



Akses Digital dan Status Kesehatan Masyarakat di Asia Tenggara: Studi Deskriptif di Indonesia, Malaysia, Dan Thailand

Zilfadila, Asmaripa Ainy

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya

zilfadilaa@gmail.com, asmaripa_ainy@fkm.unsri.ac.id

Keywords:

*Descriptive Study,
Digital Access,
Health Status,
Sociodemographics*

ABSTRACT

Internet access has become an important part of people's lives. Various digital platforms have been used to deliver health information to large populations. This study aimed to describe the health status based on digital access and sociodemographic factors of people in Southeast Asia, especially Indonesia, Malaysia, and Thailand. This study was a secondary data analysis of the World Value Survey Wave 7 (2017–2022) with a cross-sectional design. The sample in this study was the population aged 18 years and over, with a total of 2,917 respondents in Indonesia, 1,313 respondents in Malaysia, and 1,446 respondents in Thailand. The data were analyzed descriptively. Respondents in Thailand had the best health status (98.5%). Meanwhile, respondents who utilized digital access were most prevalent in Malaysia (95.4%). In all three countries, namely Indonesia, Malaysia, and Thailand, most respondents who utilize digital access have a good health status. Good health status in all three countries is dominated by male respondents, productive age, having ≤ 4 family members, working, being married, and having a high education level.

Kata Kunci

Studi Deskriptif,
Akses Digital,
Status Kesehatan,
Sosiodemografi

ABSTRAK

Akses internet telah menjadi bagian penting dalam kehidupan masyarakat. Berbagai platform digital telah digunakan untuk penyampaian informasi kesehatan dengan cakupan populasi yang besar. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan status kesehatan berdasarkan akses digital dan faktor sosiodemografi masyarakat di Asia Tenggara khususnya Indonesia, Malaysia dan Thailand. Penelitian ini merupakan analisis data sekunder *World Value Survey Wave 7* (2017-2022) dengan desain *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah penduduk dengan usia 18 tahun ke atas, dengan jumlah masing-masing Indonesia 2.917 responden, Malaysia 1.313 responden dan Thailand 1.446 responden. Data dianalisis secara deskriptif. Responden di Thailand paling banyak memiliki status kesehatan baik (98,5%). Sedangkan responden yang memanfaatkan akses digital terbanyak terdapat di negara Malaysia (95,4%). Di ketiga negara yakni Indonesia, Malaysia dan Thailand, sebagian besar responden yang memanfaatkan akses digital memiliki status kesehatan yang baik. Status kesehatan yang baik di ketiga negara didominasi responden berjenis kelamin laki-laki, usia produktif, memiliki anggota keluarga ≤ 4 , bekerja, menikah dan tingkat pendidikan tinggi.

Korespondensi Penulis:

Asmaripa Ainy,
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya,
Jl. Raya Palembang-Prabumulih km. 32, Indralaya
Telepon : +6281289365111
Email: asmaripa_ainy@fkm.unsri.ac.id

Submitted : 08-09-2023; Accepted : 03-11-2023;
Published: 15-12-2023

Copyright (c) 2023 The Author (s)
This article is distributed under a Creative Commons
Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA
4.0)

1. PENDAHULUAN

Jumlah penggunaan internet di Indonesia pada awal tahun 2023 telah mencapai 213 juta pengguna [1]. Sedangkan di Malaysia pengguna internet pada tahun 2023 mencapai 33,03 juta [2]. Selanjutnya, data pengguna internet di negara Thailand pada tahun 2023 menunjukkan bahwa pengguna internet telah mencapai 54,96 juta [3]. Secara persentase, akses internet di ketiga negara yang berada di wilayah Asia Tenggara tersebut telah mencapai lebih dari 70 persen [4]. Dengan jumlah pengguna dan persentase cakupan internet yang tinggi di masing-masing negara tersebut, sangat memungkinkan bagi masyarakat untuk memanfaatkan internet untuk mencari informasi kesehatan. Akses media sosial melalui internet telah dimanfaatkan oleh pasien maupun pemberi layanan kesehatan untuk promosi kesehatan, memperkuat hubungan dokter dengan pasien, pengawasan kesehatan masyarakat, serta peningkatan kualitas layanan kesehatan [5]. Selain media sosial, juga berkembang aplikasi kesehatan melalui telepon seluler, layanan SMS, dan layanan konsultasi online [6].

Akses digital terbukti bermanfaat untuk meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat mengingat bahwa akses digital dapat mencakup populasi yang lebih besar dalam waktu yang singkat [7]. Pemanfaatan akses digital dalam bidang kesehatan akan mendorong peran aktif masyarakat dalam pelayanan kesehatan preventif dan promotif serta gaya hidup sehat, yang nantinya akan berdampak pada status kesehatannya [8]. Namun pemanfaatan internet dalam pemberian informasi kesehatan juga dapat menimbulkan dampak negatif seperti konten yang tidak terverifikasi sehingga informasi yang didapat menyesatkan dan pasien terlalu percaya dalam pengambilan keputusan kesehatan mereka sendiri [5].

Status kesehatan masyarakat akan mempengaruhi mutu sumber daya manusia di era globalisasi. Jika mutu sumber daya manusia rendah maka akan meningkatkan peluang kesulitan ekonomi atau kemiskinan. Kemiskinan yang terjadi pada seseorang akan mempengaruhi ketersediaan pangan dan akses kesehatan sehingga akan berdampak pada kualitas dan status kesehatannya sekarang dan generasi selanjutnya [9]. Status kesehatan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain: jenis kelamin, usia, ukuran keluarga, status pernikahan, pekerjaan dan tingkat pendidikan. Jenis kelamin perempuan lebih rentan memiliki status kesehatan lebih buruk daripada laki-laki, hal ini dikarenakan perempuan lebih malas untuk bergerak dan laki-laki lebih banyak menghabiskan waktu luangnya untuk berolahraga [10]. Secara biologis, semakin tua seseorang maka kemampuan fisik akan semakin menurun sehingga dapat menyebabkan kesulitan untuk melakukan kegiatan sehari-hari dan akan menyebabkan seseorang lebih rentan untuk terkena penyakit [11]. Ukuran keluarga yang besar meningkatkan peluang mengalami kemiskinan dan kekurangan pangan. Kemiskinan dan ketersediaan pangan berkaitan erat dengan status kesehatan [12].

Status pernikahan berkaitan dengan kemudahan ekonomi yang didapat seseorang dimana orang yang menikah lebih mungkin untuk mendapatkan akses ekonomi yang lebih tinggi dibandingkan orang yang tidak menikah karena adanya penggabungan kekayaan, sehingga meningkatkan peluang untuk mengakses pelayanan kesehatan. Dan berkaitan juga dengan keterlibatan sosial yang lebih tinggi pada orang yang sudah menikah dibandingkan dengan orang yang belum menikah. Akses ekonomi dan keterlibatan sosial akan berdampak pada status kesehatan yang dimiliki seseorang. Mereka yang berpisah/bercerai dan lajang lebih mungkin memiliki kesehatan yang buruk dibandingkan dengan orang yang menikah. Pekerjaan akan mempengaruhi pendapatan seseorang sehingga akan berdampak pada status kesehatan. Pendapatan rendah biasanya tidak mencukupi kebutuhan seseorang, sehingga akan berdampak pada status kesehatannya [13]. Selanjutnya, seseorang dengan tingkat pendidikan lebih tinggi berpeluang untuk peningkatan keterpaparan informasi kesehatan dan pengetahuan mengenai penyakit dan gizi sehingga akan mempengaruhi pola hidup dan status kesehatannya [14].

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan status kesehatan berdasarkan akses digital dan faktor sosiodemografi masyarakat di Asia Tenggara khususnya Indonesia, Malaysia dan Thailand.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif menggunakan data sekunder. Data dalam penelitian ini merupakan data *World Value Survey (WVS) Wave 7 (2017-2022)* [15]. Data tersedia secara bebas untuk penelitian maupun publikasi dari laman web <https://www.worldvaluessurvey.org>. Negara yang dipilih dalam penelitian ini yaitu Indonesia, Malaysia dan Thailand. Ketiga negara ini dipilih karena survey *WVS Wave 7* pada ketiga negara ini dilaksanakan pada tahun yang sama yakni pada tahun 2018. Selain itu, ketiga negara ini juga tergolong sebagai negara dengan pendapatan menengah ke atas [16]. Baik Indonesia, Malaysia, maupun Thailand memiliki struktur usia penduduk yang sama yakni didominasi oleh penduduk

usia 14-64 tahun [17][18][19]. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini disesuaikan dengan variabel yang tersedia pada survei tersebut, yakni terbatas pada variabel status kesehatan, akses digital dan faktor sosiodemografi meliputi: jenis kelamin, usia, ukuran keluarga, status pekerjaan, status perkawinan dan tingkat pendidikan. Pengkategorian hasil ukur variabel penelitian dilakukan setelah *cleaning* data. Untuk pengkategorian variabel dalam penelitian ini berbeda dengan pengkategorian variabel pada data *WVS Wave 7(2017-2022)*. Variabel akses digital, usia, ukuran keluarga, pekerjaan dan tingkat pendidikan dikategorikan kembali untuk memudahkan pengolahan data. Analisis yang digunakan pada penelitian ini yaitu analisis univariat untuk mengetahui frekuensi masing-masing variabel.

Variabel dalam penelitian ini yaitu status kesehatan yang didefinisikan sebagai gambaran kesehatan responden yang dinyatakan status kesehatan baik dan buruk. Akses digital adalah akses masyarakat terhadap email, internet dan sosial media yang dikategorikan sebagai pernah mengakses dan tidak pernah mengakses. Jenis kelamin adalah jenis kelamin responden yang dikelompokkan menjadi laki-laki dan perempuan. Usia merupakan klasifikasi berdasarkan usia produktif (15-64 tahun) dan usia non produktif (>64 tahun). Ukuran keluarga adalah banyak anggota keluarga dalam satu rumah yang dikelompokkan menjadi keluarga kecil (≤ 4 orang) dan keluarga besar (> 4 orang). Variabel pekerjaan dikelompokkan menjadi bekerja dan tidak bekerja. Status perkawinan dinyatakan dalam kategori menikah, tinggal bersama, cerai hidup, pisah, cerai mati, dan belum menikah. Tingkat pendidikan dinyatakan sebagai Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) atau belum sekolah, sekolah dasar, sekolah menengah dan sekolah tinggi.

3. HASIL DAN ANALISIS.

Berdasarkan hasil analisis data *WVS Wave 7 (2017-2022)*, responden dikatakan memiliki status kesehatan baik jika responden menyatakan kondisi kesehatannya tergolong cukup baik hingga sangat baik dan dikatakan memiliki status kesehatan buruk jika responden menyatakan kondisi kesehatannya tergolong buruk dan sangat buruk.

Tabel 1. Status Kesehatan Masyarakat di Indonesia, Malaysia dan Thailand

Negara	Status Kesehatan			
	Baik		Tidak Baik	
	n	%	n	%
Indonesia	2.704	92,7	213	7,3
Malaysia	1.263	96,2	50	3,8
Thailand	1.425	98,5	21	1,5

Tabel 1 menggambarkan bahwa responden di Indonesia, Malaysia dan Thailand yang memiliki status kesehatan baik masing-masing sebanyak 92,7%, 96,2%, dan 98,5%. Thailand menjadi negara dengan persentase responden berstatus kesehatan buruk terendah yakni sebesar (1,5%), diikuti oleh Malaysia dengan persentase status kesehatan buruk mencapai (3,8%), dan Indonesia menjadi negara dengan persentase status kesehatan buruk yang tertinggi dibandingkan dua negara Asia Tenggara tersebut (7,3%).

Tabel 2. Akses Digital Masyarakat di Indonesia, Malaysia dan Thailand

Negara	Akses Digital			
	Pernah		Tidak Pernah	
	n	%	n	%
Indonesia	1.578	54,1	1.339	45,9
Malaysia	1.253	95,4	60	4,6
Thailand	1.047	72,4	399	27,6

Tabel 2 mengilustrasikan bahwa responden di Indonesia yang pernah memanfaatkan akses digital sebanyak (54,1%) dan yang tidak pernah memanfaatkan akses digital sebanyak (45,9%). Responden di Malaysia yang pernah mengakses informasi secara digital sebanyak (95,4%) dan yang tidak pernah sebanyak (4,6%). Responden di Thailand yang pernah mengakses informasi secara digital sebanyak (72,4%) dan yang tidak pernah sebanyak (27,6%). Malaysia merupakan negara dengan responden yang mengakses informasi secara digital tertinggi dibandingkan negara Indonesia dan Thailand. Indonesia menjadi negara dengan responden yang mengakses informasi digital dengan persentase terendah.

Tabel 3. Status Kesehatan Masyarakat di Indonesia, Malaysia dan Thailand Berdasarkan Akses Digital dan Faktor Sosiodemografi

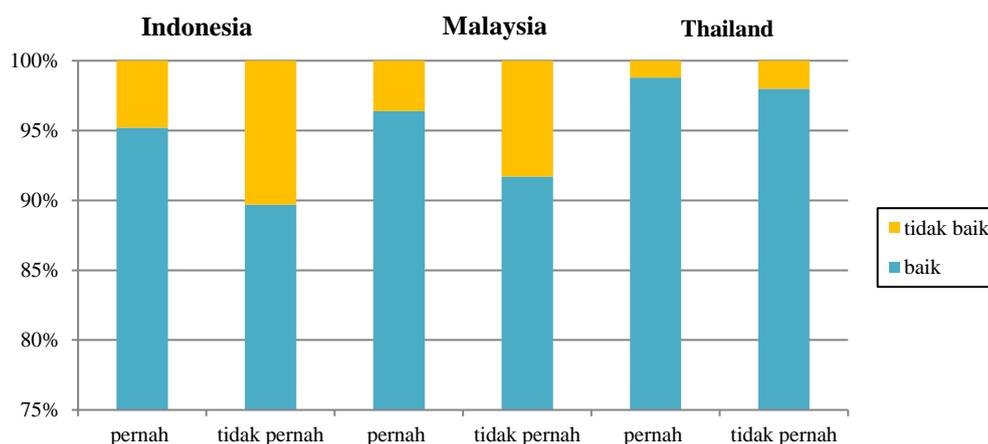
Variabel	Status Kesehatan											
	Indonesia				Malaysia				Thailand			
	Baik		Tidak Baik		Baik		Tidak Baik		Baik		Tidak Baik	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Akses Digital												
Pernah	1.503	95,2	75	4,8	1.208	96,4	45	3,6	1.034	98,8	13	1,2
Tidak pernah	1.201	89,7	138	10,3	55	91,7	5	8,3	391	98,0	8	2,0
Jenis Kelamin												
Laki-laki	1.227	93,0	93	7,0	633	96,3	24	3,7	671	98,7	9	1,3
Perempuan	1.477	92,5	120	7,5	630	96,0	26	4,0	74	98,4	12	1,6
Usia												
Produktif (15-64)	597	93,1	193	6,9	1.227	96,2	48	3,8	1.322	98,6	19	1,4
Tidak produktif (>64)	107	84,3	20	15,7	36	94,7	2	5,3	103	98,1	2	1,9
Ukuran Keluarga												
Kecil (≤ 4)	1.650	91,7	150	8,3	672	97,0	21	3,0	845	98,3	15	1,7
Besar (> 4)	1.054	94,4	63	5,6	591	95,3	29	4,7	580	99,0	6	1,0
Status Pekerjaan												
Bekerja	2.039	93,1	151	6,9	938	96,4	35	3,6	1.155	98,8	14	1,2
Tidak bekerja	665	91,5	62	8,5	325	95,6	15	4,4	270	97,5	7	2,5
Status Perkawinan												
Menikah	2.065	92,9	157	7,1	784	96,8	26	3,2	1.015	98,6	14	1,4
Tinggal bersama	22	95,7	1	4,3	20	90,9	2	9,1	118	97,5	3	2,5
Cerai hidup	78	85,7	13	14,3	21	95,5	1	4,5	31	100,0	0	0,0
Pisah	7	77,8	2	22,2	8	100,0	0	0,0	21	95,5	1	4,5
Cerai mati	153	88,4	20	11,6	18	94,7	1	5,3	59	98,3	1	1,7
Belum menikah	379	95,0	20	5,0	412	95,4	20	4,6	181	98,9	2	1,1
Tingkat Pendidikan												
Belum sekolah	203	79,9	51	20,1	19	90,5	2	9,5	30	96,8	1	3,2
Pendidikan dasar	663	91,3	63	8,7	55	94,8	3	5,2	701	98,2	13	1,8
Pendidikan menengah	1.534	94,5	90	5,5	586	96,5	21	3,5	477	98,8	6	1,2
Pendidikan tinggi	304	97,1	9	2,9	603	96,2	24	3,8	217	99,5	1	0,5

Hasil analisis pada tabel 3 menunjukkan bahwa responden yang pernah melakukan akses digital dengan status kesehatan baik, lebih tinggi daripada responden yang tidak melakukan akses digital. Responden laki-laki dengan status kesehatan baik, lebih tinggi dibandingkan dengan responden perempuan. Responden berusia produktif (15-64) dengan status kesehatan baik, lebih tinggi dibandingkan dengan responden usia tidak produktif. Di Indonesia dan Thailand, persentase responden dengan ukuran keluarga besar yang berstatus kesehatan baik, lebih tinggi dibandingkan responden dengan ukuran keluarga kecil. Sedangkan, di Malaysia responden yang memiliki sedikit anggota keluarga dan status kesehatannya baik,

lebih tinggi dibandingkan dengan responden dengan ukuran keluarga besar. Responden yang bekerja dan memiliki status kesehatan baik, lebih tinggi dibandingkan dengan responden tidak bekerja dengan status kesehatan baik. Responden yang telah menikah dan berstatus kesehatan baik, berjumlah lebih banyak dibandingkan responden dengan status pernikahan lainnya. Berdasarkan tingkat pendidikan, persentase responden dengan tingkat pendidikan dasar, pendidikan menengah dan tingkat pendidikan tinggi yang memiliki status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang belum sekolah.

3.1 Akses Digital dan Status Kesehatan

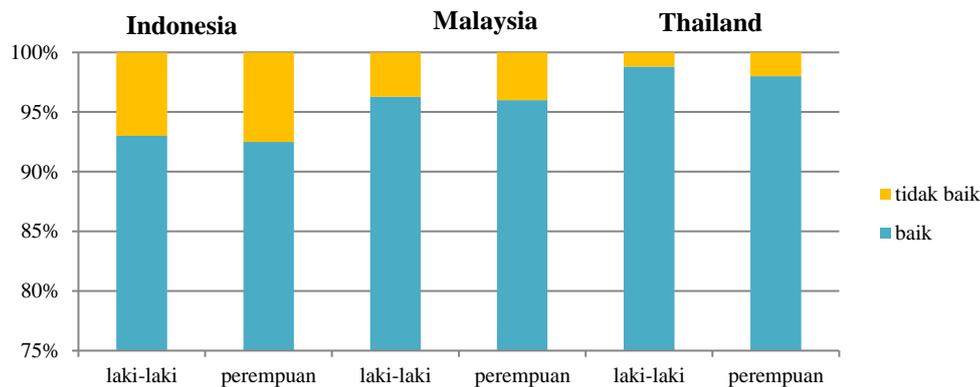
Adanya peningkatan populasi yang menggunakan internet dan berlangganan telepon seluler akan berdampak pada hasil kesehatan yang lebih baik [20]. Hal ini sejalan dengan hasil analisis dalam studi ini yang menggambarkan bahwa responden yang mengakses informasi secara digital dengan status kesehatan baik memiliki persentase yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak mengakses informasi digital. Pengaruh akses digital terhadap status kesehatan dapat dijelaskan dengan berkembangnya *e-health*, yaitu penggunaan teknologi informasi dan komunikasi terutama internet untuk meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat. Pemanfaatan *e-health* akan memungkinkan cakupan populasi yang lebih besar dalam waktu yang singkat jika dibandingkan dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan secara langsung [21]. Selain itu, *e-health* mendorong peran aktif masyarakat dalam pelayanan kesehatan preventif dan promotif serta gaya hidup sehat. *E-health* berhubungan positif dengan perilaku promosi kesehatan dan akan berpengaruh positif dengan status kesehatan seseorang [8].



Gambar 1. Akses Digital dan Status Kesehatan

3.2 Jenis Kelamin dan Status Kesehatan

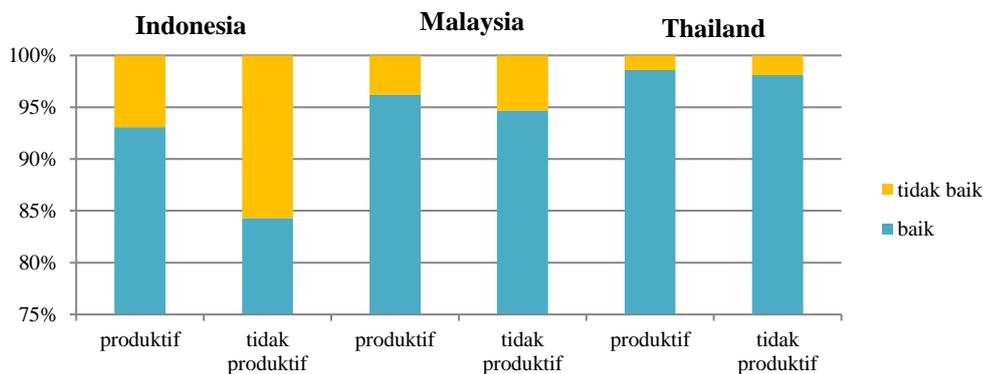
Berdasarkan hasil analisis dalam studi ini, diketahui bahwa persentase responden berjenis kelamin laki-laki di negara Indonesia, Malaysia, dan Thailand yang memiliki status kesehatan baik adalah lebih tinggi dibandingkan dengan responden laki-laki yang berstatus kesehatan tidak baik. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa perempuan lebih berpotensi untuk memiliki status kesehatan yang lebih buruk dibandingkan laki-laki. Jenis kelamin perempuan berhubungan secara signifikan dengan status kesehatan yang buruk [10]. Perempuan lebih rentan memiliki status kesehatan lebih buruk daripada laki-laki karena perempuan lebih malas untuk bergerak dibandingkan dengan laki-laki yang biasanya menghabiskan waktu untuk olahraga [22]. Selain itu, kesehatan yang buruk pada wanita juga dikaitkan dengan status pekerjaan dan status rumah tangga. Status bekerja dan tanggung jawab akan pekerjaan rumah serta kegiatan mengasuh anak akan berdampak pada kesehatan perempuan. Meningkatnya beban kerja akan menyebabkan kelelahan dan perubahan mental [23].



Gambar 2. Jenis Kelamin dan Status Kesehatan

3.3 Usia dan Status Kesehatan

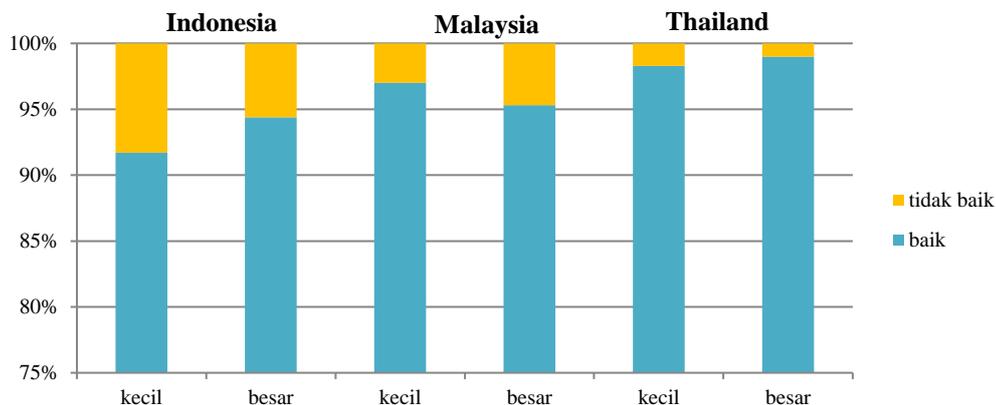
Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa persentase responden berusia produktif yang memiliki status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan responden berusia non produktif. Bertambahnya usia berhubungan secara signifikan dengan kesehatan yang buruk [10]. Hasil penelitian lainnya juga menemukan bahwa orang tua 2,5 kali lebih beresiko untuk mempunyai status kesehatan buruk [11]. Usia berhubungan dengan status kesehatan seseorang. Terjadinya penuaan akan menyebabkan menurunnya fungsi fisik seseorang seperti dapat menyebabkan kesulitan dalam melakukan aktifitas, kecacatan dan menderita penyakit kronis sehingga akan berdampak pada status kesehatannya [24].



Gambar 3. Usia dan Status Kesehatan

3.4 Ukuran Keluarga dan Status Kesehatan

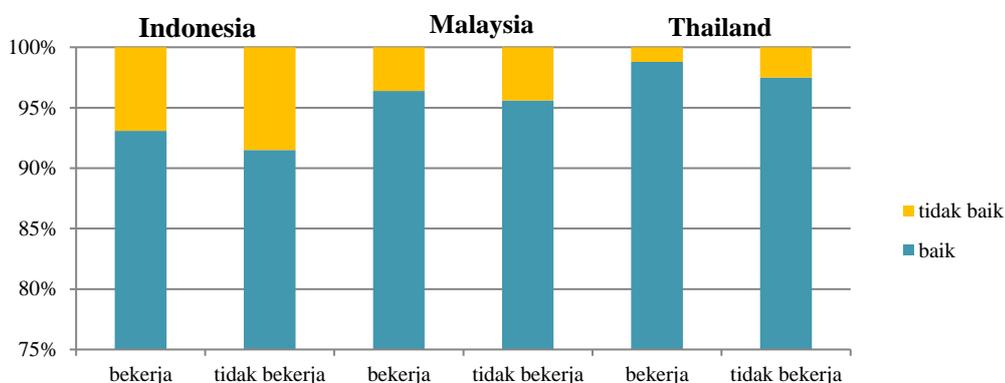
Hasil studi ini mengilustrasikan bahwa persentase responden di Indonesia dan Thailand yang memiliki keluarga besar dengan status kesehatan baik adalah lebih tinggi dibandingkan responden yang mempunyai keluarga besar dengan status kesehatan tidak baik. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya, yang menyatakan bahwa ada hubungan yang kuat antara ukuran keluarga kecil dan angka harapan hidup [12]. Hubungan ukuran keluarga dan status kesehatan erat kaitannya dengan status ekonomi masyarakat. Banyaknya anggota keluarga atau tanggungan akan meningkatkan kemungkinan terjadinya kemiskinan. Selanjutnya, kemiskinan dapat menjadi faktor utama penghambat akses pangan dan pelayanan kesehatan [25]. Ketersediaan pangan yang tidak mencukupi akan berdampak pada status gizi dan status kesehatan [26].



Gambar 4. Ukuran Keluarga dan Status Kesehatan

3.5 Status Pekerjaan dan Status Kesehatan

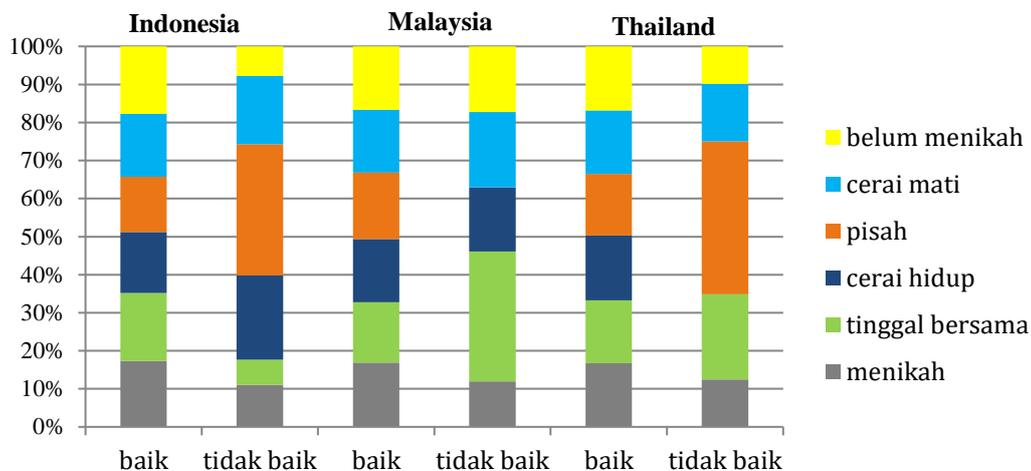
Hasil penelitian menggambarkan bahwa persentase responden yang memiliki pekerjaan, dan berstatus kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa variabel tidak bekerja berhubungan secara signifikan terhadap status kesehatan yang buruk [10]. Sama halnya dengan variabel sosio ekonomi lainnya, pekerjaan akan berdampak pada pendapatan seseorang. Pendapatan nantinya akan berpengaruh pada kesehatan dengan mempengaruhi akses ke pelayanan kesehatan, kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seseorang, partisipasi dalam masyarakat, dan rasa aman dari biaya tak terduga di masa depan [27].



Gambar 5. Status Pekerjaan dan Status Kesehatan

3.6 Status Perkawinan dan Status Kesehatan

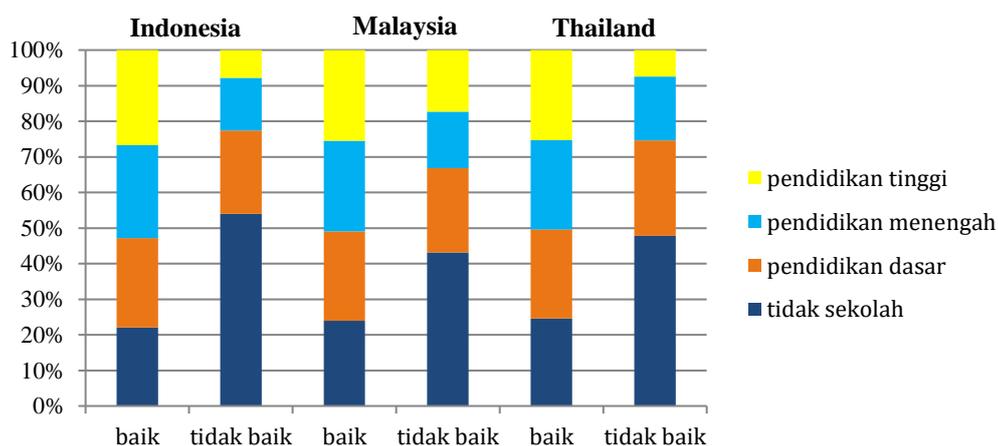
Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan, dapat diketahui bahwa persentase responden yang telah menikah dan memiliki status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang tidak menikah. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang menemukan adanya hubungan antara status pernikahan dengan status kesehatan. Perceraian akan berdampak negatif pada kesehatan perempuan dan berdampak pada kemampuan kognitif pria [28]. Pernikahan memungkinkan seseorang untuk mendapatkan manfaat ekonomi, sosial, dan psikologis, yang dapat meningkatkan status kesehatan seseorang. Manfaat ini mencakup sumber daya ekonomi pada saat menikah yakni adanya penyatuan kekayaan dan pembagian peran seperti mengurus rumah tangga dan bekerja. Status berpisah akan menimbulkan efek pada sumber daya ekonomi sehingga akan berdampak buruk pada kesehatan [29]. Dalam hal sumber daya sosiopsikologis, seseorang yang menikah akan mengalami peningkatan akses keterlibatan sosial, dukungan sosial, dan interaksi sosial sehingga dapat berpengaruh pada kesehatan dan kesejahteraan serta kesehatan kognitif yang lebih baik [30].



Gambar 6. Status Perkawinan dan Status Kesehatan

3.7 Tingkat Pendidikan dan Status Kesehatan

Hasil studi ini mengungkapkan bahwa di negara Indonesia dan Thailand, persentase responden berpendidikan tinggi dengan status kesehatan baik adalah yang paling tinggi dibandingkan responden dengan status kesehatan tidak baik. Berbeda halnya dengan negara Malaysia, menunjukkan bahwa responden dengan pendidikan menengah memiliki persentase status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan responden yang berstatus kesehatan buruk. Status kesehatan dapat ditentukan oleh tingkat pendidikan. Pendidikan yang lebih rendah memungkinkan seseorang untuk mempunyai status kesehatan yang lebih buruk [31]. Individu dengan tahun pendidikan yang lebih panjang memiliki kemungkinan lebih sehat sebesar 3,7 persen dibandingkan dengan individu dengan tahun pendidikan yang lebih rendah [32]. Pendidikan berkaitan juga dengan perilaku kesehatan. Seperti dilaporkan dalam penelitian sebelumnya bahwa seorang pria di usia pensiun yang berpendidikan rendah lebih sedikit berolahraga dibandingkan dengan pria dengan pendidikan lebih tinggi [33].



Gambar 7. Tingkat Pendidikan dan Status Kesehatan

4. KESIMPULAN

Penelitian ini menggunakan sampel besar berskala nasional untuk meneliti status kesehatan masyarakat berdasarkan akses digital dan faktor sosiodemografi di wilayah Asia Tenggara. Akses digital sangat penting dipelajari dalam kaitannya dengan peningkatan status kesehatan masyarakat. Temuan dari penelitian ini memperlihatkan bahwa status kesehatan masyarakat dapat dianalisis berdasarkan pemanfaatan akses digital dan faktor sosiodemografi. Responden di Thailand paling banyak memiliki status kesehatan baik (98,5%). Sedangkan responden yang memanfaatkan akses digital terbanyak terdapat di negara Malaysia (95,4%). Di ketiga negara yakni Indonesia, Malaysia dan Thailand, sebagian besar

responden yang memanfaatkan akses digital memiliki status kesehatan yang baik. Status kesehatan yang baik di ketiga negara didominasi responden berjenis kelamin laki-laki, usia produktif, memiliki anggota keluarga ≤ 4 , bekerja, menikah dan tingkat pendidikan tinggi.

Dengan jumlah pengguna internet yang semakin bertumbuh, penyampaian edukasi kesehatan melalui internet dapat dijadikan alternatif strategi untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan. Pengawasan yang baik terhadap konten informasi perlu menjadi perhatian bagi pihak pemberi informasi sehingga informasi kesehatan yang diakses oleh masyarakat merupakan informasi yang terpercaya.

REFERENSI

- [1] C. M. Annur, "Pengguna Internet di Indonesia Tembus 213 Juta Orang hingga Awal 2023," *databoks.katadata.co.id*, 2023. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2023/09/20/pengguna-internet-di-indonesia-tembus-213-juta-orang-hingga-awal-2023>
- [2] Statista Research Department, "Number of internet users in Malaysia 2013-2028," *Statista Research Department*, 2023. <https://www.statista.com/statistics/553752/number-of-internet-users-in-malaysia/>
- [3] Statista Research Department, "Number of internet users in Thailand from 2018 to 2022 with a forecast through 2028," *Statista Research Department*, 2023. <https://www.statista.com/statistics/553730/number-of-internet-users-thailand/>
- [4] L. Von Kameke, "Internet usage in Southeast Asia - statistics & facts," *Statista Research Department*, 2023. <https://www.statista.com/topics/9093/internet-usage-in-southeast-asia/#topicOverview>
- [5] C. Zhu, X. Xu, W. Zhang, J. Chen, and R. Evans, "How health communication via tik tok makes a difference: A content analysis of tik tok accounts run by Chinese provincial health committees," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 17, no. 1, 2020, doi: 10.3390/ijerph17010192.
- [6] Z. Sun, W. Sun, H. Gao, R. Fa, S. Chen, and D. Qian, "Digital Inclusion, Cultural Capital, and Health Status of Urban and Rural Residents: An Empirical Study Based on 2017 CGSS Database," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 20, no. 5, 2023, doi: 10.3390/ijerph20054022.
- [7] P. K. Singh and M. Landry, "Harnessing the potential of digital health in the WHO South-East Asia Region: sustaining what works, accelerating scale-up and innovating frontier technologies," *WHO South-East Asia journal of public health*, vol. 8, no. 2. NLM (Medline), pp. 67–70, Sep. 01, 2019. doi: 10.4103/2224-3151.264848.
- [8] S. Liu *et al.*, "Current status and influencing factors of digital health literacy among community-dwelling older adults in Southwest China: a cross-sectional study," *BMC Public Health*, vol. 22, no. 1, 2022, doi: 10.1186/s12889-022-13378-4.
- [9] I. Imran, "Analisis Pengaruh Mutu Sumber Daya Manusia Dan Pertumbuhan Ekonomi Terhadap Pengangguran Dan Kemiskinan Di Provinsi Sulawesi Selatan," Universitas Hasanuddin, 2017.
- [10] J. Tetteh, R. Kogi, A. O. Yawson, G. Mensah, R. Biritwum, and A. E. Yawson, "Effect of self-rated health status on functioning difficulties among older adults in Ghana: Coarsened exact matching method of analysis of the World Health Organization's study on global AGEing and adult health, Wave 2," *PLoS One*, vol. 14, no. 11, Nov. 2019, doi: 10.1371/journal.pone.0224327.
- [11] C. L. Fonta, J. Nonvignon, M. Aikins, E. Nwosu, and G. C. Aryeetey, "Predictors of self-reported health among the elderly in Ghana: A cross sectional study," *BMC Geriatr.*, vol. 17, no. 1, 2017, doi: 10.1186/s12877-017-0560-y.
- [12] O. A. Akanbi, "Household Size and Health Status of Rural Dwellers: Evidence From The Federal Capital Territory, Nigeria," 2016.
- [13] A. Saha, M. Rahaman, B. Mandal, S. Biswas, and D. Govil, "Rural urban differences in self-rated health among older adults: examining the role of marital status and living arrangements," *BMC Public Health*, vol. 22, no. 1, 2022, doi: 10.1186/s12889-022-14569-9.
- [14] V. Raghupathi and W. Raghupathi, "The influence of education on health: An empirical assessment of OECD countries for the period 1995-2015," *Arch. Public Heal.*, vol. 78, no. 1, 2020, doi: 10.1186/s13690-020-00402-5.
- [15] E. P. & B. P. Haerpre, C., Inglehart, R., Moreno, A., Welzel, C., Kizilova, K., Diez-Medrano J., M. Lagos, P. Norris, "world value survey : round seven- contry-pooled datafile version 5.0.," *JD System Institute & WVSA Secretariat*, 2022.
- [16] The World Bank Group, "World Bank Country and Lending Groups – Country Classification," *The World Bank*, 2023. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- [17] A. O'Neill, "Indonesia: Age structure from 2012 to 2022," *Statista Research Department*, 2023. <https://www.statista.com/statistics/319214/age-structure-in-indonesia/>

- [18] A. O'Neill, "Malaysia: Age structure from 2012 to 2022," *Statista Research Department*, 2023. <https://www.statista.com/statistics/318729/age-structure-in-malaysia/>
- [19] Statista Research Department, "Resident population in Thailand as of July 2023, by age group," *Statista Research Department*, 2023. <https://www.statista.com/statistics/1283627/thailand-resident-population-by-age-group/>
- [20] V. L. Văidean and M. V. Achim, "When more is less: Do information and communication technologies (ICTs) improve health outcomes? An empirical investigation in a non-linear framework," *Socioecon. Plann. Sci.*, vol. 80, 2022, doi: 10.1016/j.seps.2021.101218.
- [21] C. Van Der Mispel, L. Poppe, G. Crombez, M. Verloigne, and I. De Bourdeaudhuij, "A self-regulation-based eHealth intervention to promote a healthy lifestyle: Investigating user and website characteristics related to attrition," *J. Med. Internet Res.*, vol. 19, no. 7, 2017, doi: 10.2196/jmir.7277.
- [22] P. J. Puccinelli *et al.*, "Reduced level of physical activity during COVID-19 pandemic is associated with depression and anxiety levels: an internet-based survey," *BMC Public Health*, vol. 21, no. 1, 2021, doi: 10.1186/s12889-021-10470-z.
- [23] P. Gupta and S. Srivastava, "Work–life conflict and burnout among working women: a mediated moderated model of support and resilience," *Int. J. Organ. Anal.*, vol. 29, no. 3, 2020, doi: 10.1108/IJOA-12-2019-1993.
- [24] Y. Aman *et al.*, "Autophagy in healthy aging and disease," *Nature Aging*, vol. 1, no. 8. 2021. doi: 10.1038/s43587-021-00098-4.
- [25] N. L. Gunawardhana and G. A. S. Ginigaddara, "Household food security of urban slum dwellers: A case study in Colombo municipality, Sri Lanka," *J. Food Chem. Nanotechnol.*, vol. 7, no. 2, 2021, doi: 10.17756/jfcn.2021-0110.
- [26] W. Drammeh, N. A. Hamid, and A. J. Rohana, "Determinants of household food insecurity and its association with child malnutrition in Sub-Saharan Africa: A review of the literature," *Curr. Res. Nutr. Food Sci.*, vol. 7, no. 3, 2019, doi: 10.12944/CRNFSJ.7.3.02.
- [27] I. Mooi-Reci and M. Wooden, "Jobless parents, unhealthy children? How past exposure to parental joblessness influences children's future health," *SSM - Popul. Heal.*, vol. 19, 2022, doi: 10.1016/j.ssmph.2022.101144.
- [28] J. M. Perkins *et al.*, "Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India," *BMC Public Health*, vol. 16, no. 1, 2016, doi: 10.1186/s12889-016-3682-9.
- [29] H. Liu, Y. Zhang, S. A. Burgard, and B. L. Needham, "Marital status and cognitive impairment in the United States: evidence from the National Health and Aging Trends Study," *Ann. Epidemiol.*, vol. 38, 2019, doi: 10.1016/j.annepidem.2019.08.007.
- [30] K. R. Pandey, F. Yang, K. A. Cagney, F. Smieliauskas, D. O. Meltzer, and G. W. Ruhnke, "The impact of marital status on health care utilization among Medicare beneficiaries," *Med. (United States)*, vol. 98, no. 12, 2019, doi: 10.1097/MD.00000000000014871.
- [31] V. Lastrucci *et al.*, "Health literacy as a mediator of the relationship between socioeconomic status and health: A cross-sectional study in a population-based sample in Florence," *PLoS One*, vol. 14, no. 12, 2019, doi: 10.1371/journal.pone.0227007.
- [32] L. S. Rakasiwi, "Pengaruh Faktor Demografi dan Sosial Ekonomi terhadap Status Kesehatan Individu di Indonesia," *Kaji. Ekon. dan Keuang.*, vol. 5, no. 2, 2021, doi: 10.31685/kek.v5i2.1008.
- [33] J. Feng, Q. Li, and J. P. Smith, "Retirement effect on health status and health behaviors in urban China," *World Dev.*, vol. 126, 2020, doi: 10.1016/j.worlddev.2019.104702.