	100.0%	100.0%

livingarr * jantung Crosstabulation

			jantung		Total
			1.00	2.00	
livingarr	1.00	Count	1391	4822	6213
		% within livingarr	22.4%	77.6%	100.0%
		% within jantung	8.6%	7.6%	7.8%
	2.00	Count	14746	58486	73232
		% within livingarr	20.1%	79.9%	100.0%
		% within jantung	91.4%	92.4%	92.2%
Total		Count	16137	63308	79445
		% within livingarr	20.3%	79.7%	100.0%
		% within jantung	100.0%	100.0%	100.0%

livingarr * stroke Crosstabulation

			stroke		Total
			1.00	2.00	
livingarr	1.00	Count	163	6050	6213
		% within livingarr	2.6%	97.4%	100.0%
		% within stroke	6.5%	7.9%	7.8%
	2.00	Count	2361	70871	73232
		% within livingarr	3.2%	96.8%	100.0%
		% within stroke	93.5%	92.1%	92.2%
Total		Count	2524	76921	79445
		% within livingarr	3.2%	96.8%	100.0%
		% within stroke	100.0%	100.0%	100.0%

livingarr * hipertensi Crosstabulation

			hipertensi		Total
			1.00	2.00	
livingarr	1.00	Count	1611	4602	6213
		% within livingarr	25.9%	74.1%	100.0%
		% within hipertensi	9.1%	7.4%	7.8%
	2.00	Count	16020	57212	73232
		% within livingarr	21.9%	78.1%	100.0%
		% within hipertensi	90.9%	92.6%	92.2%
Total	Count	17631	61814	79445	
	% within livingarr	22.2%	77.8%	100.0%	
	% within hipertensi	100.0%	100.0%	100.0%	

livingarr * sendi Crosstabulation

			sendi		Total
			1.00	2.00	
livingarr	1.00	Count	4183	2030	6213
		% within livingarr	67.3%	32.7%	100.0%
		% within sendi	8.4%	6.8%	7.8%
	2.00	Count	45380	27852	73232
		% within livingarr	62.0%	38.0%	100.0%
		% within sendi	91.6%	93.2%	92.2%
Total	Count	49563	29882	79445	
	% within livingarr	62.4%	37.6%	100.0%	
	% within sendi	100.0%	100.0%	100.0%	

livingarr * diabetes Crosstabulation

			diabetes		Total
			1.00	2.00	
livingarr	1.00	Count	153	6060	6213
		% within livingarr	2.5%	97.5%	100.0%
		% within diabetes	5.8%	7.9%	7.8%
	2.00	Count	2499	70733	73232
		% within livingarr	3.4%	96.6%	100.0%
		% within diabetes	94.2%	92.1%	92.2%
Total	Count	2652	76793	79445	
	% within livingarr	3.3%	96.7%	100.0%	
	% within diabetes	100.0%	100.0%	100.0%	

livingarr * tuberkulosis Crosstabulation

			tuberkulosis		Total
			1.00	2.00	
livingarr	1.00	Count	149	6064	6213
		% within livingarr	2.4%	97.6%	100.0%
		% within tuberkulosis	7.1%	7.8%	7.8%
	2.00	Count	1945	71287	73232
		% within livingarr	2.7%	97.3%	100.0%
		% within tuberkulosis	92.9%	92.2%	92.2%
Total	Count	2094	77351	79445	
	% within livingarr	2.6%	97.4%	100.0%	
	% within tuberkulosis	100.0%	100.0%	100.0%	

livingarr * gangguan mental Crosstabulation

			gangguan mental		Total
			1.00	2.00	
livingarr	1.00	Count	1839	4374	6213
		% within livingarr	29.6%	70.4%	100.0%
		% within gangguan mental	9.9%	7.2%	7.8%
	2.00	Count	16825	56407	73232
		% within livingarr	23.0%	77.0%	100.0%
		% within gangguan mental	90.1%	92.8%	92.2%
Total		Count	18664	60781	79445
		% within livingarr	23.5%	76.5%	100.0%
		% within gangguan mental	100.0%	100.0%	100.0%

dt2 * buah Crosstabulation

			buah		Total
			1.00	2.00	
dt2	1.00	Count	2529	50909	53438
		% within dt2	4.7%	95.3%	100.0%
		% within buah	38.7%	69.8%	67.3%
	2.00	Count	4006	22001	26007
		% within dt2	15.4%	84.6%	100.0%
		% within buah	61.3%	30.2%	32.7%
Total		Count	6535	72910	79445
		% within dt2	8.2%	91.8%	100.0%
		% within buah	100.0%	100.0%	100.0%

dt2 * sayur Crosstabulation

			sayur		Total
			1.00	2.00	
dt2	1.00	Count	20792	32646	53438
		% within dt2	38.9%	61.1%	100.0%
		% within sayur	60.6%	72.4%	67.3%
	2.00	Count	13538	12469	26007
		% within dt2	52.1%	47.9%	100.0%
		% within sayur	39.4%	27.6%	32.7%
Total		Count	34330	45115	79445
		% within dt2	43.2%	56.8%	100.0%
		% within sayur	100.0%	100.0%	100.0%

dt2 * akt_fisk Crosstabulation

			akt fisik		Total
			Ya	Tidak	
dt2	1.00	Count	25493	27945	53438
		% within dt2	47.7%	52.3%	100.0%
		% within akt_fisk	69.6%	65.2%	67.3%
	2.00	Count	11118	14889	26007
		% within dt2	42.8%	57.2%	100.0%
		% within akt_fisk	30.4%	34.8%	32.7%
Total		Count	36611	42834	79445
		% within dt2	46.1%	53.9%	100.0%
		% within akt_fisk	100.0%	100.0%	100.0%

dt2 * jantung Crosstabulation

			jantung		Total
			1.00	2.00	
dt2	1.00	Count	11322	42116	53438
		% within dt2	21.2%	78.8%	100.0%
		% within jantung	70.2%	66.5%	67.3%
	2.00	Count	4815	21192	26007
		% within dt2	18.5%	81.5%	100.0%
		% within jantung	29.8%	33.5%	32.7%
Total		Count	16137	63308	79445
		% within dt2	20.3%	79.7%	100.0%
		% within jantung	100.0%	100.0%	100.0%

dt2 * stroke Crosstabulation

			stroke		Total
			1.00	2.00	
dt2	1.00	Count	1493	51945	53438
		% within dt2	2.8%	97.2%	100.0%
		% within stroke	59.2%	67.5%	67.3%
	2.00	Count	1031	24976	26007
		% within dt2	4.0%	96.0%	100.0%
		% within stroke	40.8%	32.5%	32.7%
Total		Count	2524	76921	79445
		% within dt2	3.2%	96.8%	100.0%
		% within stroke	100.0%	100.0%	100.0%

dt2 * hipertensi Crosstabulation

			hipertensi		Total
			1.00	2.00	
dt2	1.00	Count	10904	42534	53438
		% within dt2	20.4%	79.6%	100.0%
		% within hipertensi	61.8%	68.8%	67.3%
	2.00	Count	6727	19280	26007
		% within dt2	25.9%	74.1%	100.0%
		% within hipertensi	38.2%	31.2%	32.7%
Total		Count	17631	61814	79445
		% within dt2	22.2%	77.8%	100.0%
		% within hipertensi	100.0%	100.0%	100.0%

dt2 * sendi Crosstabulation

			sendi		Total
			1.00	2.00	
dt2	1.00	Count	34527	18911	53438
		% within dt2	64.6%	35.4%	100.0%
		% within sendi	69.7%	63.3%	67.3%
	2.00	Count	15036	10971	26007
		% within dt2	57.8%	42.2%	100.0%
		% within sendi	30.3%	36.7%	32.7%
Total		Count	49563	29882	79445
		% within dt2	62.4%	37.6%	100.0%
		% within sendi	100.0%	100.0%	100.0%

dt2 * diabetes Crosstabulation

			diabetes		Total
			1.00	2.00	
dt2	1.00	Count	1136	52302	53438
		% within dt2	2.1%	97.9%	100.0%
		% within diabetes	42.8%	68.1%	67.3%
	2.00	Count	1516	24491	26007
		% within dt2	5.8%	94.2%	100.0%
		% within diabetes	57.2%	31.9%	32.7%
Total	Count	2652	76793	79445	
	% within dt2	3.3%	96.7%	100.0%	
	% within diabetes	100.0%	100.0%	100.0%	

dt2 * tuberkulosis Crosstabulation

			tuberkulosis		Total
			1.00	2.00	
dt2	1.00	Count	1592	51846	53438
		% within dt2	3.0%	97.0%	100.0%
		% within tuberkulosis	76.0%	67.0%	67.3%
	2.00	Count	502	25505	26007
		% within dt2	1.9%	98.1%	100.0%
		% within tuberkulosis	24.0%	33.0%	32.7%
Total	Count	2094	77351	79445	
	% within dt2	2.6%	97.4%	100.0%	
	% within tuberkulosis	100.0%	100.0%	100.0%	

dt2 * gangguan mental Crosstabulation

			gangguan mental		Total
			1.00	2.00	
dt2	1.00	Count	13275	40163	53438
		% within dt2	24.8%	75.2%	100.0%
		% within gangguan mental	71.1%	66.1%	67.3%
	2.00	Count	5389	20618	26007
		% within dt2	20.7%	79.3%	100.0%
		% within gangguan mental	28.9%	33.9%	32.7%
Total	Count	18664	60781	79445	
	% within dt2	23.5%	76.5%	100.0%	
	% within gangguan mental	100.0%	100.0%	100.0%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
sayur * jantung	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
sayur * stroke	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
sayur * hipertensi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
sayur * sendi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
sayur * diabetes	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
sayur * tuberkulosis	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
sayur * gangguan mental	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
buah * jantung	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
buah * stroke	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
buah * hipertensi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
buah * sendi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
buah * diabetes	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
buah * tuberkulosis	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
buah * gangguan mental	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
akt_fisik * jantung	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
akt_fisik * stroke	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
akt_fisik * hipertensi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
akt_fisik * sendi	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
akt_fisik * diabetes	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
akt_fisik * tuberkulosis	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%
akt_fisik * gangguan mental	79445	100.0%	0	.0%	79445	100.0%

sayur * jantung Crosstabulation

		jantung		Total	
		1.00	2.00		
sayur	1.00	Count	6383	27947	34330
		% within sayur	18.6%	81.4%	100.0%
		% within jantung	39.6%	44.1%	43.2%
2.00		Count	9754	35361	45115
		% within sayur	21.6%	78.4%	100.0%
		% within jantung	60.4%	55.9%	56.8%
Total		Count	16137	63308	79445
		% within sayur	20.3%	79.7%	100.0%
		% within jantung	100.0%	100.0%	100.0%

sayur * stroke Crosstabulation

		stroke		Total	
		1.00	2.00		
sayur	1.00	Count	959	33371	34330
		% within sayur	2.8%	97.2%	100.0%
		% within stroke	38.0%	43.4%	43.2%
2.00		Count	1565	43550	45115
		% within sayur	3.5%	96.5%	100.0%
		% within stroke	62.0%	56.6%	56.8%
Total		Count	2524	76921	79445
		% within sayur	3.2%	96.8%	100.0%
		% within stroke	100.0%	100.0%	100.0%

sayur * hipertensi Crosstabulation

			hipertensi		Total
			1.00	2.00	
sayur	1.00	Count	7391	26939	34330
		% within sayur	21.5%	78.5%	100.0%
		% within hipertensi	41.9%	43.6%	43.2%
	2.00	Count	10240	34875	45115
		% within sayur	22.7%	77.3%	100.0%
		% within hipertensi	58.1%	56.4%	56.8%
Total		Count	17631	61814	79445
		% within sayur	22.2%	77.8%	100.0%
		% within hipertensi	100.0%	100.0%	100.0%

sayur * sendi Crosstabulation

			sendi		Total
			1.00	2.00	
sayur	1.00	Count	20201	14129	34330
		% within sayur	58.8%	41.2%	100.0%
		% within sendi	40.8%	47.3%	43.2%
	2.00	Count	29362	15753	45115
		% within sayur	65.1%	34.9%	100.0%
		% within sendi	59.2%	52.7%	56.8%
Total		Count	49563	29882	79445
		% within sayur	62.4%	37.6%	100.0%
		% within sendi	100.0%	100.0%	100.0%

sayur * diabetes Crosstabulation

			diabetes		Total
			1.00	2.00	
sayur	1.00	Count	1271	33059	34330
		% within sayur	3.7%	96.3%	100.0%
		% within diabetes	47.9%	43.0%	43.2%
	2.00	Count	1381	43734	45115
		% within sayur	3.1%	96.9%	100.0%
		% within diabetes	52.1%	57.0%	56.8%
Total		Count	2652	76793	79445
		% within sayur	3.3%	96.7%	100.0%
		% within diabetes	100.0%	100.0%	100.0%

sayur * tuberkulosis Crosstabulation

			tuberkulosis		Total
			1.00	2.00	
sayur	1.00	Count	783	33547	34330
		% within sayur	2.3%	97.7%	100.0%
		% within tuberkulosis	37.4%	43.4%	43.2%
	2.00	Count	1311	43804	45115
		% within sayur	2.9%	97.1%	100.0%
		% within tuberkulosis	62.6%	56.6%	56.8%
Total		Count	2094	77351	79445
		% within sayur	2.6%	97.4%	100.0%
		% within tuberkulosis	100.0%	100.0%	100.0%

sayur * gangguan mental Crosstabulation

			gangguan mental		Total
			1.00	2.00	
sayur	1.00	Count	6831	27499	34330
		% within sayur	19.9%	80.1%	100.0%
		% within gangguan mental	36.6%	45.2%	43.2%
	2.00	Count	11833	33282	45115
		% within sayur	26.2%	73.8%	100.0%
		% within gangguan mental	63.4%	54.8%	56.8%
Total	Count	18664	60781	79445	
	% within sayur	23.5%	76.5%	100.0%	
	% within gangguan mental	100.0%	100.0%	100.0%	

buah * jantung Crosstabulation

			jantung		Total
			1.00	2.00	
buah	1.00	Count	1286	5249	6535
		% within buah	19.7%	80.3%	100.0%
		% within jantung	8.0%	8.3%	8.2%
	2.00	Count	14851	58059	72910
		% within buah	20.4%	79.6%	100.0%
		% within jantung	92.0%	91.7%	91.8%
Total	Count	16137	63308	79445	
	% within buah	20.3%	79.7%	100.0%	
	% within jantung	100.0%	100.0%	100.0%	

buah * stroke Crosstabulation

			stroke		Total
			1.00	2.00	
buah	1.00	Count	274	6261	6535
		% within buah	4.2%	95.8%	100.0%
		% within stroke	10.9%	8.1%	8.2%
	2.00	Count	2250	70660	72910
		% within buah	3.1%	96.9%	100.0%
		% within stroke	89.1%	91.9%	91.8%
Total	Count	2524	76921	79445	
	% within buah	3.2%	96.8%	100.0%	
	% within stroke	100.0%	100.0%	100.0%	

buah * hipertensi Crosstabulation

			hipertensi		Total
			1.00	2.00	
buah	1.00	Count	1778	4757	6535
		% within buah	27.2%	72.8%	100.0%
		% within hipertensi	10.1%	7.7%	8.2%
	2.00	Count	15853	57057	72910
		% within buah	21.7%	78.3%	100.0%
		% within hipertensi	89.9%	92.3%	91.8%
Total	Count	17631	61814	79445	
	% within buah	22.2%	77.8%	100.0%	
	% within hipertensi	100.0%	100.0%	100.0%	

buah * sendi Crosstabulation

			sendi		Total
			1.00	2.00	
buah	1.00	Count	3631	2904	6535
		% within buah	55.6%	44.4%	100.0%
		% within sendi	7.3%	9.7%	8.2%
	2.00	Count	45932	26978	72910
		% within buah	63.0%	37.0%	100.0%
		% within sendi	92.7%	90.3%	91.8%
Total	Count	49563	29882	79445	
	% within buah	62.4%	37.6%	100.0%	
	% within sendi	100.0%	100.0%	100.0%	

buah * diabetes Crosstabulation

			diabetes		Total
			1.00	2.00	
buah	1.00	Count	486	6049	6535
		% within buah	7.4%	92.6%	100.0%
		% within diabetes	18.3%	7.9%	8.2%
	2.00	Count	2166	70744	72910
		% within buah	3.0%	97.0%	100.0%
		% within diabetes	81.7%	92.1%	91.8%
Total	Count	2652	76793	79445	
	% within buah	3.3%	96.7%	100.0%	
	% within diabetes	100.0%	100.0%	100.0%	

buah * tuberkulosis Crosstabulation

			tuberkulosis		Total
			1.00	2.00	
buah	1.00	Count	113	6422	6535
		% within buah	1.7%	98.3%	100.0%
		% within tuberkulosis	5.4%	8.3%	8.2%
	2.00	Count	1981	70929	72910
		% within buah	2.7%	97.3%	100.0%
		% within tuberkulosis	94.6%	91.7%	91.8%
Total	Count	2094	77351	79445	
	% within buah	2.6%	97.4%	100.0%	
	% within tuberkulosis	100.0%	100.0%	100.0%	

buah * gangguan mental Crosstabulation

			gangguan mental		Total
			1.00	2.00	
buah	1.00	Count	1160	5375	6535
		% within buah	17.8%	82.2%	100.0%
		% within gangguan mental	6.2%	8.8%	8.2%
	2.00	Count	17504	55406	72910
		% within buah	24.0%	76.0%	100.0%
		% within gangguan mental	93.8%	91.2%	91.8%
Total	Count	18664	60781	79445	
	% within buah	23.5%	76.5%	100.0%	
	% within gangguan mental	100.0%	100.0%	100.0%	

akt_fisik * jantung Crosstabulation

			jantung		Total
			1.00	2.00	
akt_fisik	Ya	Count	7276	29335	36611
		% within akt_fisik	19.9%	80.1%	100.0%
		% within jantung	45.1%	46.3%	46.1%
	Tidak	Count	8861	33973	42834
		% within akt_fisik	20.7%	79.3%	100.0%
		% within jantung	54.9%	53.7%	53.9%
Total		Count	16137	63308	79445
		% within akt_fisik	20.3%	79.7%	100.0%
		% within jantung	100.0%	100.0%	100.0%

akt_fisik * stroke Crosstabulation

			stroke		Total
			1.00	2.00	
akt_fisik	Ya	Count	623	35988	36611
		% within akt_fisik	1.7%	98.3%	100.0%
		% within stroke	24.7%	46.8%	46.1%
	Tidak	Count	1901	40933	42834
		% within akt_fisik	4.4%	95.6%	100.0%
		% within stroke	75.3%	53.2%	53.9%
Total		Count	2524	76921	79445
		% within akt_fisik	3.2%	96.8%	100.0%
		% within stroke	100.0%	100.0%	100.0%

akt_fisik * hipertensi Crosstabulation

			hipertensi		Total
			1.00	2.00	
akt_fisik	Ya	Count	6946	29665	36611
		% within akt_fisik	19.0%	81.0%	100.0%
		% within hipertensi	39.4%	48.0%	46.1%
	Tidak	Count	10685	32149	42834
		% within akt_fisik	24.9%	75.1%	100.0%
		% within hipertensi	60.6%	52.0%	53.9%
Total		Count	17631	61814	79445
		% within akt_fisik	22.2%	77.8%	100.0%
		% within hipertensi	100.0%	100.0%	100.0%

akt_fisik * sendi Crosstabulation

			sendi		Total
			1.00	2.00	
akt_fisik	Ya	Count	22590	14021	36611
		% within akt_fisik	61.7%	38.3%	100.0%
		% within sendi	45.6%	46.9%	46.1%
	Tidak	Count	26973	15861	42834
		% within akt_fisik	63.0%	37.0%	100.0%
		% within sendi	54.4%	53.1%	53.9%
Total		Count	49563	29882	79445
		% within akt_fisik	62.4%	37.6%	100.0%
		% within sendi	100.0%	100.0%	100.0%

akt_fisik * diabetes Crosstabulation

			diabetes		Total
			1.00	2.00	
akt_fisik	Ya	Count	1109	35502	36611
		% within akt_fisik	3.0%	97.0%	100.0%
		% within diabetes	41.8%	48.2%	46.1%
Tidak	Tidak	Count	1543	41291	42834
		% within akt_fisik	3.6%	96.4%	100.0%
		% within diabetes	58.2%	53.8%	53.9%
Total	Total	Count	2652	76793	79445
		% within akt_fisik	3.3%	96.7%	100.0%
		% within diabetes	100.0%	100.0%	100.0%

akt_fisik * tuberkulosis Crosstabulation

			tuberkulosis		Total
			1.00	2.00	
akt_fisik	Ya	Count	967	35644	36611
		% within akt_fisik	2.6%	97.4%	100.0%
		% within tuberkulosis	46.2%	46.1%	46.1%
Tidak	Tidak	Count	1127	41707	42834
		% within akt_fisik	2.6%	97.4%	100.0%
		% within tuberkulosis	53.8%	53.9%	53.9%
Total	Total	Count	2094	77351	79445
		% within akt_fisik	2.6%	97.4%	100.0%
		% within tuberkulosis	100.0%	100.0%	100.0%

akt_fisik * gangguan mental Crosstabulation

			gangguan mental		Total
			1.00	2.00	
akt_fisik	Ya	Count	6766	29845	36611
		% within akt_fisik	18.5%	81.5%	100.0%
		% within gangguan mental	36.3%	49.1%	46.1%
Tidak	Tidak	Count	11898	30936	42834
		% within akt_fisik	27.8%	72.2%	100.0%
		% within gangguan mental	63.7%	50.9%	53.9%
Total	Total	Count	18664	60781	79445
		% within akt_fisik	23.5%	76.5%	100.0%
		% within gangguan mental	100.0%	100.0%	100.0%

Lampiran 3. Output Analisis Regresi Logistik Multinomial

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
disable3	1.00	55624	70.0%
	2.00	21552	27.1%
	3.00	2269	2.9%
jk	Laki-laki	37270	46.9%
	Perempuan	42175	53.1%
pddkn	1.00	68393	86.1%
	2.00	11052	13.9%
status_kawin	1.00	29473	37.1%
	2.00	49972	62.9%
stat_kerja	1.00	43885	55.2%
	2.00	35560	44.8%
eko_kapita	1.00	51168	64.4%
	2.00	28277	35.6%
livingarr	1.00	6213	7.8%
	2.00	73232	92.2%
dtt2	1.00	53438	67.3%
	2.00	26007	32.7%
ekon_dtt	1.00	39682	49.9%
	2.00	39763	50.1%
akt_fisik	Ya	36611	46.1%
	Tidak	42834	53.9%
sayur	1.00	34330	43.2%
	2.00	45115	56.8%
buah	1.00	6535	8.2%
	2.00	72910	91.8%
sendi	1.00	49563	62.4%
	2.00	29882	37.6%
hipertensi	1.00	17631	22.2%
	2.00	61814	77.8%
jantung	1.00	16137	20.3%
	2.00	63308	79.7%
diabetes	1.00	2652	3.3%
	2.00	76793	96.7%
tuberkulosis	1.00	2094	2.6%
	2.00	77351	97.4%
stroke	1.00	2524	3.2%
	2.00	76921	96.8%
gangguan mental	1.00	18664	23.5%
	2.00	60781	76.5%
Valid		79445	100.0%
Missing		0	
Total		79445	
Subpopulation		9661 ^a	

a. The dependent variable has only one value observed in 6317 (65.4%) subpopulations.

Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	39296.879			
Final	24149.777	15147.103	36	.000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	.174
Nagelkerke	.230
McFadden	.135

Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	24149.777 ^a	.000	0	.
jk	24258.880	109.103	2	.000
pddkn	24243.517	93.740	2	.000
status_kawin	24415.010	265.233	2	.000
stat_kerja	24823.255	673.478	2	.000
eko_kapita	24216.260	66.483	2	.000
livingarr	24159.614	9.837	2	.007
dt2	24277.023	127.246	2	.000
ekon_dtt	24163.034	13.258	2	.001
akt_fisik	26135.166	1985.389	2	.000
sayur	24285.010	135.233	2	.000
buah	24211.721	61.945	2	.000
sendi	24212.519	62.743	2	.000
hipertensi	24156.280	6.503	2	.039
jantung	24210.518	60.741	2	.000
diabetes	24150.089	.312	2	.855
tuberkulosis	24223.242	73.465	2	.000
stroke	24959.664	809.887	2	.000
mental	29383.452	5233.675	2	.000

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

- a. This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

disable3 ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.
2.00	Intercept	-1.604	.039	1721.841	1	.000
	[jk=1]	.186	.020	82.336	1	.000
	[jk=2]	0 ^b	.	.	0	.
	[pddkn=1.00]	.277	.030	86.661	1	.000
	[pddkn=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[status_kawin=1.00]	.277	.020	185.857	1	.000
	[status_kawin=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[stat_kerja=1.00]	-.440	.020	501.661	1	.000
	[stat_kerja=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[eko_kapita=1.00]	.265	.033	65.982	1	.000
	[eko_kapita=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[livingarr=1.00]	-.007	.033	.040	1	.841
	[livingarr=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[dtt2=1.00]	.352	.031	125.403	1	.000
	[dtt2=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[ekon_dtt=1.00]	-.075	.040	3.546	1	.060
	[ekon_dtt=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[akt_fisik=1]	-.652	.018	1281.751	1	.000
	[akt_fisik=2]	0 ^b	.	.	0	.
	[sayur=1.00]	-.170	.018	88.681	1	.000
	[sayur=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[buah=1.00]	-.278	.037	57.099	1	.000
	[buah=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[sendi=1.00]	.114	.019	37.193	1	.000
	[sendi=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[hipertensi=1.00]	-.013	.021	.353	1	.552
	[hipertensi=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[jantung=1.00]	.155	.022	51.707	1	.000
	[jantung=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[diabetes=1.00]	.027	.049	.312	1	.576
	[diabetes=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[tuberkulosis=1.00]	.383	.051	57.216	1	.000
	[tuberkulosis=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[stroke=1.00]	.800	.050	252.362	1	.000
	[stroke=2.00]	0 ^b	.	.	0	.
	[mental=1.00]	1.164	.020	3476.451	1	.000
	[mental=2.00]	0 ^b	.	.	0	.

Parameter Estimates

disable3 ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.
3.00	{intercept	-4.371	.118	1380.556	1	.000
	{k=1	.380	.055	47.312	1	.000
	{k=2	0 ^b	.	.	0	.
	{pddkn=1.00}	.321	.092	12.102	1	.001
	{pddkn=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{status_kawin=1.00}	.614	.053	131.869	1	.000
	{status_kawin=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{stat_kerja=1.00}	-.943	.058	267.782	1	.000
	{stat_kerja=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{eko_kapita=1.00}	.068	.091	.563	1	.453
	{eko_kapita=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{livingan=1.00}	-.265	.087	9.186	1	.002
	{livingan=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{dt2=1.00}	.271	.088	9.520	1	.002
	{dt2=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{ekon_dtt=1.00}	.304	.112	7.368	1	.007
	{ekon_dtt=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{akt_fisik=1}	-1.956	.077	649.440	1	.000
	{akt_fisik=2}	0 ^b	.	.	0	.
	{sayur=1.00}	-.430	.052	68.774	1	.000
	{sayur=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{buah=1.00}	-.316	.113	7.830	1	.005
	{buah=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{sendi=1.00}	-.195	.051	14.734	1	.000
	{sendi=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{hipertensi=1.00}	-.140	.055	6.421	1	.011
	{hipertensi=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{jantung=1.00}	-.072	.054	1.739	1	.187
	{jantung=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{diabetes=1.00}	.018	.117	.024	1	.876
	{diabetes=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{tuberkulosis=1.00}	.684	.108	39.799	1	.000
	{tuberkulosis=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{stroke=1.00}	2.181	.075	837.859	1	.000
	{stroke=2.00}	0 ^b	.	.	0	.
	{mental=1.00}	2.616	.055	2302.466	1	.000
	{mental=2.00}	0 ^b	.	.	0	.

Parameter Estimates

disable3 ^a	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
		Lower Bound	Upper Bound
2.00 Intercept			
[j=k=1]	1.204	1.157	1.253
[j=k=2]	.	.	.
[pddkn=1.00]	1.319	1.244	1.398
[pddkn=2.00]	.	.	.
[status_kawin=1.00]	1.319	1.268	1.373
[status_kawin=2.00]	.	.	.
[stat_kerja=1.00]	.644	.620	.669
[stat_kerja=2.00]	.	.	.
[eko_kapita=1.00]	1.303	1.222	1.389
[eko_kapita=2.00]	.	.	.
[livingarr=1.00]	.993	.931	1.060
[livingarr=2.00]	.	.	.
[dt2=1.00]	1.421	1.337	1.512
[dt2=2.00]	.	.	.
[ekon_dtt=1.00]	.928	.858	1.003
[ekon_dtt=2.00]	.	.	.
[akt_fisik=1]	.521	.503	.540
[akt_fisik=2]	.	.	.
[sayur=1.00]	.844	.814	.874
[sayur=2.00]	.	.	.
[buah=1.00]	.757	.704	.814
[buah=2.00]	.	.	.
[sendi=1.00]	1.120	1.080	1.162
[sendi=2.00]	.	.	.
[hipertensi=1.00]	.987	.947	1.030
[hipertensi=2.00]	.	.	.
[jantung=1.00]	1.168	1.119	1.218
[jantung=2.00]	.	.	.
[diabetes=1.00]	1.028	.934	1.131
[diabetes=2.00]	.	.	.
[tuberkulosis=1.00]	1.466	1.328	1.619
[tuberkulosis=2.00]	.	.	.
[stroke=1.00]	2.226	2.017	2.457
[stroke=2.00]	.	.	.
[mental=1.00]	3.203	3.081	3.329
[mental=2.00]	.	.	.

Parameter Estimates

disable3 ^a	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
		Lower Bound	Upper Bound
3.00 Intercept			
[k=1]	1.462	1.312	1.630
[k=2]	.	.	.
[pddkn=1.00]	1.379	1.151	1.653
[pddkn=2.00]	.	.	.
[status_kawin=1.00]	1.847	1.663	2.051
[status_kawin=2.00]	.	.	.
[stat_kerja=1.00]	.390	.348	.436
[stat_kerja=2.00]	.	.	.
[eko_kapita=1.00]	1.070	.896	1.278
[eko_kapita=2.00]	.	.	.
[livingan=1.00]	.767	.647	.911
[livingan=2.00]	.	.	.
[dt2=1.00]	1.312	1.104	1.559
[dt2=2.00]	.	.	.
[ekon_dtt=1.00]	1.356	1.088	1.689
[ekon_dtt=2.00]	.	.	.
[akt_fisik=1]	.141	.122	.164
[akt_fisik=2]	.	.	.
[sayur=1.00]	.650	.588	.720
[sayur=2.00]	.	.	.
[buah=1.00]	.729	.585	.910
[buah=2.00]	.	.	.
[sendi=1.00]	.822	.744	.909
[sendi=2.00]	.	.	.
[hipertensi=1.00]	.869	.780	.969
[hipertensi=2.00]	.	.	.
[jantung=1.00]	.931	.837	1.035
[jantung=2.00]	.	.	.
[diabetes=1.00]	1.018	.809	1.282
[diabetes=2.00]	.	.	.
[tuberkulosis=1.00]	1.981	1.602	2.450
[tuberkulosis=2.00]	.	.	.
[stroke=1.00]	8.854	7.639	10.263
[stroke=2.00]	.	.	.
[mental=1.00]	13.682	12.295	15.224
[mental=2.00]	.	.	.

a. The reference category is: 1.00.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.



SUSENAS

BADAN PUSAT STATISTIK

VSEN2007.K

Dibuat 1 set
untuk BPS Provinsi

SURVEI SOSIAL EKONOMI NASIONAL 2007
KETERANGAN POKOK RUMAH TANGGA DAN ANGGOTA RUMAH TANGGA
[JULI 2007]

RAHASIA

I. KETERANGAN TEMPAT			
1	Provinsi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Kabupaten/Kota*)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Kecamatan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Desa/Kelurahan*)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	<input type="checkbox"/>
6	a. Nomor blok sensus		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Nomor sub blok sensus (nomor segmen)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Nomor kode sampel		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Nomor urut rumah tangga sampel		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

II. KETERANGAN POKOK RUMAH TANGGA			
1	Nama kepala rumah tangga		
2	Jumlah anggota rumah tangga	0-4 tahun	<input type="checkbox"/>
		5-9 tahun	<input type="checkbox"/>
		10 + tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Jumlah anggota rumah tangga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Jumlah anggota rumah tangga usia 0-6 tahun yang pernah/sedang mengikuti pendidikan pra sekolah		<input type="checkbox"/>
4	Jumlah anggota rumah tangga yang meninggal sejak Januari 2004		<input type="checkbox"/>

III. KETERANGAN PETUGAS			
1	Kode Pencacah	● ● ● ● ●	
2	Nama Pencacah:	Tanggal Pencacahan:	Tanda Tangan:

3	Nama Koordinator Tim:	Tanggal Pemeriksaan:	Tanda Tangan:

*) Coret yang tidak perlu

IV.A. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA									
No. urut	Nama anggota rumah tangga (art) (Tulis siapa saja yang biasanya tinggal dan makan di rt ini baik dewasa, anak-anak maupun bayi)	Hubungan dengan kepala rumah tangga (kode)	Jenis kelamin 1. Laki-laki 2. Perempuan	Umur (tahun)	Status perkawinan (kode)	Apakah menjadi korban kejahatan dalam setahun terakhir? (kode)	Untuk art yang bepergian 1 April - 30 Juni 2007 ¹⁾ frekuensi bepergian (kali) Jika tidak, isikan "00"	Art 0-6 tahun	
								Apakah pernah mengikuti pendidikan pra sekolah? 1. Ya, pernah 2. Ya, sedang 3. Tidak	Jika Kol. 9 berkode 1 atau 2, jenis pendidikan pra sekolah (kode)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV.B. KEJADIAN KEMATIAN SEJAK JANUARI 2004									
No. urut	Nama yang Meninggal	Tahun kejadian sejak Januari 2004	Jenis kelamin 1. Lk 2. Pr	Umur saat meninggal		Sebab kematian: (kode)	Untuk wanita saat meninggal berumur 10 tahun ke atas, apakah kematiannya terjadi pada:		
				Kurang dari 2 tahun, umur dlm bulan	2 tahun ke atas, umur dlm tahun		Masa kehamilan? 1. Ya 2. Tidak	Saat persalinan/keguguran? 1. Ya 2. Tidak	Masa nifas? 1. Ya 2. Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kode Kol. 3, Blok IV.A: Hubungan dengan kepala rt	Kode Kol. 6, Blok IV.A: Status perkawinan	Kode Kol. 7, Blok IV.A: Jenis kejahatan	Kode Kol. 10, Blok IV.A: Pendidikan pra sekolah	Kode Kol. 7, Blok IV.B: Sebab kematian
1. Kepala rt 2. Istri/suami 3. Anak 4. Menantu 5. Cucu	6. Org tua/mertua 7. Famili lain 8. Pembantu rt 9. Lainnya	1. Belum kawin 2. Kawin 3. CeraI hidup 4. CeraI mati	1. TK/BA/RA 2. Kelompok Bermain 3. Taman Penitipan Anak 4. PAUD terintegrasi 5. BKB/Posyandu 6. Lembaga lainnya	1. Kecelakaan lalu lintas 2. Kecelakaan bukan lalu lintas 3. Bukan kecelakaan

Keterangan: ¹⁾ Art yang bepergian: Melakukan perjalanan ke obyek wisata komersial, dan atau menginap di akomodasi komersial, dan atau jarak perjalanan > 100 km (p.p.), tidak termasuk pelajar (*commuter*), sekolah.
²⁾ Pada umumnya 2 bulan setelah melahirkan/keguguran.

V. KETERANGAN PERORANGAN TENTANG KESEHATAN BALITA, PENDIDIKAN, KETENAGAKERJAAN, SERTA FERTILITAS DAN KB	
Nama: No. urut:	<input type="text"/> <input type="text"/>
No. urut ibu kandung: [Isikan 00 bila ibu kandung tidak tinggal di rt ini]	<input type="text"/> <input type="text"/>
Nama dan nomor urut art pemberi informasi:	<input type="text"/> <input type="text"/>
V.A. KETERANGAN KESEHATAN (UNTUK SEMUA UMUR)	
1. Apakah dalam 1 bulan terakhir mempunyai keluhan kesehatan seperti di bawah ini? (Bacakan dari a s.d. h) [Isikan kode 1 bila ada, kode 2 bila tidak ada]	
a. Panas <input type="checkbox"/>	e. Diare/buang ² air <input type="checkbox"/>
b. Batuk <input type="checkbox"/>	f. Sakit kepala berulang <input type="checkbox"/>
c. Pilek <input type="checkbox"/>	g. Sakit gigi <input type="checkbox"/>
d. Asma/hapas sesak/cepat <input type="checkbox"/>	h. Lainnya*) <input type="checkbox"/>
[Jika semua R.1 = 2, lanjutkan ke R.8]	
2. Kalau ada keluhan, apakah menyebabkan terganggunya pekerjaannya, sekolah, atau kegiatan sehari-hari? 1. Ya 2. Tidak • [R.5.a]	
3. Lamanya terganggu: hari	
4. Apakah sekarang masih terganggu? 1. Ya 2. Tidak	
5. a. Apakah pernah mengobati sendiri dalam 1 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak • [R.6]	
b. Jenis obat/cara pengobatan yang digunakan: [Isikan kode 1 bila ya, kode 2 bila tidak]	
1. Tradisional <input type="checkbox"/> 2. Modern <input type="checkbox"/> 3. Lainnya <input type="checkbox"/>	
6. Apakah pernah berobat jalan dlm 1 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak • [R.8]	
7. Berapa kali berobat jalan selama 1 bulan terakhir: [Isikan frekuensi berobat jalan untuk setiap fasilitas]	
a. RS pemerintah <input type="text"/>	e. Praktek nakes <input type="text"/>
b. RS swasta <input type="text"/>	f. Praktek batra <input type="text"/>
c. Praktek dokter/Poliklinik <input type="text"/>	g. Dukun bersalin <input type="text"/>
d. Puskesmas/Pustu <input type="text"/>	h. Lainnya <input type="text"/>
8. Apakah pernah rawat inap dalam 1 tahun terakhir? 1. Ya 2. Tidak • [R.10]	
9. Lamanya hari rawat inap (dalam hari):	
a. RS Pemerintah <input type="text"/>	d. Praktek nakes <input type="text"/>
b. RS Swasta <input type="text"/>	e. Praktek batra <input type="text"/>
c. Puskesmas <input type="text"/>	f. Lainnya <input type="text"/>
10. Apakah tersedia jaminan pembiayaan/asuransi kesehatan untuk keperluan berobat jalan/rawat inap seperti di bawah ini? [Isikan kode 1 bila ya, kode 2 bila tidak]	
a. JPK PNS/Veteran/Pensiun <input type="checkbox"/>	d. JPK Jamsostek <input type="checkbox"/>
b. Tunjangan/penggantian biaya oleh perusahaan <input type="checkbox"/>	e. Asuransi kesehatan swasta <input type="checkbox"/>
c. JPK MM/kartu sehat/ JPK Gakin/kartu miskin/ kartu askeskin <input type="checkbox"/>	f. Dana sehat <input type="checkbox"/>
g. JPKM/JPK lain <input type="checkbox"/>	
V.B. KETERANGAN BALITA (UNTUK ART UMUR 0-59 BULAN)	
11. a. Umur dalam bulan: bulan (ke R.12 bila isian • 00)	
b. Jika R.11.a = 00, umur dalam hari: hari	
12. Siapa yang menolong proses kelahiran? [Isikan kode jawaban langsung ke kotak]	
1. Dokter	4. Dukun bersalin
2. Bidan	5. Famili/keluarga
3. Tenaga paramedis lain	6. Lainnya
13. Berapa kali sudah mendapat imunisasi? [Isikan 0, bila belum pernah diimunisasi]	
a. BCG <input type="checkbox"/>	d. Campak/Morbilli <input type="checkbox"/>
b. DPT <input type="checkbox"/>	e. Hepatitis B <input type="checkbox"/>
c. Polio <input type="checkbox"/>	
14. a. Apakah pernah diberi Air Susu Ibu (ASI)? 1. Ya 2. Tidak • [R.15.a]	
b. Jika "Ya", lama pemberian ASI: [Isikan dalam hari bila umur < 1 bulan dan dalam bulan bila umur • 1 bulan]:	
1. Lama pemberian ASI:	<input type="text"/>
2. ASI saja:	<input type="text"/>
3. ASI dengan makanan pendamping:	<input type="text"/>
15. a. Apakah mempunyai akte kelahiran dari kantor catatan sipil? Boleh saya melihatnya? 1. Ya, dapat ditunjukkan } • [Art lain] 2. Ya, tidak dapat ditunjukkan } 3. Tidak punya 4. Tidak tahu	
b. Alasan utama jika "Tidak punya/Tidak tahu": [Jawaban jangan dibacakan!]	
1. Biaya mahal/tidak ada biaya	4. Tidak tahu cara mengurusnya
2. Perjalanan jauh	5. Tidak merasa perlu
3. Tidak tahu kelahiran harus dicatat	6. Lainnya
	7. Tidak tahu

*) Misalnya: Campak, telinga berair/congek, sakit kuning/liver, kejang-kejang, lumpuh, pikun, kecelakaan, dll.

V.C. KETERANGAN PENDIDIKAN (UNTUK ART 5 TAHUN KE ATAS)		HANYA UNTUK ART YANG BEKERJA (R.24.a.1 = 1 atau R.25 = 1)	
16. Partisipasi bersekolah: 1. Tidak/belum pernah bersekolah • {R.18} 2. Masih bersekolah • {R.19} 3. Tidak bersekolah lagi	<input type="checkbox"/>	27. Lapangan usaha/bidang pekerjaan utama dari tempat bekerja selama seminggu terakhir: 1. Pertanian, perburuan, dan kehutanan 2. Perikanan 3. Pertambangan dan penggalian 4. Industri pengolahan 5. Listrik, gas, dan air 6. Konstruksi 7. Perdagangan besar dan eceran 8. Penyediaan akomodasi & penyediaan mkn minum 9. Transportasi, pergudangan, dan komunikasi 10. Perantara keuangan 11. Real estate, usaha persewaan dan jasa perush. 12. Administrasi pemerintahan, pertahanan, dan jaminan sosial wajib 13. Jasa pendidikan 14. Jasa kesehatan dan kegiatan sosial 15. Jasa kemasy, sosial budaya, dan perorangan 16. Jasa perorangan yang melayani rumah tangga 17. Badan internasional dan badan ekstra internasional lainnya 18. Lainnya	<input type="checkbox"/>
17. Kapan berhenti bersekolah? [Isikan '00 dan 0000' bila berhenti sebelum tahun 1997] Bulan: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tahun: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		28. Status/kedudukan dalam pekerjaan utama selama seminggu terakhir: 1. Berusaha sendiri 2. Berusaha dibantu buruh tidak tetap/buruh tidak dibayar • {Blok V.E} 3. Berusaha dibantu buruh tetap/dibayar • {Blok V.E} 4. Buruh/karyawan/pegawai 5. Pekerja tidak dibayar • {Blok V.E} 6. Lainnya	<input type="checkbox"/>
18. Alasan tidak/belum pernah bersekolah atau tidak bersekolah lagi: 1. Tidak ada biaya 2. Bekerja/mencari nafkah 3. Menikah/mengurus rt 4. Tidak diterima 5. Sekolah jauh 6. Merasa pendidikan cukup 7. Cacat 8. Menunggu pengumuman 9. Belum cukup umur 10. Lainnya [Jika R.16=1, lanjutkan ke R.23]	<input type="checkbox"/>	29. Berapa pendapatan bersih (uang dan barang) yang biasanya diterima selama sebulan dari pekerjaan utama? Rp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19. Jenjang dan jenis pendidikan tertinggi yang pernah/ sedang diduduki: 1. SD 2. Madrasah Ibtidaiyah 3. SMP Umum/Kejuruan 4. Madrasah Tsanawiyah 5. SMA 6. Madrasah Aliyah 7. SMK 8. Program D.I/D.II 9. Program D.III 10. Program D.IV/S1 11. S2/S3	<input type="checkbox"/>	V.E. FERTILITAS & KELUARGA BERENCANA (UNTUK WANITA BERUMUR 10 TAHUN KE ATAS)	
20. Tingkat/kelas tertinggi yang pernah/ sedang diduduki: 1 2 3 4 5 6 7 8 (Tamat)	<input type="checkbox"/>	WANITA BERSTATUS KAWIN, CERAI HIDUP, CERAI MATI (Blok IV.A, Kolom 4 = 2 & Kolom 6 = 2, 3, atau 4)	
21. Ijazah/STTB tertinggi yang dimiliki: 1. Tdk punya ijazah SD 2. SD 3. Madrasah Ibtidaiyah 4. SMP Umum/Kejuruan 5. Madrasah Tsanawiyah 6. SMA 7. Madrasah Aliyah 8. SMK 9. Program D.I/D.II 10. Program D.III/Sarbud 11. Program D.IV/S1 12. S2/S3	<input type="checkbox"/>	30. Umur pada saat perkawinan pertama: tahun	
22. Jika R.16 = 3 dan R.21 < 6, Apakah sedang mengikuti Program Paket A, B atau C? 1. Ya, Paket A 2. Ya, Paket B 3. Ya, Paket C 4. Tidak	<input type="checkbox"/>	31. Jumlah tahun dim ikatan perkawinan: tahun	
23. Dapat membaca dan menulis: 1. Huruf latin 2. Huruf lainnya 3. Huruf latin dan lainnya 4. Tidak dapat	<input type="checkbox"/>	32. Jumlah anak kandung (a.k.) yang dilahirkan:	
V.D. KETENAGAKERJAAN (UNTUK ART BERUMUR 10 TAHUN KE ATAS)			
24. a. Apakah melakukan kegiatan seperti di bawah ini selama seminggu terakhir?		Laki-laki	Perempuan
			Lk + Pr
1. Bekerja	Ya Tidak 1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sekolah	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mengurus rumah tangga	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lainnya selain kegiatan pribadi ¹	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[Jika R.24.a.1 s.d. 4 = 2, lanjutkan ke R.25]			
b. Dari kegiatan 1 s.d. 4 di atas yang menyatakan "Ya", kegiatan apakah yang menggunakan waktu terbanyak selama seminggu terakhir? 1 2 3 4 [Jika R.24.a.1 = 1, lanjutkan ke R.26]	<input type="checkbox"/>		
25. Apakah mempunyai pekerjaan/usaha, tetapi sementara tidak bekerja selama seminggu terakhir? 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
26. Apakah sedang mencari pekerjaan atau mempersiapkan suatu usaha selama seminggu terakhir? 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>		
		33. Penggunaan/pemakaian alat/cara KB: 1. Sedang menggunakan 2. Tidak menggunakan lagi 3. Tidak pernah menggunakan } [Art lain]	<input type="checkbox"/>
		34. Jika "Sedang menggunakan", alat/cara KB yang sedang digunakan/dipakai: 1. MOW/tubektomi 2. MOP/vasektomi 3. AKDR/IUD/spiral 4. Suntikan KB 5. Susuk KB/horplan/implanon/ahwalit 6. Pil KB 7. Kondom/karet KB 8. Intravagitusue/kondom wanita 9. Cara tradisional	<input type="checkbox"/>

¹ Yang termasuk kegiatan lainnya: olah raga, kursus, piknik dan kegiatan sosial (berorganisasi, kerja bakti)

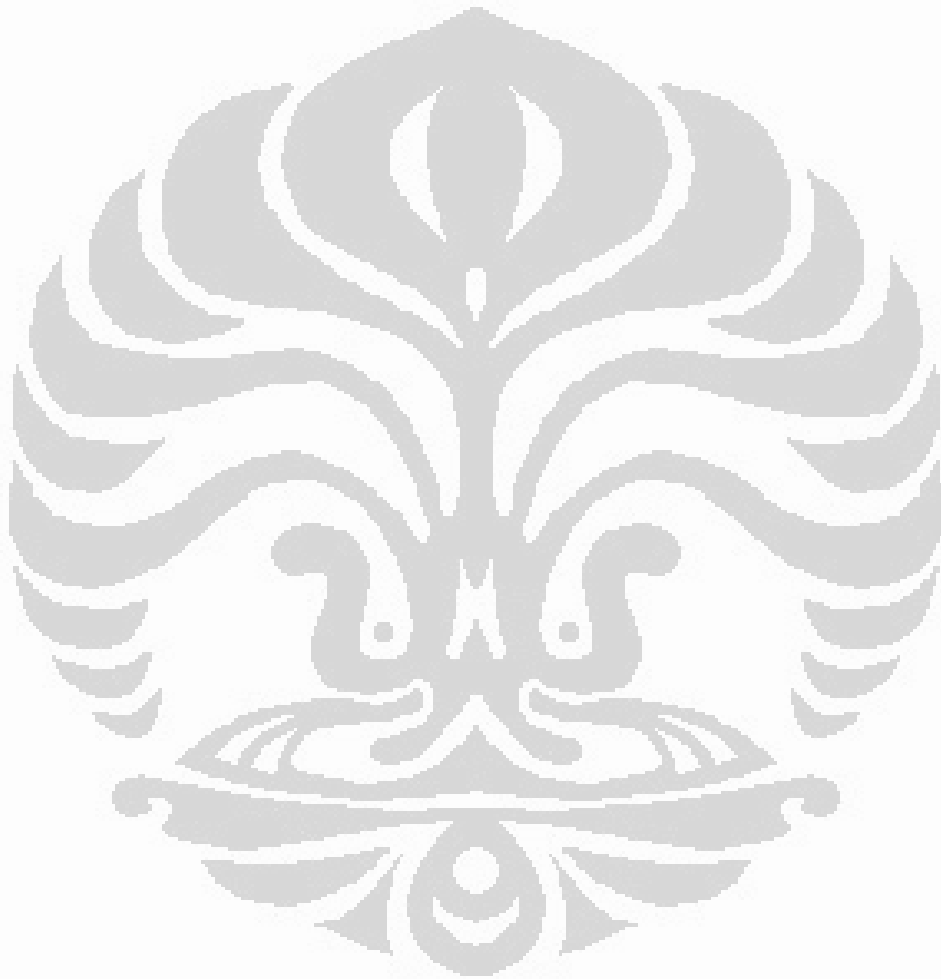
VI. KETERANGAN PERUMAHAN		VII. PENGELUARAN RUMAH TANGGA	
1. Status penguasaan bangunan tempat tinggal yang ditempati: 1. Milik sendiri 2. Kontrak 3. Sewa 4. Bebas sewa 5. Dinas 6. Rumah milik orang tua/sanak/saudara 7. Lainnya	<input type="checkbox"/>	VILA. PENGELUARAN UNTUK MAKANAN SELAMA SEMINGGU TERAKHIR [BERASAL DARI PEMBELIAN, PRODUKSI SENDIRI, DAN PEMBERIAN]	Jumlah (Rp)
		(1)	(2)
2. Jenis atap terluas: 1. Beton 2. Genteng 3. Sirap 4. Seng 5. Asbes 6. Lijuk/humbia 7. Lainnya	<input type="checkbox"/>	1. Padi-padian a. Beras b. Lainnya (jagung, terigu, tepung beras, tepung jagung, dll.)	
3. Jenis dinding terluas: 1. Tembok 2. Kayu 3. Bambu 4. Lainnya	<input type="checkbox"/>	2. Umbi-umbian (ketela pohon, ketela rambat, kentang, gapek, talas, sagu, dll.)	
4. Jenis lantai terluas: 1. Bukan tanah 2. Tanah	<input type="checkbox"/>	3. Ikan/udang/cumi/kerang a. Segar/basah b. Asin/diawetkan	
5. a. Luas lantai: m ² b. Luas kaveling: m ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. Daging (daging sapi/kerbau/kambing/domba/babi/ayam, jeroan, hati, limpa, abon, dendeng, dll.)	
6. a. Sumber air minum: 1. Air dalam kemasan • {R.8} 2. Leding meteran 3. Leding eceran • {R.8} 4. Sumur bor/pompa 5. Sumur terlindung 6. Sumur tak terlindung 7. Mata air terlindung 8. Mata air tak terlindung 9. Air sungai 10. Air hujan 11. Lainnya b. Jika R.6.a=4 s.d 8 (pompa/sumur/mata air) jarak ke tempat penampungan kotoran/tinja terdekat: 1. < 10 m 2. • 10 m 3. Tidak tahu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Telur dan susu a. Telur ayam/itik/puyuh b. Susu mumi, susu kental, susu bubuk, dll.	
7. Jika R.6.a=4 atau 3, penggunaan fasilitas air minum: 1. Sendiri 2. Bersama 3. Umum 4. Tidak ada	<input type="checkbox"/>	6. Sayur-sayuran (bayam, kangkung, ketimun, wortel, kacang panjang, buncis, bawang, cabe, tomat, dll.)	
8. Cara memperoleh air minum: 1. Membeli 2. Tidak membeli	<input type="checkbox"/>	7. Kacang-kacangan (kacang tanah/hijau/kedele/merah/tunggak/mele, tahu, tempe, taucu, oncom, dll.)	
9. a. Penggunaan fasilitas tempat buang air besar: 1. Sendiri 2. Bersama 3. Umum 4. Tidak ada • {R.9.c} b. Jenis kloset: 1. Leher angsa 2. Plengsengan 3. Cemplung/cubluk 4. Tidak pakai c. Tempat pembuangan akhir tinja: 1. Tangki/SPAL 2. Kolam/sawah 3. Sungai/danau/laut 4. Lobang tanah 5. Pantai/tanah lapang/kebun 6. Lainnya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. Buah-buahan (jeruk, mangga, apel, durian, rambutan, salak, duku, nenas, semangka, pisang, pepaya, dll.)	
10. Sumber penerangan: 1. Listrik PLN 2. Listrik non PLN 3. Petromak/aladin 4. Pelita/sentir/obor 5. Lainnya	<input type="checkbox"/>	9. Minyak dan lemak (minyak kelapa/goreng, kelapa, mentega, dll.)	
11. Bahan bakar/energi utama untuk memasak: 1. Listrik 2. Gas/Elpiji 3. Minyak tanah 4. Arang/briket 5. Kayu bakar 6. Lainnya	<input type="checkbox"/>	10. Bahan minuman (gula pasir, gula merah, teh, kopi, coklat, sirup, dll.)	
		11. Bumbu-bumbuan (garam, kemiri, ketumbar, merica, terasi, kecap, vetsin, dll.)	
		12. Konsumsi lainnya a. Mie instant, mie basah, bihun, makaroni/mie kering b. Lainnya (kerupuk, emping, dll.)	
		13. Makanan dan minuman jadi a. Makanan jadi (roti, biskuit, kue basah, bubur, bakso, gado-gado, nasi rames, dll.) b. Minuman non alkohol (Soft drink, es sirup, limun, air mineral, dll.) c. Minuman mengandung alkohol (bir, anggur, dan minuman keras lainnya)	
		14. Tembakau dan sirih a. Rokok (rokok kretek, rokok putih, cerutu) b. Lainnya (sirih, pinang, tembakau, dan lainnya)	
		15. Jumlah Pengeluaran Makanan (Rincian 1 s.d. 14)	

VII. PENGELUARAN RUMAH TANGGA (LANJUTAN)		
VII.B. PENGELUARAN BUKAN MAKANAN (BERASAL DARI PEMBELIAN, PRODUKSI SENDIRI DAN PEMBERIAN)	Sebulan Terakhir (Rp)	12 bulan Terakhir (Rp)
(1)	(2)	(3)
16. Perumahan dan fasilitas rumah tangga		
a. Sewa, kontrak, perkiraan sewa rumah (milik sendiri, bebas sewa, dinas), dan lain-lain		
b. Pemeliharaan rumah dan perbaikan ringan		
c. Rekening listrik, air, gas, minyak tanah, kayu bakar, dll.		
d. Rekening telepon rumah, pulsa HP, telepon umum, wartel, benda pos, dll.		
17. Aneka barang dan jasa		
a. Sabun mandi/cuci, kosmetik, perawatan rambut/muka, tissue dll		
b. Biaya kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dokter praktek, dukun, obat-obatan, dan lainnya)		
c. Biaya pendidikan (uang pendaftaran, SPP, POMG/BP3, uang pangkal/daftar ulang, pramuka, prakarya, kursus, dan lainnya)		
d. Transportasi, pengangkutan, bensin, solar, minyak pelumas		
e. Jasa lainnya (gaji sopir, pembantu rumah tangga, hotel, dll)		
18. Pakaian, alas kaki, dan tutup kepala (pakaian jadi, bahan pakaian, sepatu, topi, dan lainnya)		
19. Barang tahan lama (alat rumah tangga, perkakas, alat dapur, alat hiburan (elektronik), alat olahraga, perhiasan, kendaraan, payung, arloji, kamera, HP, pasang telepon, pasang listrik, barang elektronik dll.)		
20. Pajak, pungutan, dan asuransi		
a. Pajak (PBB, pajak kendaraan)		
b. Pungutan/retribusi		
c. Asuransi kesehatan		
d. Lainnya (Asuransi lainnya, tiang, PPh, dll)		
21. Keperluan pesta dan upacara/kenduri tidak termasuk makanan (perkawinan, ulang tahun, khitanan, upacara keagamaan, upacara adat, dan lainnya)		
22. Jumlah Pengeluaran Bukan Makanan (Rincian 16 s.d. Rincian 21)		
23. Rata-rata pengeluaran makanan sebulan (Rincian 15 x $\frac{30}{7}$)		
24. Rata-rata pengeluaran bukan makanan sebulan (Rincian 22 Kolom 3) $\frac{\quad}{12}$		
25. Rata-rata pengeluaran rumah tangga sebulan (Rincian 23 + Rincian 24)		
26. Sumber penghasilan terbesar rumah tangga (pilih dari art dengan penghasilan terbesar):		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a. Lapangan usaha [Kode lihat Blok V.D Rincian 27]		<input type="checkbox"/>
b. Status pekerjaan:		<input type="checkbox"/>
0. Penerima pendapatan 1. Buruh/karyawan 2. Pengusaha 3. Lainnya		

VIII. KETERANGAN SOSIAL EKONOMI LAINNYA																																			
1. a. Apakah ada anggota rumah tangga yang mendapatkan pelayanan kesehatan gratis selama 6 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak • {R.2.a}	<input type="checkbox"/>	4. a. Apakah ada anggota rumah tangga/mantan anggota rumah tangga yang pernah/sedang bekerja sebagai TKI? 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu } [Blok IX]	<input type="checkbox"/>																																
b. Jika "Ya", kartu yang digunakan: 1. Askeskin 3. Kartu sehat 2. KKB 4. Lainnya:	<input type="checkbox"/>	b. Jika "Ya", jumlah art/mantan art menurut jenis kelamin Laki-laki: orang Perempuan: orang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																
2. a. Apakah rt pernah membeli beras murah/raskin selama 6 bulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak • {R.3.a}	<input type="checkbox"/>	c. Tuliskan jumlah anggota rumah tangga dan mantan anggota rumah tangga menurut jenis pekerjaannya:																																	
b. Jika "Ya", berapa kg beras raskin yang dibeli? kg	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jenis pekerjaan</th> <th colspan="2">Jumlah</th> </tr> <tr> <th>Sedang</th> <th>Pemah</th> </tr> <tr> <th>(1)</th> <th>(2)</th> <th>(3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Perawat</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Pembantu rumah tangga</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Baby sitter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Sopir</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Tukang bangunan</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Buruh perkebunan</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Buruh pabrik</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Lainnya:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Jenis pekerjaan	Jumlah		Sedang	Pemah	(1)	(2)	(3)	1. Perawat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Pembantu rumah tangga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Baby sitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Sopir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Tukang bangunan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Buruh perkebunan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Buruh pabrik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Lainnya:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jenis pekerjaan	Jumlah																																		
	Sedang	Pemah																																	
(1)	(2)	(3)																																	
1. Perawat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
2. Pembantu rumah tangga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
3. Baby sitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
4. Sopir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
5. Tukang bangunan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
6. Buruh perkebunan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
7. Buruh pabrik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
8. Lainnya:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
c. Berapa rupiah per kg yang dibayar oleh rumah tangga untuk membeli beras raskin yang terakhir? Rp	<input type="text"/>																																		
3. a. Apakah ada anggota rumah tangga yang menerima kredit usaha dalam setahun terakhir? 1. Ya 2. Tidak • {R.4.a}	<input type="checkbox"/>																																		
b. Jika "Ya", jenis kredit yang diterima: 1. Program pengemb- 4. Program Bank angan kecamatan 5. Program Koperasi/ 2. Program P2KP Yayasan 3. Program pemerintah 6. Perorangan lainnya 7. Lainnya	<input type="checkbox"/>																																		

IX. TEKNOLOGI KOMUNIKASI & INFORMASI																					
1. Apakah di rumah tangga ini ada telepon? 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/>	5. Penggunaan internet di luar rumah:																			
2. a. Apakah ada anggota rumah tangga yang mempunyai telepon selular (HP)? 1. Ya 2. Tidak • {R.3}	<input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lokasi penggunaan</th> <th>Apakah ada art yang menggunakan internet di luar rt sebulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak</th> <th>Jika "Ya", jumlah art yang menggunakan: (orang)</th> </tr> <tr> <th>(1)</th> <th>(2)</th> <th>(3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Wamet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Kantor</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Sekolah</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Lainnya</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Lokasi penggunaan	Apakah ada art yang menggunakan internet di luar rt sebulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak	Jika "Ya", jumlah art yang menggunakan: (orang)	(1)	(2)	(3)	a. Wamet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Kantor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Sekolah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokasi penggunaan	Apakah ada art yang menggunakan internet di luar rt sebulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak	Jika "Ya", jumlah art yang menggunakan: (orang)																			
(1)	(2)	(3)																			
a. Wamet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
b. Kantor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
c. Sekolah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
d. Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
b. Jika "Ya", jumlah nomor HP yang dimiliki di rumah tangga ini: nomor	<input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/>																				
3. Apakah rt ini mempunyai komputer (Desktop, Laptop, Notebook)? 1. Ya 2. Tidak • {R.5}	<input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/>																				
4. a. Apakah rt ini menggunakan komputer untuk akses ke internet selama sebulan terakhir? 1. Ya 2. Tidak • {R.5}	<input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/>																				
b. Jika "Ya", jumlah anggota rumah tangga yang menggunakan fasilitas tersebut: orang	<input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/>																				

X. CATATAN



VSEN2007.K



REPUBLIK INDONESIA
DEPARTEMEN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN



RISET KESEHATAN DASAR 2007

PERTANYAAN RUMAH TANGGA DAN INDIVIDU

RAHASIA

RKD07. RT

I. PENGENALAN TEMPAT			
1	Provinsi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Kabupaten/Kota?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Kecamatan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Desa/Kelurahan?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	<input type="checkbox"/>
6	a. Nomor blok sensus		
	b. Nomor sub blok sensus		
7	Nomor Kode Sampel		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Nomor urut sampel rumah tangga		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Alamat rumah		
II. KETERANGAN RUMAH TANGGA			
1	Nama kepala rumah tangga:		
2	Banyaknya anggota rumah tangga:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Banyaknya anggota rumah tangga yang diwawancarai:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Jumlah balita (umur di bawah 5 tahun):		<input type="checkbox"/>
5	Jumlah kematian ART di periode 12 bulan sebelum survei dan dilakukan verbal otopsi:		<input type="checkbox"/>
6	Apakah Rumah tangga menyimpan garam?	1. Ya 2. Tidak → Blok III	<input type="checkbox"/>
7	Lakukan tes cepat iodium dan catat kandungan iodiumnya	1. Cukup (biru/ungu tua) 2. Tdk cukup (biru/ ungu muda) 3. Tidak ada iodium (Tidak berwarna)	<input type="checkbox"/>
SAMPEL GARAM DIAMBIL HANYA UNTUK 30 KAB/ KOTA TERPILIH (LIHAT DAFTAR KAB/ KOTA DI PEDOMAN PENGISIAN)			
8	STIKER NOMOR GARAM (RUMAH TANGGA)	TEMPEL STIKER DI SINI	
III. KETERANGAN PENGUMPUL DATA			
1	Nama Pengumpul Data:		4 Nama Ketua Tim:
2	Tgl. Pengumpulan data: (tgl-bln-thn)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 Tgl. Pengecekan: (tgl-bln-thn)
3	Tanda tangan Pengumpul Data		6 Tanda tangan Ketua Tim:

*) coret yang tidak perlu

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga [KODE]	Jenis Kelamin 1. Laki-laki 2. Perempuan	Umur (tahun) Jika umur < 1thn isikan "00" Jika umur ≥ 97 thn isikan "97"	Status Kawin [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun		Khusus ART perempuan 10-54 tahun Apakah sedang Hamil? 1.Ya 2.Tidak	ART semalam tidur di dalam kelambu? 1. Ya 2. Tidak → kol.12 8. Tdk Tahu → kol.12	Jika ya, apakah kelambu bersektisida? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Verifikasi
						Pendidikan Tertinggi [KODE]	Pekerjaan utama [KODE]				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
1.		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN APABILA JUMLAH ART > 15 ORANG

Kode kolom 3 Hubungan dengan kepala rumah tangga	Kode kolom 6 Status Kawin	Kode kolom 7 Pendidikan Tertinggi	Kode kolom 8 Pekerjaan Utama	Kode kolom 12 Verifikasi
1 = Kepala rumah tangga 6 = Orang tua/ mertua 2 = Istri/suami 7 = Famili lain 3 = Anak 8 = Pembantu rumah tangga 4 = Menantu 9 = Lainnya 5 = Cucu	1 = Belum kawin 2 = Kawin 3 = Cerai Nidup 4 = Cerai mati	1 = Tidak pernah sekolah 2 = Tidak tamat SD 3 = Tamat SD 4 = Tamat SLTP 5 = Tamat SLTA 6 = Tamat Perguruan Tinggi	01 = Tidak kerja 02 = Sekolah 03 = Ibu rumah tangga 04 = TNI/Polri 05 = PNS 06 = Pegawai BUMN 07 = Pegawai swasta 08 = Wiraswasta/ Pedagang 09 = Pelayan Jasa 10 = Petani 11 = Nelayan 12 = Buruh 13 = Lainnya	1= Tidak ada perubahan 2= Ada perubahan 3= Meninggal 4= Pindah 5= Lahir 6= Anggota baru 7= Tdk pernah ada dim RT sampel

VI. AKSES DAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN			
1a	Berapa jarak yang harus ditempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat (Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu, Dokter praktek, Bidan Praktek)?	.....Km.....meter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1b	Berapa waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat (Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu, Dokter praktek, Bidan Praktek)?	..... menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2a	Berapa jarak yang harus ditempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat (Posyandu, Poskesdes, Polindes)?	.....Km.....meter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2b	Berapa waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat (Posyandu, Poskesdes, Polindes)?	..... menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Apakah tersedia angkutan umum ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat? (berlaku untuk P.1a dan P.2a)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
4	Apakah rumah tangga ini pernah memanfaatkan pelayanan Posyandu/ Poskesdes dalam 3 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak → P.6	<input type="checkbox"/>
5	<p>Jika ya, jenis pelayanan apa saja yang diterima: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN I) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA 2=TIDAK 7=TIDAK BERLAKU</p> <p>a. Penimbangan <input type="checkbox"/> d. KIA <input type="checkbox"/> g. Pemberian Makanan Tambahan <input type="checkbox"/></p> <p>b. Penyuluhan <input type="checkbox"/> e. KB <input type="checkbox"/> h. Suplementasi gizi (Vit A, Fe, Multi gizi mikro) <input type="checkbox"/></p> <p>c. Imunisasi <input type="checkbox"/> f. Pengobatan <input type="checkbox"/> i. Konsultasi risiko penyakit <input type="checkbox"/></p>		
LANJUTKAN KE P.7			
6	Jika tidak memanfaatkan pelayanan Posyandu/ Poskesdes, apakah alasan utamanya? 1. Letak posyandu jauh 2. Tidak ada posyandu 3. Pelayanan tidak lengkap 4. Lainnya:		<input type="checkbox"/>
7	Apakah rumah tangga ini pernah memanfaatkan pelayanan Polindes/ Bidan Desa dalam 3 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak → P.9	<input type="checkbox"/>
8	<p>Jika ya, jenis pelayanan apa saja yang diterima: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN f) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA 2=TIDAK 7= TIDAK BERLAKU</p> <p>a. Pemeriksaan kehamilan <input type="checkbox"/> c. Pemeriksaan ibu nifas <input type="checkbox"/> e. Pemeriksaan bayi (1-11 bulan) dan/ atau anak balita (1-4 tahun) <input type="checkbox"/></p> <p>b. Persalinan <input type="checkbox"/> d. Pemeriksaan neonatus (<1 bulan) <input type="checkbox"/> f. Pengobatan <input type="checkbox"/></p>		
LANJUTKAN KE P.10			
9	Jika tidak memanfaatkan pelayanan Polindes/ Bidan Desa, apakah alasan utamanya? 1. Letak polindes/ bidan desa jauh 3. Pelayanan tidak lengkap 5. Lainnya: 2. Tidak ada polindes/ bidan desa 4. Tidak membutuhkan		<input type="checkbox"/>
10	Apakah rumah tangga ini pernah Memanfaatkan pelayanan Pos Obat Desa (POD)/ Warung Obat desa (WOD) dalam 3 bulan terakhir?	1. Ya → VII 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
11	Jika tidak memanfaatkan POD/ WOD, apakah alasan utamanya? 1. Lokasi jauh 3. Obat tidak lengkap 5. Lainnya: 2. Tidak ada POD/ WOD 4. Tidak membutuhkan		<input type="checkbox"/>

VII. SANITASI LINGKUNGAN			
1.	Berapa jumlah pemakaian air untuk keperluan Rumah Tangga?	..... liter/hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Berapa jarak/lama waktu yang dibutuhkan untuk memperoleh air (pulang-pergi)?	a. Jarak ....Km b. Lama... Menit	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Apakah di sekitar sumber air dalam radius <10 meter terdapat sumber pencemaran (air limbah/ cubluk/ tangki septik/ sampah)?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak ada sumber air	<input type="checkbox"/>
4.	Apakah air untuk semua kebutuhan rumah tangga diperoleh dengan mudah sepanjang tahun?	1. Ya (mudah) 2. Sulit di musim kemarau 3. Sulit sepanjang tahun	<input type="checkbox"/>
5.	Bila sumber air terletak di luar pekarangan rumah, siapa yang biasanya mengambil air untuk keperluan Rumah Tangga	1. Orang dewasa perempuan 2. Orang dewasa laki-laki 3. Anak laki-laki 4. Anak perempuan 5. Sumber air di dalam pekarangan rumah	<input type="checkbox"/>
6.	Bagaimana kualitas fisik air minum? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK a. Keruh <input type="checkbox"/> b. Berwarna <input type="checkbox"/> c. Berasa <input type="checkbox"/> d. Berbusa <input type="checkbox"/> e. Berbau <input type="checkbox"/>		
7.	Apakah jenis sarana/ tempat penampungan air minum sebelum dimasak?	1. Tidak ada/langsung dari sumber 2. Wadah/tandon terbuka 3. Wadah/tandon tertutup	<input type="checkbox"/>
8.	Bagaimana pengolahan air minum sebelum diminum/ digunakan? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK a. Langsung diminum <input type="checkbox"/> b. Dimasak <input type="checkbox"/> c. Disaring <input type="checkbox"/> d. Diberi bahan kimia <input type="checkbox"/> e. Lainnya: <input type="checkbox"/>		
9.	Dimana tempat penampungan air limbah dari kamar mandi/ tempat cuci/ dapur?	1. Penampungan tertutup di pekarangan/ SPAL 3. Penampungan di luar pekarangan 2. Penampungan terbuka di pekarangan 4. Tanpa penampungan (di tanah) 5. Langsung ke got/ sungai	<input type="checkbox"/>
10.	Bagaimana saluran pembuangan air limbah dari kamar mandi/ dapur/ tempat cuci?	1. Saluran terbuka 2. Saluran tertutup 3. Tanpa saluran	<input type="checkbox"/>
11.	Apakah tersedia tempat pembuangan sampah di luar rumah?	1. Ya 2. Tidak →P.13	<input type="checkbox"/>
12.	Bila ya, apa jenis tempat pengumpulan/ penampungan sampah rumah tangga di luar rumah tersebut? (BACAKAN POINT a DAN b) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK	a. Tempat sampah tertutup b. Tempat sampah terbuka	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.	Apakah tersedia tempat penampungan sampah basah (organik) di dalam rumah?	1. Ya 2. Tidak →P.15	<input type="checkbox"/>
14.	Bila ya, apa jenis tempat pengumpulan/ penampungan sampah basah (organik) di dalam rumah? (BACAKAN POINT a DAN b) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK	a. Tempat sampah tertutup b. Tempat sampah terbuka	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15.	Apakah Rumah Tangga ini selama sebulan yang lalu menggunakan bahan kimia yang termasuk dalam golongan bahan berbahaya dan beracun (B3) di dalam rumah (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK a. Pengharum ruangan (spray) <input type="checkbox"/> e. Penghilang noda pakaian <input type="checkbox"/> b. Spray rambut/ deodorant spray <input type="checkbox"/> f. Aki (Accu) <input type="checkbox"/> c. Pembersih lantai <input type="checkbox"/> g. Cat <input type="checkbox"/> d. Pengkilap kaca/ kayu/ logam <input type="checkbox"/> h. Racun serangga/ Pembasmi hama <input type="checkbox"/>		

16. Apa jenis ternak yang dipelihara?				
Ternak/hewan peliharaan	Dipelihara?		Dipelihara di :	
	1. Ya	2. Tidak → ternak berikutnya	1. Kandang dalam rumah	3. Rumah tanpa kandang
			2. Kandang luar rumah	4. Luar rumah tanpa kandang
	(1)		(2)	
a. Unggas (ayam, bebek, burung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
b. Ternak sedang (kambing, domba, babi)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
c. Ternak besar (sapi, kerbau, kuda)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
d. Anjing, kucing, kelinci	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
17. Jarak rumah ke sumber pencemaran? JIKA TIDAK TAHU JARAK KE SUMBER PENCEMARAN → ISIKAN "8888" PADA KOLOM (2) JARAK (METER) JIKA TIDAK ADA SUMBER PENCEMARAN → ISIKAN "9999" PADA KOLOM (2) JARAK (METER)				
Sumber Pencemaran	Jarak (meter)		Sumber Pencemaran	Jarak (meter)
(1)	(2)		(1)	(2)
a. Jalan raya/ rel kereta api	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		e. Terminal/stasiun kereta api/bandara	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Tempat Pembuangan Sampah (Akhir/Sementara)/Incinerator/PAL RS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		f. Bengkel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Industri/pabrik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		g. Jaringan listrik tegangan tinggi (SUTT/ SUTET)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. Pasar tradisional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		h. Peternakan/ Rumah Potong Hewan (termasuk unggas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CATATAN PENGUMPUL DATA	

RAHASIA

RISET KESEHATAN DASAR (RISKESDAS 2007)

RKD07.IND

PENGENALAN TEMPAT									
Prov	Kab/ Kota	Kec	Desa/Kel	D/K	No. Blok Sensus	No. Sub Blok Sensus	No Kode Sampel		No. urut sampel RT

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RKD07.RT

IX. KETERANGAN WAWANCARA INDIVIDU			
1.	Tanggal kunjungan pertama: Tgl-Bln-Thn	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	3. Nama Pengumpul data
2.	Tanggal kunjungan akhir: Tgl-Bln-Thn	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	4. Tanda tangan Pengumpul data

X. KETERANGAN INDIVIDU			
A. IDENTIFIKASI RESPONDEN			
A01	Tuliskan nama dan nomor urut Anggota Rumah Tangga (ART)	Nama ART	Nomor urut ART: <input type="text"/>
A02	Untuk ART pada A01 < 15 tahun/ kondisi sakit/ orang tua yang perlu didampingi, tuliskan nama dan nomor urut ART yang mendampingi	Nama ART	Nomor urut ART: <input type="text"/>

B. PENYAKIT MENULAR, TIDAK MENULAR, DAN RIWAYAT PENYAKIT TURUNAN	
[NAMA] pada pertanyaan di bawah ini merujuk pada NAMA yang tercatat pada pertanyaan A01 PERTANYAAN B01-B40 DITANYAKAN PADA SEMUA UMUR	

INFEKSI SALURAN PERNAFASAN AKUT (ISPA) INFLUENZA/ RADANG TENGGOROKAN

B01	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita ISPA oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B03 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B02	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita panas disertai batuk berdahak/ kering atau pilek?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

PNEUMONIA/ RADANG PARU

B03	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Pneumonia oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B05 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B04	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita panas tinggi disertai batuk berdahak dan napas lebih cepat dan pendek dari biasa (cuping hidung) / sesak nafas dengan tanda tarikan dinding dada bagian bawah?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

DEMAM TYPHOID (TIFUS PERUT)

B05	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Demam Typhoid oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B07 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B06	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita panas terutama pada sore malam hari > 1 minggu disertai sakit kepala, lidah kotor dengan pinggir merah, diare atau tidak bisa BAB?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

MALARIA

B07	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Malaria yang sudah dikonfirmasi dengan pemeriksaan darah oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B09 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B08	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita panas tinggi disertai menggigil (perasaan dingin), panas naik turun secara berkala, berkeringat, sakit kepala atau tanpa gejala malaria tetapi sudah minum obat anti malaria?	1. Ya 2. Tidak → B10	<input type="checkbox"/>
B09	Jika Ya, apakah [NAMA] mendapat pengobatan dengan obat program dalam 24 jam pertama menderita panas?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

DIARE/ MENCRET

B10	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Diare oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B12 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B11	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita buang air besar lebih dari 3 kali dalam sehari dengan kotoran/ tinja lembek atau cair?	1. Ya 2. Tidak → B13	<input type="checkbox"/>
B12	Apakah pada saat diare, diatasi dengan pemberian Oralit/ pemberian larutan gula garam/ cairan rumah tangga?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

CAMPAK/ MORBILI			
B13	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita campak oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B15 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B14	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita panas tinggi disertai mata merah dengan banyak kotoran pada mata, ruam merah pada kulit terutama pada leher dan dada?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
TUBERKULOSIS PARU (TB PARU)			
B15	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita TB Paru oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B17 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B16	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita batuk ≥ 2 minggu disertai dahak atau dahak bercampur darah/ batuk berdarah dan berat badan sulit bertambah/ menurun?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)			
B17	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Demam Berdarah Dengue oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B19 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B18	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita demam/panas, sakit kepala/ pusing disertai nyeri di uluhati/ perut kiri atas, mual dan muntah, lemas kadang-kadang disertai bintik-bintik merah di bawah kulit dan/ atau mimisan, kaki/ tangan dingin?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS/ SAKIT LIVER/ SAKIT KUNING			
B19	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Hepatitis oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B21 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B20	Dalam 12 bulan terakhir apakah [NAMA] pernah menderita demam, lemah, gangguan saluran cerna, (mual, muntah, tidak nafsu makan), nyeri pada perut kanan atas, disertai urin warna seperti air teh pekat, mata atau kulit berwarna kuning?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
FILARIASIS/ PENYAKIT KAKI GAJAH			
B21	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Filariasis oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B23 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B22	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita radang pada kelenjar di pangkal paha secara berulang, atau pembesaran alat kelamin/ payudara/ tungkai bawah dan atau atas (Filariasis/ kaki gajah)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
ASMA/ MENGI/ BENGEK			
B23	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Asma oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B25 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B24	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami sesak napas disertai bunyi (mengi/ Rasa tertekan di dada/ Terbangun karena dada terasa tertekan di pagi hari atau waktu lainnya, Serangan sesak napas/terengah-engah tanpa sebab yang jelas ketika tidak sedang berolah raga atau melakukan aktivitas fisik lainnya?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
GIGI DAN MULUT			
B25	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] mempunyai masalah dengan gigi dan/atau mulut?	1. Ya 2. Tidak → B28	<input type="checkbox"/>
B26	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] menerima perawatan atau pengobatan dari perawat gigi, dokter gigi atau dokter gigi spesialis?	1. Ya 2. Tidak → B28	<input type="checkbox"/>
B27	<p>Jenis perawatan atau pengobatan apa saja yang diterima untuk masalah gigi dan mulut yang [NAMA] alami? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK</p> <p>a. Pengobatan <input type="checkbox"/> c. Pemasangan gigi palsu lepasan (protesa) atau gigi palsu cekat (bridge) <input type="checkbox"/> e. Perawatan gigi lainnya. Ya, sebutkan..... <input type="checkbox"/></p> <p>b. Penambalan/ pencabutan/ bedah gigi atau mulut <input type="checkbox"/> d. Konseling tentang perawatan/ kebersihan gigi dan mulut <input type="checkbox"/></p>		
B28	Apakah [NAMA] telah kehilangan seluruh gigi asli?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

CEDERA			
B29	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami cedera sehingga kegiatan sehari-hari terganggu?	1. Ya 2. Tidak → B33	<input type="checkbox"/>
B30	Penyebab cedera: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN p) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Kecelakaan transportasi di darat (bus/ truk, kereta api, motor, mobil) <input type="checkbox"/>	i. Bencana alam (gempa bumi, tsunami) <input type="checkbox"/>	
	b. Kecelakaan transportasi laut <input type="checkbox"/>	j. Usaha bunuh diri (mekanik, kimia) <input type="checkbox"/>	
	c. Kecelakaan transportasi udara <input type="checkbox"/>	k. Tenggelam <input type="checkbox"/>	
	d. Jatuh <input type="checkbox"/>	l. Mesin elektrik, radiasi <input type="checkbox"/>	
	e. Terluka karena benda tajam, benda tumpul <input type="checkbox"/>	m. Terbakar, terkurung asap <input type="checkbox"/>	
	f. Penyerangan (benda tumpul/ tajam, bahan kimia, dll) <input type="checkbox"/>	n. Asfiksia (terpendam, tercekik, dll.) <input type="checkbox"/>	
	g. Ditembak dengan senjata api <input type="checkbox"/>	o. Komplikasi tindakan medis <input type="checkbox"/>	
	h. Kontak dengan bahan beracun (binatang, tumbuhan, kimia) <input type="checkbox"/>	p. Lainnya, Sebutkan <input type="checkbox"/>	
B31	Bagian tubuh yang terkena cedera: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN j) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Kepala <input type="checkbox"/>	d. Bagian perut, tulang punggung, tulang panggul <input type="checkbox"/>	g. Bagian pergelangan tangan, dan tangan <input type="checkbox"/>
	b. Leher <input type="checkbox"/>	e. Bagian bahu dan lengan atas <input type="checkbox"/>	h. Bagian pinggul dan tungkai atas <input type="checkbox"/>
	c. Bagian dada <input type="checkbox"/>	f. Bagian siku, lengan bawah <input type="checkbox"/>	i. Bagian lutut dan tungkai bawah <input type="checkbox"/>
			j. Bagian tumit dan kaki <input type="checkbox"/>
B32	Jenis cedera yang dialami : (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN i) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Benturan/ Luka memar <input type="checkbox"/>	c. Luka terbuka <input type="checkbox"/>	e. Terkilir, teregang <input type="checkbox"/>
	b. Luka lecet <input type="checkbox"/>	d. Luka bakar <input type="checkbox"/>	f. Patah tulang <input type="checkbox"/>
			g. Anggota gerak terputus <input type="checkbox"/>
			h. Keracunan <input type="checkbox"/>
			i. Lainnya: <input type="checkbox"/>
PENYAKIT JANTUNG			
B33	Apakah [NAMA] selama ini pernah didiagnosis menderita penyakit jantung oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B35 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B34	Apakah [NAMA] pernah ada gejala/ riwayat: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Bibir kebiruan saat menangis atau melakukan aktifitas <input type="checkbox"/>	c. Jantung berdebar-debar tanpa sebab <input type="checkbox"/>	e. Tungkai bawah bengkak <input type="checkbox"/>
	b. Nyeri dada/ rasa tertekan berat/ sesak nafas ketika berjalan terburu- buru/ mendaki/ berjalan biasa di jalan datar/ kerja berat/ jalan jauh <input type="checkbox"/>	d. Sesak nafas pada saat tidur tanpa bantal <input type="checkbox"/>	
PENYAKIT KENCING MANIS (DIABETES MELLITUS)			
B35	Apakah [NAMA] selama ini pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B37 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B36	Apakah [NAMA] selama ini pernah mengalami gejala banyak makan, banyak kencing, banyak minum, lemas dan berat badan turun atau menggunakan obat untuk kencing manis?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

TUMOR / KANKER			
B37	Apakah [NAMA] selama ini pernah didiagnosis menderita penyakit tumor/ kanker oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya 2. Tidak → B40	<input type="checkbox"/>
B38	Sejak kapan [NAMA] didiagnosis tumor tersebut? Tahun.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B39	Dimana lokasi tumor/ kanker tersebut: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN m) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 7=TIDAK BERLAKU		
	a. Mata, otak, dan bagian susunan syaraf pusat <input type="checkbox"/>	f. Saluran cerna (usus, hati) <input type="checkbox"/>	k. Jaringan lunak <input type="checkbox"/>
	b. Bibir, rongga mulut dan tenggorokan <input type="checkbox"/>	g. Saluran kemih <input type="checkbox"/>	l. Tulang, tulang rawan <input type="checkbox"/>
	c. Kelenjar gondok dan kelenjar endokrin lain <input type="checkbox"/>	h. Alat kelamin wanita: ovarium, cervix uteri <input type="checkbox"/>	m. Darah <input type="checkbox"/>
	d. Saluran pefafasan (paru- paru) <input type="checkbox"/>	i. Alat kelamin pria: Prostat <input type="checkbox"/>	
	e. Payudara <input type="checkbox"/>	j. Kulit <input type="checkbox"/>	
PENYAKIT Keturunan/GENETIK			
B40	Apakah [NAMA] ada riwayat keluhan menderita sebagai berikut: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Gangguan jiwa (schizophrenia)(observasi) <input type="checkbox"/>	d. Bibir sumbing (observasi) <input type="checkbox"/>	g. Thalasemia <input type="checkbox"/>
	b. Butawama <input type="checkbox"/>	e. Alergi dermatitis <input type="checkbox"/>	h. Hemofilia <input type="checkbox"/>
	c. Glaukoma <input type="checkbox"/>	f. Alergi rhinitis <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • JIKA ART UMUR ≥ 15 TAHUN → B41 • JIKA ART UMUR ≤ 14 TAHUN → KE BAGIAN C. KETANGGAPAN PELAYANAN KESEHATAN 			
PERTANYAAN B41-B50, KHUSUS ART UMUR ≥ 15 TAHUN			
PENYAKIT SENDI/ REMATIK/ ENCOK			
B41	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita penyakit sendi/ rematik/ encok oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B43 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B42	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita sakit/ nyeri/ kaku/ bengkak di sekitar persendian, kaku di persendian ketika bangun tidur atau setelah istirahat lama, yang timbul bukan karena kecelakaan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSI/ PENYAKIT TEKANAN DARAH TINGGI			
B43	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita hipertensi/ penyakit tekanan darah tinggi oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B45 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B44	Apakah saat ini [NAMA] masih minum obat antihipertensi?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
STROKE			
B45	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita stroke oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B47 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B46	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau pada otot wajah, atau gangguan pada suara (peko) secara mendadak?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • JIKA ART UMUR ≥ 30 TAHUN → B47 • JIKA ART UMUR ≤ 29 TAHUN → KE BAGIAN C. KETANGGAPAN PELAYANAN KESEHATAN 			
KATARAK (KHUSUS ART ≥ 30 TAHUN)			
B47	Dalam 12 bulan terakhir, apakah salah satu atau kedua mata [NAMA] pernah didiagnosis/ dinyatakan katarak (lensa mata keruh) oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B49 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>

B48	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] mengalami: (BACAKAN POINT a DAN b) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Penglihatan berkabut/ berasap/ berembun atau tidak jelas?	a.	<input type="checkbox"/>
	b. Mempunyai masalah penglihatan berkaitan dengan sinar, seperti silau pada lampu/pencahayaan yang terang?	b.	<input type="checkbox"/>
B49	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah operasi katarak?	1. Ya 2. Tidak → C	<input type="checkbox"/>
B50	Apakah setelah operasi katarak [NAMA] memakai kacamata?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

C. KETANGGAPAN PELAYANAN KESEHATAN

Ca. KETANGGAPAN PELAYANAN RAWAT INAP

Ca01	Dalam 5 tahun terakhir, dimana [NAMA] menjalani rawat inap terakhir? 1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Rumah Sakit Di Luar Negeri 4. Rumah Sakit Bersalin/ Rumah Bersalin 5. Puskesmas 6. Praktek tenaga kesehatan 7. Pengobat Tradisional 8. Lainnya (Sebutkan.....) 9. Tidak Pernah menjalani rawat inap → Cb01		<input type="checkbox"/>
Ca02	Berapa biaya yang dikeluarkan untuk rawat inap terakhir (dalam 5 tahun terakhir sebelum survei)? Rp.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ca03	Darimana sumber biaya untuk rawat inap tersebut? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN i) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Biaya sendiri <input type="checkbox"/>	e. Askes Swasta <input type="checkbox"/>	i. Kartu Sehat <input type="checkbox"/>
	b. PT ASKES (pegawai) <input type="checkbox"/>	f. Dana Sehat/ JPKM <input type="checkbox"/>	j. Penggantian biaya oleh perusahaan <input type="checkbox"/>
	c. PT ASTEK/ Jamsostek <input type="checkbox"/>	g. Askeskin <input type="checkbox"/>	k. Surat Keterangan Tidak Mampu/ SKTM <input type="checkbox"/>
	d. ASABRI <input type="checkbox"/>	h. Jaminan Kesehatan Pemda <input type="checkbox"/>	l. Sumber lain, Sebutkan <input type="checkbox"/>
Untuk pelayanan rawat inap yang terakhir, berilah penilaian dalam berbagai aspek dengan pilihan jawaban sbb: 1. SANGAT BAIK 2. BAIK 3. SEDANG 4. BURUK 5. SANGAT BURUK			
Ca04	Bagaimana [NAMA] menilai lama waktu menunggu sebelum mendapat pelayanan rawat inap?		<input type="checkbox"/>
Ca05	Bagaimana [NAMA] menilai keramahan dari petugas kesehatan dalam menyapa dan berbicara?		<input type="checkbox"/>
Ca06	Bagaimana [NAMA] menilai pengalaman mendapatkan kejelasan tentang informasi yang terkait dengan penyakitnya dari petugas kesehatan?		<input type="checkbox"/>
Ca07	Bagaimana [NAMA] menilai pengalaman ikut serta dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan atau pengobatannya?		<input type="checkbox"/>
Ca08	Bagaimana [NAMA] menilai cara pelayanan kesehatan menjamin kerahasiaan atau dapat berbicara secara pribadi mengenai penyakitnya?		<input type="checkbox"/>
Ca09	Bagaimana [NAMA] menilai kebebasan memilih fasilitas, sarana dan petugas kesehatan?		<input type="checkbox"/>
Ca10	Bagaimana [NAMA] menilai kebersihan ruang rawat inap termasuk kamar mandi?		<input type="checkbox"/>
Ca11	Bagaimana [NAMA] menilai kemudahan dikunjungi oleh keluarga atau teman ketika masih dirawat di fasilitas kesehatan?		<input type="checkbox"/>

Cb. KETANGGAPAN PELAYANAN BEROBAT JALAN		
Cb01	Dalam 1 tahun terakhir, dimana [NAMA] menjalani berobat jalan terakhir? 01. Rumah Sakit Pemerintah 02. Rumah Sakit Swasta 03. Rumah Sakit Bersalin/ Rumah Bersalin 04. Puskesmas/ Pustu/ Pusling/ Posyandu 05. Poliklinik/ Balai Pengobatan Swasta 06. Praktek tenaga kesehatan 07. Pengobat Tradisional 08. Lainnya (Sebutkan.....) 09. Di rumah 10. Tidak Pernah menjalani berobat jalan → Cb10a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cb02	Berapa biaya yang dikeluarkan untuk berobat jalan terakhir (dalam 1 tahun terakhir sebelum survei)? Rp.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cb03	Darimana sumber biaya untuk berobat jalan tersebut? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN I) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK	
	a. Biaya sendiri <input type="checkbox"/> e. Askes Swasta <input type="checkbox"/> i. Kartu Sehat <input type="checkbox"/> b. PT ASKES (pegawai) <input type="checkbox"/> f. Dana Sehat/ JPKM <input type="checkbox"/> j. Penggantian biaya oleh perusahaan <input type="checkbox"/> c. PT ASTEK/ Jamsostek <input type="checkbox"/> g. Askeskin <input type="checkbox"/> k. Surat Keterangan Tidak Mampu/ SKTM <input type="checkbox"/> d. ASABRI <input type="checkbox"/> h. Jaminan Kesehatan Pemda <input type="checkbox"/> l. Sumber lain, Sebutkan <input type="checkbox"/>	
Untuk pelayanan berobat jalan yang terakhir, berilah penilaian dalam berbagai aspek dengan pilihan jawaban sbb: 1. SANGAT BAIK 2. BAIK 3. SEDANG 4. BURUK 5. SANGAT BURUK		
Cb04	Bagaimana [NAMA] menilai lama waktu menunggu sebelum mendapat pelayanan berobat jalan?	<input type="checkbox"/>
Cb05	Bagaimana [NAMA] menilai keramahan dari petugas kesehatan dalam menyapa dan berbicara?	<input type="checkbox"/>
Cb06	Bagaimana [NAMA] menilai pengalaman mendapatkan kejelasan tentang informasi yang terkait dengan penyakitnya dari petugas kesehatan?	<input type="checkbox"/>
Cb07	Bagaimana [NAMA] menilai pengalaman ikut serta dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan atau pengobatannya?	<input type="checkbox"/>
Cb08	Bagaimana [NAMA] menilai cara pelayanan kesehatan menjamin kerahasiaan atau dapat berbicara secara pribadi mengenai penyakitnya?	<input type="checkbox"/>
Cb09	Bagaimana [NAMA] menilai kebebasan memilih fasilitas, sarana dan petugas kesehatan?	<input type="checkbox"/>
Cb10	Bagaimana [NAMA] menilai kebersihan ruang pelayanan berobat jalan termasuk kamar mandi? ISIKAN KODE "7" JIKA TEMPAT MENJALANI BEROBAT JALAN (Cb01) "DI RUMAH"	<input type="checkbox"/>
Cb10a	<ul style="list-style-type: none"> • JIKA ART UMUR 0 - 4 TAHUN → G. IMUNISASI DAN PEMANTAUAN PERTUMBUHAN • JIKA ART UMUR 5 - 9 TAHUN → XL PENGUKURAN dan PEMERIKSAAN • JIKA ART UMUR ≥ 10 TAHUN → D. PENGETAHUAN, SIKAP dan PERILAKU 	

D. PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU (SEMUA ART UMUR ≥ 10 TAHUN)		
PENYAKIT FLU BURUNG		
D01	Apakah [NAMA] pernah mendengar tentang penyakit flu burung pada manusia?	1. Ya 2. Tidak → D04 <input type="checkbox"/>
D02	Sebutkan melalui apa saja penularan kepada manusia? (POINT "a" SAMPAI "g" TIDAK DIBACAKAN). ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK	
	a. Udara <input type="checkbox"/> d. Kontak dengan unggas sakit <input type="checkbox"/> g. Lainnya, sebutkan <input type="checkbox"/> b. Berdekatan dengan penderita <input type="checkbox"/> e. Kontak kotoran unggas/Pupuk kandang <input type="checkbox"/> c. Lalat <input type="checkbox"/> f. Makanan <input type="checkbox"/>	

D03	Apa yang harus [NAMA] lakukan apabila ada unggas yang sakit atau mati mendadak? (POINT "a" SAMPAI "f" TIDAK DIBACAKAN). ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Melaporkan pada aparat terkait <input type="checkbox"/>	c. Mengubur/membakar unggas yang sakit dan mati mendadak <input type="checkbox"/>	e. Menjual <input type="checkbox"/>
	b. Membersihkan kandang unggas <input type="checkbox"/>	d. Memasak dan memakan <input type="checkbox"/>	f. Lainnya: <input type="checkbox"/>
HIV/AIDS			
D04	Apakah [NAMA] mengetahui tentang HIV/AIDS	1. Ya 2. Tidak → D08	<input type="checkbox"/>
D05	Penularan virus HIV/AIDS ke manusia melalui : (POINT a SAMPAI DENGAN h TIDAK DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Hubungan seksual <input type="checkbox"/>	d. Penggunaan pisau cukur secara bersama-sama <input type="checkbox"/>	g. Penularan dari ibu ke bayi selama hamil <input type="checkbox"/>
	b. Jarum suntik <input type="checkbox"/>	e. Penularan dari ibu ke bayi saat persalinan <input type="checkbox"/>	h. Lainnya: <input type="checkbox"/>
	c. Transfusi darah <input type="checkbox"/>	f. Penularan dari ibu melalui ASI <input type="checkbox"/>	
D06	Bagaimana mencegah HIV/AIDS? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN f) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU		
	a. Tidak berhubungan seksual dengan orang yang bukan pasangan tetap <input type="checkbox"/>	c. Tidak melakukan hubungan seksual sama sekali <input type="checkbox"/>	e. Tidak menggunakan jarum suntik bersama <input type="checkbox"/>
	b. Tidak berhubungan seksual dengan pengguna narkoba suntik <input type="checkbox"/>	d. Menggunakan kondom saat berhubungan seksual <input type="checkbox"/>	f. Tidak menggunakan pisau cukur bersama <input type="checkbox"/>
D07	Andaikan ada anggota keluarga [NAMA] menderita HIV/AIDS, apa yang akan dilakukan? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU		
	a. Merahasiakan <input type="checkbox"/>	c. Konseling dan pengobatan <input type="checkbox"/>	e. Mengucilkan <input type="checkbox"/>
	b. Membicarakan dengan anggota keluarga lain <input type="checkbox"/>	d. Mencari pengobatan alternatif <input type="checkbox"/>	
PERILAKU HIGIENIS			
D08	Apakah [NAMA] mencuci tangan pakai sabun? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN d) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Sebelum makan <input type="checkbox"/>	c. Setelah buang air besar/ Setelah menceboki bayi <input type="checkbox"/>	
	b. Sebelum menyiapkan makanan <input type="checkbox"/>	d. Setelah memegang binatang (unggas, kucing, anjing) <input type="checkbox"/>	
D09	Dimana [NAMA] biasa buang air besar? 1. Jamban 3. Sungai/danau/laut 5. Pantai/tanah lapang/ kebun/ halaman 2. Kolam/sawah/selokan 4. Lubang tanah 6. Lainnya:		<input type="checkbox"/>
D10a	Apakah [NAMA] biasa menggosok gigi setiap hari?	1. Ya 2. Tidak → D11	<input type="checkbox"/>
D10b	Kapan saja [NAMA] menggosok gigi? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Saat mandi pagi dan/ sore <input type="checkbox"/>	c. Sesudah bangun pagi <input type="checkbox"/>	e. Lainnya, sebutkan..... <input type="checkbox"/>
	b. Sesudah makan pagi <input type="checkbox"/>	d. Sebelum tidur malam <input type="checkbox"/>	
PENGUNAAN TEMBAKAU			
D11	Apakah [NAMA] merokok/ mengunyah tembakau selama 1 bulan terakhir? (BACAKAN PILIHAN JAWABAN) 1. Ya, setiap hari 3. Tidak, sebelumnya pernah → D16 2. Ya, kadang-kadang → D13 4. Tidak pernah sama sekali → D18		<input type="checkbox"/>
D12	Berapa umur [NAMA] mulai merokok/ mengunyah tembakau setiap hari ? ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D13	Rata-rata berapa batang rokok/ cerut/ cangkong (buah)/ tembakau (susur) yang [NAMA] hisap perhari?	.....batang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

D14	Sebutkan jenis rokok/ tembakau yang biasa [NAMA] hisap/ kunyah: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h) ISIKAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU		
	a. Rokok kretek dengan filter <input type="checkbox"/>	d. Rokok linting <input type="checkbox"/>	g. Tembakau dikunyah (susur, nyinh, nginang) <input type="checkbox"/>
	b. Rokok kretek tanpa filter <input type="checkbox"/>	e. Cangklong <input type="checkbox"/>	h. Lainnya: <input type="checkbox"/>
	c. Rokok putih <input type="checkbox"/>	f. Cerutu <input type="checkbox"/>	
D15	Apakah [NAMA] biasa merokok di dalam rumah ketika bersama ART lain?	1. Ya → D17	2. Tidak → D17 <input type="checkbox"/>
D16	Berapa umur [NAMA] ketika berhenti/ tidak merokok/ tidak mengunyah tembakau sama sekali? ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D17	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali merokok/ mengunyah tembakau? ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ALKOHOL			
Catatan (GUNAKAN KARTU PERAGA): 1 satuan minuman standard yang mengandung 8 – 13 g etanol, misalnya terdapat dalam: 1 gelas/ botol kecil/ kaleng (285 – 330 ml) bir 1 gelas kerucut (60 ml) apertif 1 sloki (30 ml) whiskey 1 gelas kerucut (120 ml) anggur			
D18	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] mengonsumsi minuman yang mengandung alkohol (minuman alkohol bermerk: contohnya bir, whiskey, vodka, anggur/ wine, dll dan minuman tradisional: contohnya tuak, poteng, sopi)?	1. Ya 2. Tidak → D22	<input type="checkbox"/>
D19	Apakah dalam 1 bulan terakhir [NAMA] pernah mengonsumsi minuman yang mengandung alkohol?	1. Ya 2. Tidak → D22	<input type="checkbox"/>
D20	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sering [NAMA] minum minuman beralkohol? (BACAKAN PILIHAN JAWABAN) 1. 5 hari atau lebih tiap minggu 2. 1 – 4 hari tiap minggu 3. 1 – 3 hari tiap bulan 4. < 1x tiap bulan		<input type="checkbox"/>
D21a	Jenis minuman beralkohol yang paling banyak dikonsumsi:	1. Bir 2. Whiskey/ Vodka 3. anggur/wine 4. minuman tradisional	<input type="checkbox"/>
D21b	Ketika minum minuman beralkohol, biasanya berapa rata-rata satuan minuman standar [NAMA] minum dalam satu hari? ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK TAHU	.....satuan (GUNAKAN KARTU PERAGA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
AKTIVITAS FISIK (GUNAKAN KARTU PERAGA)			
Berikut adalah pertanyaan aktivitas fisik/ kegiatan jasmani yang berkaitan dengan pekerjaan, waktu senggang dan transportasi			
D22	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik berat, yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?	1. Ya 2. Tidak → D26	<input type="checkbox"/>
D23	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat tersebut?	.....hari	<input type="checkbox"/>
D24	Biasanya pada hari ketika [NAMA] melakukan aktivitas fisik berat, berapa total waktu yang digunakan untuk melakukan seluruh kegiatan tersebut? (ISI DALAM JAM DAN MENIT)	.....jam.....menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D25	Apakah [NAMA] biasa melakukan aktivitas fisik sedang, yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kalinya?	1. Ya 2. Tidak → D28	<input type="checkbox"/>
D26	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang tersebut?	.....hari	<input type="checkbox"/>
D27	Biasanya pada hari ketika [NAMA] melakukan aktivitas fisik sedang, berapa total waktu yang digunakan untuk melakukan seluruh kegiatan tersebut? (ISI DALAM JAM DAN MENIT)	.....jam.....menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D28	Apakah [NAMA] biasa berjalan kaki atau menggunakan sepeda kayuh yang dilakukan terus-menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kalinya?	1. Ya 2. Tidak → D31	<input type="checkbox"/>
D29	Biasanya berapa hari dalam seminggu, [NAMA] berjalan kaki atau bersepeda selama paling sedikit 10 menit terus-menerus setiap kalinya?	.....hari	<input type="checkbox"/>

D30	Biasanya dalam sehari, berapa total waktu yang [NAMA] gunakan untuk berjalan kaki atau bersepeda? (ISI DALAM JAM DAN MENIT)	.....jam.....menit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PERILAKU KONSUMSI			
D31	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] makan buah-buahan segar? (GUNAKAN KARTU PERAGA) JIKA JAWABAN "0" → D33	..... hari	<input type="checkbox"/>
D32	Berapa porsi rata-rata [NAMA] makan buah-buahan segar dalam satu hari dari hari-hari tersebut? (GUNAKAN KARTU PERAGA)	.....porsi	<input type="checkbox"/>
D33	Biasanya dalam 1 minggu, berapa hari [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran segar? (GUNAKAN KARTU PERAGA) JIKA JAWABAN "0" → D35	.....hari	<input type="checkbox"/>
D34	Berapa porsi rata-rata [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran segar dalam sehari? (GUNAKAN KARTU PERAGA)	.....porsi	<input type="checkbox"/>
TANYAKAN D35 TANPA KARTU PERAGA DAN ISIKAN KODE PILIHAN JAWABAN: 1. > 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan 2. 1 kali per hari 4. 1 – 2 kali per minggu 6. Tidak pernah			
D35	Biasanya berapa kali [NAMA] mengonsumsi makanan berikut: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h)		
	a. Makanan/ minuman manis <input type="checkbox"/>	d. Jeroan (usus, babat, paru) <input type="checkbox"/>	g. Minuman berkafein (kopi, dll) <input type="checkbox"/>
	b. Makanan asin <input type="checkbox"/>	e. Makanan dibakar/dipanggang <input type="checkbox"/>	h. Bumbu penyedap (vetsin, kecap, trasi) <input type="checkbox"/>
	c. Makanan berlemak <input type="checkbox"/>	f. Makanan yang diawetkan <input type="checkbox"/>	
D35a	<ul style="list-style-type: none"> • JIKA ART UMUR 10 - 14 TAHUN → XI. PENGUKURAN dan PEMERIKSAAN • JIKA ART UMUR ≥ 15 TAHUN → E. DISABILITAS/ KETIDAKMAMPUAN 		
<p>Sekarang saya akan menanyakan keadaan kesehatan menurut penilaian [NAMA] sendiri. Yang dimaksud dengan keadaan kesehatan disini adalah keadaan fisik dan mental [NAMA]</p> <p>E. DISABILITAS/ KETIDAKMAMPUAN (ART UMUR ≥ 15 TAHUN)</p>			
UNTUK PERTANYAAN E01 – E11, BACAKAN PERTANYAAN & ALTERNATIF JAWABAN. ISIKAN KODE PILIHAN JAWABAN:		E06	
1. TIDAK ADA 3. SEDANG 5. SANGAT BERAT 2. RINGAN 4. BERAT		E06	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar [NAMA] merasakan napas pendek setelah melakukan latihan ringan. Misalnya naik tangga 12 trap? <input type="checkbox"/>
E01	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] melihat dan mengenali orang di seberang jalan (kira-kira dalam jarak 20 meter) walaupun telah menggunakan kaca mata/ lensa kontak? <input type="checkbox"/>	E07	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar [NAMA] menderita batuk atau bersin selama 10 menit atau lebih dalam satu serangan? <input type="checkbox"/>
E02	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] melihat dan mengenali obyek sepanjang lengan/ jarak baca (30 cm) walaupun telah menggunakan kaca mata/ lensa kontak? <input type="checkbox"/>	E08	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sering [NAMA] mengalami gangguan tidur (misal mudah ngantuk, sering terbangun pada malam hari atau bangun lebih awal daripada biasanya) <input type="checkbox"/>
E03	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] mendengar orang berbicara dengan suara normal yang berdiri di sisi lain dalam satu ruangan, walaupun telah menggunakan alat bantu dengar? <input type="checkbox"/>	E09	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sering [NAMA] mengalami masalah kesehatan yang mempengaruhi keadaan emosi berupa rasa sedih dan tertekan? <input type="checkbox"/>
E04	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] mendengar orang berbicara dengan orang lain dalam ruangan yang sunyi, walaupun telah menggunakan alat bantu dengar? <input type="checkbox"/>	E10	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar [NAMA] mengalami kesulitan berdiri dalam waktu 30 menit? <input type="checkbox"/>
E05	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar [NAMA] merasakan nyeri/ rasa tidak nyaman? <input type="checkbox"/>	E11	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar [NAMA] mengalami kesulitan berjalan jauh sekitar satu kilometer? <input type="checkbox"/>

UNTUK PERTANYAAN E12 – E20, BACAKAN PERTANYAAN & ALTERNATIF JAWABAN. ISIKAN DENGAN KODE PILIHAN JAWABAN:
1. TIDAK ADA 2. RINGAN 3. SEDANG 4. SULIT 5. SANGAT SULIT/ TIDAK DAPAT MELAKUKAN

E12	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat memusatkan pikiran pada kegiatan atau mengingat sesuatu selama 10 menit?	<input type="checkbox"/>	E17	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] berinteraksi/ bergaul dengan orang yang belum dikenal sebelumnya?	<input type="checkbox"/>
E13	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] membersihkan seluruh tubuh seperti mandi?	<input type="checkbox"/>	E18	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat memelihara persahabatan?	<input type="checkbox"/>
E14	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] mengenakan pakaian?	<input type="checkbox"/>	E19	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat melakukan pekerjaan yang menjadi tanggungjawabnya sebagai anggota rumah tangga?	<input type="checkbox"/>
E15	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat mengerjakan pekerjaan sehari-hari?	<input type="checkbox"/>	E20	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat berperan serta dalam kegiatan kemasyarakatan (arisan, pengajian, keagamaan, atau kegiatan lain)?	<input type="checkbox"/>
E16	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit [NAMA] dapat memahami pembicaraan orang lain?	<input type="checkbox"/>			

UNTUK PERTANYAAN E21 – E23, BACAKAN & ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK

E21	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] membutuhkan bantuan orang lain untuk merawat diri (makan, mandi, berpakaian, dll)	<input type="checkbox"/>
E22	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktivitas/ gerak (misalnya bangun tidur, berjalan dalam rumah atau keluar rumah)?	<input type="checkbox"/>
E23	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] membutuhkan bantuan orang lain untuk berkomunikasi (berbicara dan dimengerti oleh lawan bicara)?	<input type="checkbox"/>

F. KESEHATAN MENTAL (SEMUA ART UMUR ≥ 15 TAHUN)

DITANYAKAN UNTUK KONDISI 1 BULAN TERAKHIR

Untuk lebih mengerti kondisi kesehatan [NAMA] kami akan mengajukan 20 pertanyaan yang memerlukan jawaban "Ya" atau "Tidak". Kalau [NAMA] kurang mengerti kami akan membacakan sekali lagi, namun kami tidak akan menjelaskan/ mendiskusikan. Jika [NAMA] ada pertanyaan akan kita bicarakan setelah selesai menjawab ke 20 pertanyaan.

ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK

F01	Apakah [NAMA] sering menderita sakit kepala?	<input type="checkbox"/>	F11	Apakah [NAMA] merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?	<input type="checkbox"/>
F02	Apakah [NAMA] tidak nafsu makan?	<input type="checkbox"/>	F12	Apakah [NAMA] sulit untuk mengambil keputusan?	<input type="checkbox"/>
F03	Apakah [NAMA] sulit tidur?	<input type="checkbox"/>	F13	Apakah pekerjaan [NAMA] sehari-hari terganggu?	<input type="checkbox"/>
F04	Apakah [NAMA] mudah takut?	<input type="checkbox"/>	F14	Apakah [NAMA] tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?	<input type="checkbox"/>
F05	Apakah [NAMA] merasa tegang, cemas atau kuratif?	<input type="checkbox"/>	F15	Apakah [NAMA] kehilangan minat pada berbagai hal?	<input type="checkbox"/>
F06	Apakah tangan [NAMA] gemetar?	<input type="checkbox"/>	F16	Apakah [NAMA] merasa tidak berharga?	<input type="checkbox"/>
F07	Apakah pencernaan [NAMA] terganggu/ buruk?	<input type="checkbox"/>	F17	Apakah [NAMA] mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?	<input type="checkbox"/>
F08	Apakah [NAMA] sulit untuk berpikir jernih?	<input type="checkbox"/>	F18	Apakah [NAMA] merasa lelah sepanjang waktu?	<input type="checkbox"/>
F09	Apakah [NAMA] merasa tidak bahagia?	<input type="checkbox"/>	F19	Apakah [NAMA] mengalami rasa tidak enak di perut?	<input type="checkbox"/>
F10	Apakah [NAMA] menangis lebih sering?	<input type="checkbox"/>	F20	Apakah [NAMA] mudah lelah?	<input type="checkbox"/>

PERIKSA KEMBALI, PERTANYAAN F01 SAMPAI DENGAN F20 HARUS TERJAWAB
LANJUTKAN KE → BLOK XI PENGUKURAN dan PEMERIKSAAN

G. IMUNISASI DAN PEMANTAUAN PERTUMBUHAN (KHUSUS ART UMUR 0 - 59 BULAN/ BALITA)				
G01	a1. Umur [NAMA] dalam bulan	<input type="text"/> <input type="text"/>	a2. Jika Umur [NAMA] < 1 bulan, tuliskan Umur dalam hari	<input type="text"/> <input type="text"/>
	b. Tanggal lahir: (Tgl-Bln-Thn)	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
G02	Dalam 6 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] ditimbang? JIKA TDK PERNAH DITIMBANG, ISI KODE "00" ATAU JIKA "TIDAK TAHU", ISI KODE "88" → KE G04		..... kali	<input type="text"/> <input type="text"/>
G03	Dimana [NAMA] paling sering ditimbang? 1. Di RS 2. Puskesmas/ Pustu 3. Polindes 4. Posyandu 5. Lainnya:			<input type="text"/>
G04	Apakah dalam 6 bulan terakhir [NAMA] mendapatkan kapsul vitamin A (GUNAKAN KARTU PERAGA)		1. Ya 2. Tidak	<input type="text"/>
G05	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi seperti: (INFORMASI DAPAT DIPEROLEH DARI BERBAGAI SUMBER)			
	a. Imunisasi BCG terhadap TBC, yang biasanya mulai diberikan umur 1 hari dan disuntikkan di lengan atas atau paha serta meninggalkan bekas (scar)?	1. Ya	2. Tidak → G05.c 8. Tidak tahu → G05.c	<input type="text"/>
	b. Pada umur berapa [NAMA] diimunisasi BCG? (ISI HARI ATAU BULAN) (JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK HARI DAN BULAN)	..... Hari <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> <input type="text"/>		
	c. Imunisasi polio, cairan merah muda atau putih yang biasanya mulai diberikan umur 2 bulan dan diteteskan ke mulut?	1. Ya	2. Tidak → G05.f 8. Tidak tahu → G05.f	<input type="text"/>
	d. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi polio? (JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK BULAN)	..... Bulan <input type="text"/> <input type="text"/>		
	e. Berapa kali [NAMA] diimunisasi polio?	..... Kali <input type="text"/>		
	f. Imunisasi DPT yang biasanya disuntikkan di paha dan biasanya mulai diberikan umur 2 bulan bersama dengan imunisasi polio?	1. Ya	2. Tidak → G05.h 8. Tidak tahu → G05.h	<input type="text"/>
	g. Berapa kali [NAMA] diimunisasi DPT?	..... Kali <input type="text"/>		
	h. Imunisasi campak yang biasanya mulai diberikan umur 9 bulan dan disuntikkan di paha serta diberikan satu kali?	1. Ya	2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="text"/>
	i. Imunisasi Hepatitis B yang biasanya mulai diberikan umur 1 hari dan disuntikkan di paha?	1. Ya	2. Tidak → G06 8. Tidak tahu → G06	<input type="text"/>
	j. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi Hepatitis B? (ISI HARI ATAU BULAN) (JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK HARI DAN BULAN)	..... Hari <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> <input type="text"/>		
k. Berapa kali [NAMA] diimunisasi Hepatitis B?	..... Kali <input type="text"/>			
G06	Di antara imunisasi yang [NAMA] dapatkan dalam dua tahun terakhir apakah ada yang diperoleh pada saat PIN?		1. Ya 3. Tidak pernah imunisasi 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="text"/>
G07	Apakah [NAMA] mempunyai KMS? (<i>Minta ditunjukkan KMS</i>) 1. Ya, dapat menunjukkan dengan catatan imunisasi. 3. Ya, tidak dapat menunjukkan → G09 2. Ya, dapat menunjukkan tanpa catatan imunisasi → G09 4. Tidak punya → G09			<input type="text"/>
G08	Salin dari KMS, tanggal.... / bulan.... / tahun.... Imunisasi untuk setiap jenis imunisasi. TULIS '88' DI KOLOM 'TGL/BLN/THN', JIKA KARTU MENUNJUKKAN BAHWA IMUNISASI DIBERIKAN, TETAPI TANGGAL/ BULAN/ TAHUN -NYA TIDAK ADA, TULIS '89' JIKA IMUNISASI TIDAK DIBERIKAN			
	a. BCG	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	g. DPT2	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
	b. Polio 1	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	h. DPT3	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
	c. Polio 2	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	i. Campak	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
	d. Polio 3	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	j. Hepatitis B1	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
	e. Polio 4	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	k. Hepatitis B2	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
	f. DPT1	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	l. Hepatitis B3	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>

XI. PENGUKURAN DAN PEMERIKSAAN						
PENGUKURAN ANTHROPOMETRI, TEKANAN DARAH, LINGKAR PERUT, DAN LILA						
SEMUA UMUR						
1. Berat badan (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	2a. Tinggi Badan/ Panjang Badan (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>			2b. Khusus untuk balita, Posisi Pengukuran TB/PB <input type="checkbox"/> 1. Berdiri 2. Telentang		
KHUSUS ART UMUR ≥ 15 TAHUN						
3	Tekanan darah (mmHg)					
	PEMERIKSAAN 1		PEMERIKSAAN 2		PEMERIKSAAN 3	
	a. Sistolik 1	b. Diastolik 1	d. Sistolik 2	e. Diastolik 2	Hanya dilakukan bila selisih pengukuran tekanan darah 1 dan 2 > 10 mmHg	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g. Sistolik 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	h. Diastolik 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. Nadi 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		f. Nadi 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		i. Nadi 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
4	Lingkar perut			..... cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	
KHUSUS WANITA USIA SUBUR (15 – 45 TAHUN) TERMASUK IBU HAMIL						
5	Lingkar lengan atas (LILA)			..... cm <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	
PEMERIKSAAN VISUS (KHUSUS ART > 5 TAHUN)						
6	Apakah mata [NAMA] mengalami gangguan: (LAKUKAN PENGAMATAN)					
		KANAN			KIRI	
	a. Juling	1. Ya	2. Tidak	a1. <input type="checkbox"/>	1. Ya	2. Tidak
	b. Pterigium	1. Ya	2. Tidak	b1. <input type="checkbox"/>	1. Ya	2. Tidak
	c. Parut kornea	1. Ya	2. Tidak	c1. <input type="checkbox"/>	1. Ya	2. Tidak
d. Lensa keruh/Katarak	1. Ya	2. Tidak	d1. <input type="checkbox"/>	1. Ya	2. Tidak	
7.	Menggunakan kacamata (jauh dan atau dekat)?			1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>		
PEMERIKSAAN VISUS:						
1. Jika [NAMA] tidak menggunakan kacamata tetap lakukan pemeriksaan visus						
2. Jika [NAMA] menggunakan kacamata, lakukan pemeriksaan visus dengan tetap memakai kacamata						
8.	Tanpa Pinhole	a. Kanan: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		b. Kiri: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
9.	Dengan Pinhole	a. Kanan: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		b. Kiri: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
CATATAN UNTUK RESPONDEN YANG TIDAK DAPAT MELIHAT KARTU SNELLEN ATAU KARTU E → LAKUKAN HITUNG JARI:						
1. Jika [NAMA] dapat melihat HITUNG JARI pada jarak 3 meter → TULIS 03/060						
2. Jika [NAMA] dapat melihat HITUNG JARI pada jarak 2 meter → TULIS 02/060						
3. Jika [NAMA] dapat melihat HITUNG JARI pada jarak 1 meter → TULIS 01/060						
4. Jika [NAMA] hanya dapat melihat GOYANGAN TANGAN pada jarak 1 meter → TULIS 01/300						
5. Jika [NAMA] hanya dapat melihat SINAR SENTER → TULIS 01/888						
6. Jika [NAMA] tidak dapat melihat sinar (BUTA TOTAL) → TULIS 00/000						

PEMERIKSAAN GIGI PERMANEN (KHUSUS ART ≥ 12 TAHUN)

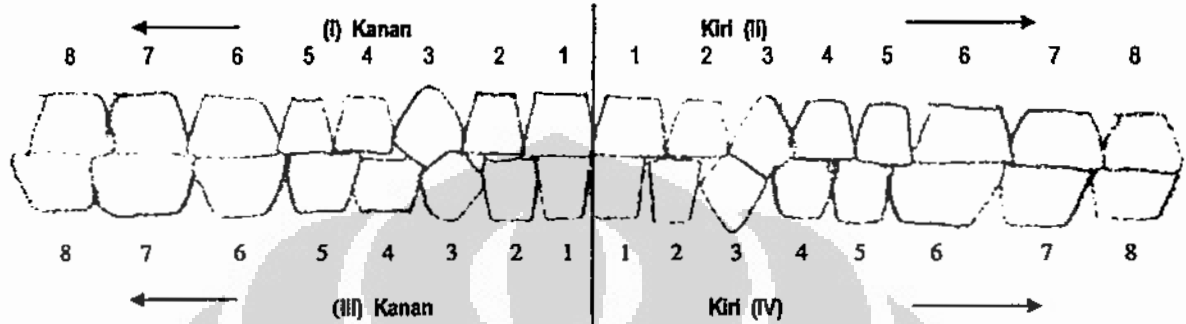
10. Berilah kode D, M, atau F pada setiap ruang dentogram di bawah ini:

D (decayed) = gigi berlubang

M (missing) = gigi telah dicabut/ tinggal akar

F (filling) = gigi ditambah

CATATAN: JIKA PADA GIGI YANG SAMA TERDAPAT LUBANG DAN JUGA TAMBALAN MAKA TULISKAN "DF" PADA SATU RUANG DENTOGRAM TERSEBUT



DISI OLEH PENGUMPUL DATA

Σ D-T

Σ M-T

Σ F-T

1 = Incisivus 1 (gigi seri 1)

4 = Premolar 1 (geraham kecil 1)

7 = Molar 2 (geraham besar 2)

2 = Incisivus 2 (gigi seri 2)

5 = Premolar 2 (geraham kecil 2)

8 = Molar 3 (geraham besar 3)

3 = Caninus (taring)

6 = Molar 1 (geraham besar 1)

PEMERIKSAAN DARAH DAN URIN

11.	Apakah diambil spesimen darah	1. Ya 2. Tidak → KE XL13 atau KE CATATAN PENGUMPUL DATA	<input type="checkbox"/>
12.	STIKER NOMOR DARAH	TEMPEL STIKER DI SINI	
13.	Apakah diambil Urin (khusus ART umur 6 – 12 thn)	1. Ya 2. Tidak → KE CATATAN PENGUMPUL DATA	<input type="checkbox"/>
14.	STIKER NOMOR URIN	TEMPEL STIKER DI SINI	

CATATAN PENGUMPUL DATA