

HUBUNGAN PERILAKU CUCI TANGAN, PENGELOLAAN AIR MINUM DAN RUMAH SEHAT DENGAN KEJADIAN HEPATITIS DI INDONESIA

Association of Handwashing Behavior, Drinking Water Management and Healthy Homes with the Occurrence of Hepatitis In Indonesia

Puti Sari H¹, Khadijah Azhar¹, Julianty Pradono¹, Noor Edi. W. Sukoco²

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat

²Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan

Email: sellyi@yahoo.com

Diterima: 6 Februari 2018; Direvisi: 6 Juni 2018; Disetujui: 6 Juni 2018

ABSTRACT

Hepatitis is still a health problem in Indonesia and several efforts has been implemented to control it, such as the implementation of Community Led Total Sanitation (CLTS). The aim of this analysis was to identify the association between environment condition and sanitary behaviour with the occurrence of hepatitis in Indonesia. Data analysis using the 2013 Riskesdas data. A logistic regression analysis was chosen to elicit the relationship between sanitary behaviors and environment factors with the prevalence of hepatitis. The analyses revealed that most of respondents behaved unsanitary (97.5%). The affected respondents were those who had unsanitary behaviors (3.3%). Of the five sanitary behaviors, the most dominant behavior associated with hepatitis was hand washing with soap (Adjusted OR=1.77) and water management (Adjusted OR=1.29). Other factors are healthy homes (Adjusted OR=2.64), economic status (Adjusted OR=1.45) and living in rural area (Adjusted OR=1.39) had significant associated with hepatitis. It could be concluded handwashing and water management are the essential factors of hepatitis. It is suggested to pay more attention to behavior aspect and environmental health in order to control hepatitis, such as handwashing and proper drinking water management, provision of sanitation facilities and healthy homes especially for the rural poor by involving related sectors and community participation.

Keywords: *Hepatitis, unsanitary behavior, handwashing, drinking water, healthy home*

ABSTRAK

Hepatitis masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Beberapa upaya pengendalian hepatitis telah dilakukan di antaranya melalui program lima pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), akan tetapi belum mendapatkan hasil yang optimal. Tujuan analisis ini untuk mengetahui hubungan antara kondisi lingkungan dan perilaku saniter terhadap kejadian hepatitis di Indonesia. Analisis data menggunakan data Riskesdas 2013. Analisis dilakukan dengan menggunakan regresi logistik untuk melihat hubungan antara perilaku saniter dan faktor lingkungan dengan prevalensi hepatitis. Hasil menunjukkan bahwa sebagian besar responden masih berperilaku kurang saniter (97,5%). Mayoritas responden yang terkena hepatitis memiliki perilaku tidak saniter (3,3%). Dari lima perilaku saniter, perilaku yang paling dominan berhubungan dengan penyakit hepatitis adalah cuci tangan pakai sabun (OR=1,77) dan pengelolaan air (OR=1,29). Faktor lain yang memiliki hubungan dengan penyakit hepatitis adalah rumah sehat (OR=2,64), status ekonomi (OR=1,45) dan lokasi tempat tinggal (OR=1,39). Dapat disimpulkan bahwa perilaku cuci tangan dan pengelolaan air merupakan faktor penting terhadap penyakit hepatitis. Disarankan agar dalam upaya pengendalian hepatitis perlu memperhatikan aspek perilaku dan kesehatan lingkungan yaitu perilaku cuci tangan dan pengelolaan air minum secara baik dan benar, penyediaan fasilitas sanitasi dan rumah sehat terutama untuk penduduk miskin di perdesaan dengan melibatkan sektor terkait dan partisipasi masyarakat.

Kata kunci: Hepatitis, perilaku saniter, cuci tangan, air minum, rumah sehat

PENDAHULUAN

Hepatitis A adalah penyakit akut yang disebabkan oleh Virus Hepatitis A yang disebarkan oleh kotoran/tinja penderita; biasanya terinfeksi melalui makanan

(Kenneth & Ray, 2004). Beberapa kasus tanpa gejala terutama bagi penderita yang masih muda. Penularan hepatitis bisa juga karena konsumsi kerang yang tidak dimasak dengan matang (Matheny, 2012). Penyebaran

penyakit ini tergolong mudah, karena berkaitan dengan tidak adekuatnya sistem sanitasi dan kebersihan diri. Hal ini menyebabkan kejadian Hepatitis A dapat muncul bersamaan dalam sebuah wilayah dan menjadi epidemi. Epidemi yang terkait dengan makanan atau air yang terkontaminasi dapat meledak secara eksplosif, seperti epidemi di Shanghai pada tahun 1988 yang mempengaruhi sekitar 300.000 orang (ML, Halliday et al., 1991)

Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan virus hepatitis menyebabkan 1,34 juta kematian di seluruh dunia pada tahun 2015. Sebanyak 96% diantaranya merupakan hasil komplikasi infeksi *Hepatitis B Virus* (HBV) kronis (66%) dan *Hepatitis C Virus* (HCV) yaitu 30%, sedangkan Hepatitis A dan E masing-masing menyumbang 0,8% dan 3,2% kematian. Jumlah kematian akibat hepatitis hampir setara dengan kematian akibat tuberkulosis (1,37 juta kematian, tanpa TB terkait HIV), namun lebih tinggi dari kematian akibat HIV (1,06 juta) dan malaria (0,44 juta). Infeksi virus hepatitis dapat menimbulkan kekebalan seumur hidup, namun bisa juga meninggal akibat hepatitis fulminan. Infeksi HBV dan HCV yang tidak diobati dapat menyebabkan sirosis (720.000 kematian) dan karsinoma hepatoselular (470.000 kematian). Komplikasi jangka panjang dapat mengancam keselamatan jiwa seseorang (WHO, 2017). Diperkirakan total 1,5 juta kasus klinis Hepatitis A di seluruh dunia, namun data seroprevalensi menunjukkan bahwa puluhan juta infeksi virus hepatitis A terjadi setiap tahunnya (Wasley et al. 2006). Umumnya hepatitis terjadi di negara-negara dengan sanitasi buruk dan tidak cukup air bersih. Berdasarkan data WHO, di negara berkembang dengan kondisi sanitasi dan praktik higienis yang buruk, hampir 90% telah terinfeksi virus Hepatitis A sebelum berumur 10 tahun (World Health Organization, 2017). Berdasarkan *Global Burden of Disease Study* tahun 2010, terhitung sejak tahun 1980 hingga 2010 Hepatitis A menyebabkan 102.000 kematian di 197 negara (Lozano, 2013).

Di Indonesia, berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 dan 2013

terjadi kenaikan proporsi hepatitis dari 0,6% menjadi 1,2%. Apabila dikonversikan ke dalam jumlah absolut penduduk Indonesia tahun 2013 sekitar 248.422.956 jiwa, maka bisa dikatakan bahwa 2.981.075 jiwa penduduk Indonesia terinfeksi Hepatitis (Budiyanto 2016). Pada tahun 2015 masyarakat dikejutkan oleh berita mengenai puluhan mahasiswa Institut Pertanian Bogor (IPB) yang dikabarkan terkena Hepatitis A. Hal tersebut disusul dengan pernyataan Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor yang menetapkan status Kejadian Luar Biasa (KLB). Kejadian Luar Biasa hepatitis tidak hanya di Jawa Barat, tetapi terjadi juga di Yogyakarta dan Lamongan. Indonesia merupakan negara dengan endemisitas tinggi Hepatitis B, menduduki kedua terbesar di negara Asia Tenggara setelah Myanmar (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Menurut informasi dari Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, diperkirakan bahwa di antara 100 orang Indonesia, 10 di antaranya telah terinfeksi Hepatitis B atau C (Kementerian Kesehatan RI 2014). Saat ini diperkirakan 28 juta penduduk Indonesia terinfeksi Hepatitis B dan C, separuh di antaranya berpotensi menjadi kronis, dan dari yang kronis tersebut 10 persen penderita hepatitis berpotensi untuk menderita kanker hati. Besaran masalah tersebut tentunya akan berdampak sangat besar terhadap masalah kesehatan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Besarnya permasalahan hepatitis di tingkat nasional dan global ini mendorong lahirnya resolusi tentang program pengendalian hepatitis virus sebagai aksi nyata dalam pengendalian hepatitis di dunia pada tanggal 20 Mei 2010 dalam sidang *World Health Assembly* (WHA) ke 63 di Geneva. Sejalan dengan itu, Pemerintah Indonesia telah melakukan beberapa kegiatan dan program kesehatan untuk mendukung pengendalian penyakit hepatitis, diantaranya yaitu imunisasi hepatitis pada bayi secara nasional, penyusunan buku pedoman dan media Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang pengendalian hepatitis, program deteksi dini, program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dan lain-lain.

Sanitasi merupakan faktor yang besar pengaruhnya dalam menentukan derajat kesehatan. Fasilitas yang saniter harus didukung oleh perilaku yang higienis agar terhindar dari risiko penyakit hepatitis. Pemerintah Indonesia telah melakukan upaya percepatan peningkatan akses terhadap sanitasi yang layak sejak tahun 2005 dengan pendekatan *Community-Led Total Sanitation* (CLTS) yang menitikberatkan pada fasilitas saniter. Upaya lain yang dilakukan pemerintah untuk meningkatkan sanitasi dan hygiene perorangan seperti yang tertera dalam Peraturan Menkes RI No. 3 tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan program sanitasi dengan pemberdayaan masyarakat melalui metode pemucuan, dengan tujuan untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Ditjen P2PL 2014). Program ini diharapkan dapat menurunkan angka kesakitan Hepatitis A dengan perilaku higienis dan saniter yang terdiri dari 5 pilar, yaitu stop buang air besar sembarangan (SBS), cuci tangan pakai sabun (CTPS), pengelolaan dan penyimpanan air minum dan makanan rumah tangga (PAMM-RT), pengamanan sampah rumah tangga (PS-RT), dan pengamanan limbah cair rumah tangga (PLC-RT) (Ditjen P2PL 2014).

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka perlu adanya bukti bahwa perilaku higienis dan faktor lingkungan dapat berpengaruh terhadap kejadian hepatitis, sesuai definisi dari Riskesdas 2013. Analisis dalam tulisan ini dilakukan dengan tujuan untuk menilai hubungan antara faktor determinan yang meliputi perilaku sanitasi dan faktor lingkungan dengan kejadian hepatitis di Indonesia.

BAHAN DAN CARA

Sumber data yang digunakan adalah Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 yang meliputi 33 provinsi dengan disain penelitian potong lintang. Sampel dalam analisis ini adalah seluruh anggota rumah tangga (ART) berumur 10 tahun ke atas yang mempunyai data lengkap sesuai variabel yang disusun dalam kerangka konsep Riskesdas 2013. Dipilihnya penduduk yang

berumur 10 tahun, karena data yang tersedia tentang perilaku BABS dan CTPS diperoleh dari penduduk berumur 10 tahun atau lebih. Setelah penggabungan data rumah tangga dan individu Riskesdas 2013, maka jumlah sampel yang dapat diikuti dalam analisis sebesar 835.256 orang.

Data yang dianalisis meliputi data yang berhubungan dengan faktor kesehatan lingkungan, seperti sumber air yang dipakai keluarga, cara pengolahan air minum dan penanganan sampah, keadaan fisik rumah dan fasilitas sanitasi diambil dari kuesioner rumah tangga (RKD13.RT). Data sosial demografi seperti umur, tingkat pendidikan dan variabel jenis penyakit beserta gejala dan hasil diagnosis tenaga kesehatan, perilaku higienis anggota rumah tangga, seperti perilaku cuci tangan dan buang air besar diambil dari kuesioner individu (RKD13.IND). Variabel dependen dalam analisis ini adalah individu yang pernah didiagnosis menderita sakit hepatitis/liver/kuning oleh tenaga kesehatan (nakes) dalam 12 bulan terakhir sebelum Riskesdas, dan yang memiliki gejala hepatitis. Variabel independen meliputi karakteristik sosial demografi (pendidikan, sosial ekonomi, dan umur), perilaku sanitasi seperti buang air besar sembarangan (BABS), cuci tangan pakai sabun (CTPS), pengolahan air minum, pengelolaan sampah dan limbah dan lingkungan (aspek wilayah, rumah sehat, sumber air minum, akses sanitasi yang layak).

Adapun kriteria variabel independen rumah tidak sehat didefinisikan sebagai rumah di mana antar ruangnya tidak terpisah, tidak bersih, tidak ada jendela atau ada jendela tapi jarang dibuka, tidak ada ventilasi atau ada ventilasi namun luasnya <10% dari luas lantai, serta pencahayaan dalam ruangan tidak cukup (Ditjen PPM & PL Kemkes 2002; Kementerian Kesehatan RI 2002). Pengolahan air minum dikategorikan "baik" jika air dimasak dan disimpan di tempat tertutup, jika hanya salah satu yang terpenuhi atau keduanya tidak terpenuhi maka dikategorikan "buruk". Pengelolaan sampah dikategorikan baik jika sampah ditampung sementara di tempat sampah lalu diangkut petugas atau dibuat kompos, selain itu dikategorikan buruk. Penanganan limbah

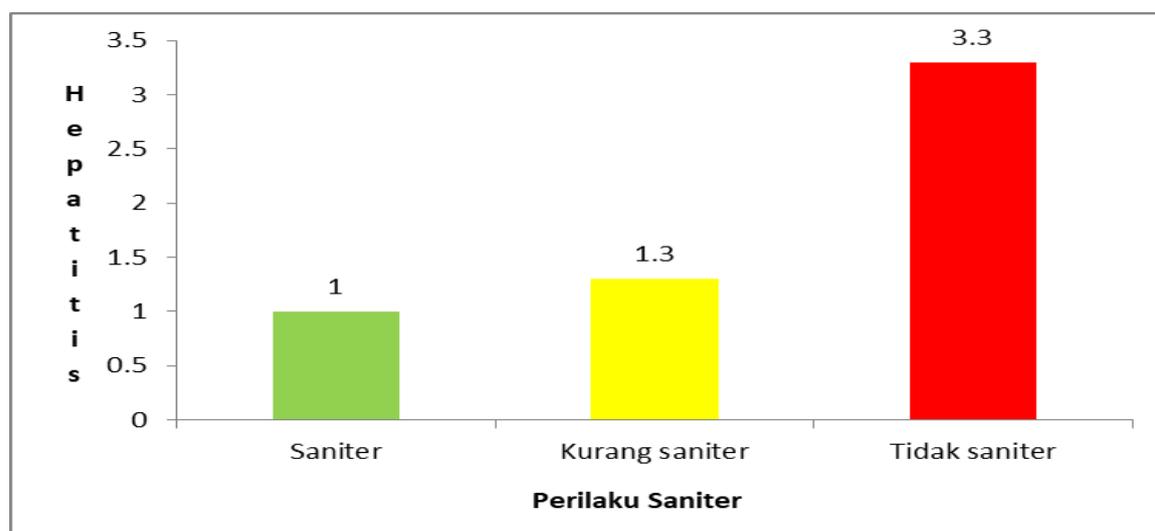
dikategorikan baik jika air limbah domestik dibuang di tempat pembuangan khusus/SPAL, selain itu dikategorikan buruk. Perilaku satu rumah tangga untuk pengolahan air minum, sampah dan limbah dianggap sama untuk semua ART yang tinggal dalam satu rumah tangga. Kriteria akses sanitasi yang tidak layak yaitu fasilitas BAB bukan leher angsa dan bukan tangki septik (Public Health, 2013). Untuk lima perilaku saniter dibuat satu variabel komposit yang kemudian dikelompokkan menjadi 3 kategori, yaitu perilaku saniter, jika lima variabel perilaku tersebut semua dijawab “ya”, kategori “kurang saniter” jika salah satu dari lima variabel ada yang dijawab “tidak”, sementara kategori “tidak saniter” jika ke lima perilaku tersebut semua dijawab “tidak”. Sumber air terlindung (*improved*) merujuk *Joint Monitoring Programme WHO-Unicef* tahun 2006 meliputi air ledeng/PDAM, sumur bor/pompa, sumur gali terlindung, mata air terlindung, penampungan air hujan, dan air kemasan (hanya jika sumber air untuk keperluan rumah tangga lainnya terlindung). Sanitasi layak (*improved*) apabila sarana BAB milik sendiri, jenis tempat BAB merupakan leher angsa atau plengsengan serta tempat pembuangan akhir tinja berupa tanki septik atau SPAL (World Health Organisation & UNICEF 2006).

Analisis data dilakukan dengan metode logistik regresi untuk mencari faktor-faktor yang paling erat hubungannya antara variabel independen dengan variabel

dependen. Keterbatasan penelitian ini adalah tidak dapat membedakan jenis hepatitis secara lebih spesifik (hepatitis A, B, C, D atau E). Misalnya, karakteristik klinis hepatitis akut tidak dapat ditentukan hanya berdasarkan informasi tanda, gejala, riwayat, dan faktor risiko saat dilakukan wawancara, tetapi harus diverifikasi dengan pengujian serologis spesifik (Central for Disease Control and Prevention 2014). Keterbatasan lain adalah kemungkinan individu yang berumur di bawah 10 tahun menderita hepatitis, tidak dapat dianalisis.

HASIL

Hasil analisis data menunjukkan bahwa proporsi penduduk dengan gejala hepatitis (demam, lemah, mata atau kulit berwarna kuning, nyeri pada perut kanan atas, urin berwarna seperti air teh pekat, gangguan saluran cerna seperti mual, muntah, tidak nafsu makan) dan didiagnosis hepatitis (melalui pemeriksaan darah) oleh petugas kesehatan sebesar 10.514 (1,3%). Gambaran perilaku saniter hanya 2% penduduk yang telah baik dalam melaksanakan berperilaku saniter, selebihnya masih berperilaku kurang baik (97,5%) dan buruk (0,5%). Dari Gambar 1 di bawah ini dapat dilihat bahwa proporsi hepatitis lebih banyak terjadi pada kelompok masyarakat yang berperilaku tidak saniter (3,3%) dibandingkan dengan kelompok yang berperilaku kurang saniter (1,3%) dan mereka yang telah berperilaku saniter (1,0%).



Gambar 1. Persentase hepatitis menurut kategori perilaku sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) pada kelompok umur ≥ 10 tahun di Indonesia, 2013

Penyakit hepatitis berdasarkan karakteristik penduduk, perilaku STBM dan kondisi lingkungan sekitar (Tabel 1).

Tabel 1. Distribusi penyakit Hepatitis menurut karakteristik, sanitasi, lingkungan dan perilaku saniter, 2013

Variabel	Hepatitis		Tidak Hepatitis	
	n	%	n	%
Karakteristik				
Umur				
10-24 tahun	3.066	1,1	272.765	98,9
25-64 tahun	6.765	1,3	503.196	98,7
≥65 tahun	683	1,4	48.781	98,6
Pendidikan ibu				
Tinggi (≥D1)	7.641	1,3	565.849	98,7
Sedang (SMP-SMA)	469	0,9	50.055	99,1
Rendah (≤SD)	2.405	1,1	208.838	98,9
Status ekonomi				
Kaya	3.672	1,0	370.879	99,0
Sedang	1.999	1,1	180.337	98,9
Miskin	4.843	1,7	273.526	98,3
Perilaku Saniter				
BAB sembarang				
Tidak BABs	8.037	1,2	681.783	98,8
BABs	2.478	1,7	142.959	98,3
Cuci Tangan Pakai Sabun				
CTPS	9.439	1,2	767.839	98,8
Tidak CTPS	1.076	1,9	56.903	98,1
Pengelolaan Air Minum				
Aman	7.408	1,3	564.478	98,7
Tidak aman	3.107	1,2	260.264	98,8
Pengelolaan Limbah				
Aman	3.578	1,2	300.369	98,8
Tidak aman	6.937	1,3	524.373	98,7
Pengelolaan Sampah				
Benar	914	1,0	92.472	99,0
Tidak benar	9.600	1,3	732.270	98,7
Karakteristik Lingkungan				
Tipe Wilayah				
Kota	4.257	1,0	417.717	99,0
Desa	6.257	1,5	407.025	98,5
Rumah Sehat				
Sehat	1.662	0,9	180.810	99,1
Tidak sehat	8.853	1,4	643.931	98,6
Sumber Air Minum				
Terlindung	8.140	1,2	651.696	98,8
Tidak terlindung	1.736	1,2	148.178	98,8
Tidak ada fasilitas	637	2,5	24.868	97,5
Akses Sanitasi				
Layak	6.096	1,1	563.274	98,9
Tidak layak	4.418	1,7	261.468	98,3

Lanjutan Tabel 1. Distribusi penyakit Hepatitis menurut karakteristik....

Variabel	Hepatitis		Tidak Hepatitis	
	n	%	n	%
Perilaku Saniter				
Saniter	161	1,0	16.504	99,0
Kurang saniter	10.201	1,3	803.817	98,7
Tidak saniter	152	3,3	4.421	96,7
Total	10.514	1,3	824.742	98,7

Berdasarkan karakteristik, proporsi penduduk yang menderita hepatitis cenderung lebih tinggi pada kelompok umur dewasa muda dan tua yaitu kelompok umur 25 tahun ke atas (1,3%) dibandingkan dengan kelompok umur muda (10 sampai 24 tahun). Proporsi penduduk berpendidikan tinggi yang mengalami hepatitis lebih tinggi (1,3%) daripada yang berpendidikan rendah (1,1%). Selain itu penduduk miskin teridentifikasi pula sebagai kelompok yang paling banyak terkena penyakit hepatitis (1,7%). Dilihat dari lima pilar sanitasi, tampak bahwa proporsi penduduk yang BAB sembarangan yang teridentifikasi menderita hepatitis lebih tinggi (1,7%) dibandingkan dengan reponden yang BAB di jamban (1,2%). Demikian juga dengan penduduk yang tidak CTPS juga lebih tinggi yang terkena hepatitis (1,9%) dibanding yang telah CTPS. Hasil yang konsisten juga dapat ditemukan pada pilar pengolahan limbah dan pengelolaan sampah (1,3%). Pola yang sedikit berbeda ditemui pada pilar pengelolaan air minum di mana proporsi hepatitis berpeluang hampir sama ditemukan pada mereka yang melakukan pengelolaan air minum secara aman (1,3%) maupun tidak aman (1,2%). Sedangkan pilar pengelolaan limbah dan pengelolaan air minum berpeluang hampir sama pada

kejadian hepatitis. Dari aspek kondisi lingkungan, terlihat bahwa penduduk yang tinggal di wilayah perdesaan (1,5%) lebih tinggi yang menderita hepatitis dibandingkan perkotaan (1,0%). Penduduk yang tinggal di rumah yang tidak sehat ditemukan 1,4 persen menderita hepatitis dibandingkan dengan mereka yang tinggal di rumah sehat. Proporsi penduduk yang terkena hepatitis lebih tinggi ditemukan pada penduduk yang tidak memiliki fasilitas sumber air minum atau sumber air minum di sungai/danau yaitu sebesar 2,5 persen dibandingkan penduduk yang memiliki sumber air minum, baik itu sumber terlindung maupun tidak terlindung.

Penduduk dengan akses sanitasi yang tidak layak lebih banyak yang menderita hepatitis yaitu sebesar 1,7 persen dibandingkan mereka yang mempunyai akses sanitasi layak (1,1%).

Proporsi penduduk yang terkena hepatitis lebih tinggi pada penduduk yang memiliki perilaku tidak saniter (3,3%) dibandingkan dengan kelompok berperilaku saniter dan “kurang saniter”. Untuk mengetahui determinan dari aspek perilaku sanitasi terhadap penyakit hepatitis, telah dilakukan pengujian dengan hasil dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Hasil analisis regresi logistik faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit hepatitis

Faktor risiko	B	SE	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for Exp(B)	
					Lower	Upper
Tidak CTPS	0,570	0,114	0,000	1,768	1,416	2,209
Pengelolaan air minum tidak aman	0,256	0,081	0,002	1,291	1,103	1,512
Wilayah tinggal pedesaan	0,329	0,079	0,000	1,390	1,191	1,622
Rumah tidak sehat	0,970	0,119	0,000	2,637	2,087	3,332
Status ekonomi miskin	0,368	0,115	0,001	1,446	1,154	1,811
Konstan	-6,897	1,216	0,000	0,001		

Determinan yang merupakan aspek perilaku dari lima pilar sanitasi yang

berhubungan dengan penyakit hepatitis adalah cuci tangan pakai sabun (CTPS) dan

pengelolaan air minum. Penduduk yang tidak berperilaku CTPS berisiko 1,7 kali menderita penyakit hepatitis dibandingkan dengan mereka yang sudah berperilaku cuci tangan pakai sabun. Sementara penduduk yang melakukan pengelolaan air minum yang tidak aman akan berisiko 1,3 kali terserang penyakit hepatitis dibanding dengan mereka yang telah melakukan pengelolaan air minum dengan aman. Kondisi lingkungan juga memiliki hubungan yang cukup erat dengan penyakit hepatitis. Diketahui bahwa penduduk yang tinggal di wilayah perdesaan akan cenderung lebih berisiko penyakit hepatitis sebesar 1,4 kali dibandingkan dengan penduduk perkotaan. Sedangkan mereka yang tinggal di rumah yang tidak sehat akan berpeluang 2,6 kali menderita hepatitis dibandingkan mereka yang telah tinggal di rumah yang sehat. Sementara dari aspek karakteristik, penduduk yang berasal dari keluarga miskin berisiko 1,4 kali menderita hepatitis jika dibandingkan dengan mereka yang berstatus ekonomi sedang dan kaya.

PEMBAHASAN

Secara umum, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kondisi penyakit hepatitis masih menjadi masalah di Indonesia, dilihat dari masih tingginya proporsi penyakit ini. Hal ini dibuktikan dengan adanya kenaikan proporsi hepatitis dari tahun 2007 ke 2013 untuk semua umur (Badan Litbangkes, 2013). Pada kelompok umur 10 tahun ke atas, hepatitis 1,3 persen. Pada umur muda relatif lebih sedikit yang terjangkit hepatitis dibandingkan umur dewasa muda dan tua. Kemungkinan hal itu disebabkan karena pada umur muda mereka masih bersekolah, tinggal bersama orang tua sehingga perilaku higienis dan saniter masih terawasi dengan baik. Beberapa faktor yang dianggap menjadi penyebab yaitu kurang higienis dan saniternya perilaku sebagian besar masyarakat di Indonesia dilihat dari perilaku tidak cuci tangan pakai sabun dan kurang dalam pengolahan air minum. Hal itu masih ditambah lagi kondisi demografi dan sosial ekonomi yang tidak mendukung, yaitu lingkungan perdesaan yang masih sulit akses ke fasilitas sanitasi yang memadai dan kemiskinan.

Dari hasil analisis diketahui bahwa perilaku CTPS dan pengelolaan air minum mempunyai hubungan dengan penyakit hepatitis. Virus hepatitis berada di sekitar kita dan dapat menempel di tangan. Jika tangan tidak dicuci menggunakan sabun sebelum makan atau sebelum mengolah makan atau sesudah buang air, maka virus tersebut dapat masuk ke dalam tubuh baik melalui makanan atau minuman. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Ropiah dkk di Pontianak (Ropiah et al. 2013) melaporkan bahwa orang dengan tidak mencuci tangan setelah BAB 2,7 kali mengalami kejadian hepatitis A, demikian juga dengan orang yang tidak mencuci tangan sebelum makan 5,3 kali mengalami kejadian penyakit Hepatitis A. Demikian juga penelitian *case control* di daerah wabah Hepatitis A pada kelompok umur 15-55 tahun penduduk. Didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan ($p = 0,000$) antara mencuci tangan sebelum menangani makanan dengan terjadinya hepatitis akut, OR = 3,442 (95% CI: 1,638 - 7.235) (Firdous 2005).

Virus hepatitis A ditularkan terutama melalui *fecal-oral transmission*. Hal tersebut dapat terjadi saat orang menelan makanan atau air yang telah terkontaminasi kotoran orang yang terinfeksi. Di keluarga, hal ini bisa terjadi ketika tangan orang yang terinfeksi virus menyiapkan makanan untuk anggota keluarga. Atau dapat juga terjadi terkait dengan air limbah yang terkontaminasi atau tidak diolah secara memadai. Perbaikan sanitasi, keamanan pangan dan imunisasi adalah cara yang paling efektif untuk memerangi hepatitis A. Penyebaran penyakit Hepatitis A dapat dikurangi dengan persediaan air minum yang aman, pembuangan limbah yang benar di dalam masyarakat, praktik kebersihan pribadi seperti mencuci tangan secara teratur dengan air yang bersih (World Health Organization 2017).

Hasil menunjukkan bahwa kondisi lingkungan dalam hal ini rumah yang sehat dapat berhubungan dengan kejadian hepatitis. Orang yang tinggal di rumah yang tidak sehat, yaitu dengan ruangan menyatu untuk setiap fungsi yang berbeda, tidak terpisah antara kamar tidur dengan ruang keluarga,

tidak bersih, tidak ada jendela atau kalau pun ada jendela namun tidak pernah dibuka, tidak ada ventilasi atau kalau pun ada ventilasi namun kurang dari 10% luas rumah, dan tidak cukup pencahayaan dalam rumah, maka akan berisiko lebih besar terjangkit penyakit hepatitis. Dengan kata lain, ruangan dalam rumah yang sempit dan menyatu mejadikan anggota rumah tangga saling terpapar antara satu dengan yang lain, sehingga jika salah satu terkena penyakit, khususnya penyakit menular, maka akan mudah ditransmisikan kepada anggota rumah tangga yang lain. Apalagi jika di rumah tersebut, kondisi aliran udara tidak baik karena tidak ada jendela atau ventilasi akan memperparah keadaan kesehatan anggota rumah tangga. Kondisi udara yang tidak sehat terjadi di dalam rumah yang juga tidak sehat. Aiello dkk (Aiello et al. 2008) menyatakan bahwa rumah adalah sebuah lingkungan dinamis dengan berbagai ragam aktivitas dari penghuninya. Jika ada salah satu anggota keluarga terkena penyakit maka akan terjadi penularan kepada anggota keluarga lain dalam rumah tersebut. Kontak fisik dan penularan bakteri atau virus dalam rumah baik langsung maupun tidak langsung tidak dapat dihindarkan, termasuk melalui *fecal-oral*, transmisi melalui anggota tubuh lain seperti tangan, sangat mungkin terjadi sehingga membutuhkan higiene perorangan dan kebersihan rumah harus lebih ditingkatkan. Penyakit yang sering terjadi berkaitan dengan higiene perorangan dan sanitasi rumah selain hepatitis misal kolera, diare juga Hepatitis A. Cara lain juga bisa dilakukan dalam upaya mengurangi transmisi virus hepatitis dalam rumah adalah dengan melakukan pembersihan permukaan rumah yang diduga terkontaminasi virus dengan cairan pembersih khusus misal *bleaching dissolvant* dan mengupayakan selalu cuci tangan dengan cairan pembersih (Fiore 2004). Dalam hal penyakit hepatitis, selain cuci tangan dengan sabun atau cairan pembersih lain, maka alat-alat makan yang biasa dipakai oleh penderita hepatitis sebaiknya dicuci atau direndam terlebih dahulu dengan cairan pembersih khusus sebelum digunakan oleh anggota rumah tangga lainnya.

Faktor lain yang berhubungan dengan penyakit hepatitis adalah wilayah tempat tinggal dimana ditemukan bahwa

penduduk di perdesaan lebih rentan atau lebih banyak yang terkena penyakit hepatitis. Kemungkinan ini disebabkan masyarakat di perdesaan disibukkan dengan bekerja di pertanian sehingga tidak pergi berobat ketika sakit tidak terlalu parah. Selain itu fasilitas kesehatan di puskesmas perdesaan yang tidak selengkap puskesmas di kota menyebabkan masyarakat perdesaan juga enggan berobat (Sarumpaet et al. 2012). Temuan ini juga selaras dengan penelitian Dany dkk yang menemukan bahwa penduduk di perdesaan sepertinya memang memerlukan pendekatan tambahan dalam program pengendalian hepatitis, dimungkinkan karena adanya determinan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan (Dany & Handayani 2017).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengelolaan air yang tidak aman dapat mempunyai hubungan dengan peningkatan kejadian hepatitis. Hal ini bisa dijelaskan karena air minum yang tidak steril dapat mengandung virus hepatitis jika masuk ke dalam tubuh melalui *fecal oral route* dapat menyebabkan penyakit hepatitis. Pada dasarnya penyakit yang disebabkan oleh air minum yang terkontaminasi mikroorganisme patogen disebut *water borne disease*, yaitu jika air yang terkontaminasi digunakan untuk menyiapkan makanan, maka akan dapat menyebabkan *foodborne disease* (Kesmas 2015). Sementara sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 492/Menkes/PER/IV/2010, bahwa air minum yang dikonsumsi masyarakat harus memenuhi persyaratan kualitas air minum. Persyaratan kualitas air minum yang dimaksud meliputi persyaratan bakteriologis, kimiawi, radioaktif dan fisik. Selain itu air minum merupakan salah satu sumber risiko yang dominan dalam kesehatan masyarakat, khususnya jika minum air yang tidak memenuhi syarat kesehatan. Faktor risiko air minum tersebut meliputi infeksi penyakit, keracunan, dan lain-lain. Kontaminasi air minum untuk keperluan masyarakat dapat terjadi akibat limbah domestik seperti tinja. Sungai dan air tanah merupakan sumber baku air minum, dengan semakin cepatnya pertumbuhan penduduk dengan semua aktivitas menyebabkan menurunnya kualitas sumber air. Pertumbuhan penduduk perkotaan tanpa diimbangi fasilitas sanitasi yang memadai telah menyebabkan penurunan

kualitas lingkungan. Di kota besar masih banyak masyarakat yang buang kotoran ke sungai atau ke tanah sehingga mencemari lingkungan. Air tanah merupakan sumber air bersih paling banyak digunakan karena murah dan kualitas relatif baik. Namun semakin sempitnya lahan khususnya di kota ditambah perilaku masyarakat yang membuang limbah tinja sembarangan telah menyebabkan pencemaran air tanah (Said n.d., 2017). Ke semuanya jelas menyebabkan pencemaran sumber air sehingga memudahkan penularan penyakit seperti penyakit hepatitis. Sesuai uraian di atas maka menjadi penting untuk penyediaan sarana sanitasi yang memadai. Hal ini sejalan dengan publikasi yang dinyatakan oleh Cainelli dkk bahwa ketersediaan air minum yang aman mutlak diperlukandalam mencegah penyebaran hepatitis khususnya Hepatitis A (Cainelli 2012).

Selain itu status ekonomi juga dinilai memiliki hubungan dengan lebih banyaknya penduduk terinfeksi hepatitis. Seseorang dengan status sosial rendah biasanya mempunyai pendapatan yang terbatas untuk akses ke pelayanan kesehatan, gizi buruk dan tingkat kesadaran yang rendah tentang masalah kesehatan dan perilaku pencegahan. Faktor-faktor ini membuat mereka lebih mudah sakit dan tidak dapat menghindari penyakit-penyakit yang bisa dicegah (Silva & Beral 1997). Determinan sosial seperti penghasilan secara tidak langsung akan mempengaruhi kondisi kesehatan secara umum. Tingkat sosial ekonomi akan mempengaruhi perilaku, faktor resiko, status psikososial, dan kondisi kesehatan. Pendapatan yang layak membuat seseorang lebih mampu untuk membayar biaya pelayanan kesehatan dan obat-obatan, membeli makanan yang bergizi, dan mendapatkan kualitas perawatan yang lebih baik. Sebaliknya, ekonomi yang terbatas berarti membuat kehidupan sehari-hari penuh perjuangan dan sulit untuk gaya hidup sehat (Braveman et al, 2011). Faktor pendapatan berkaitan dengan gizi dan imunitas. Golongan pendapatan rendah memiliki kuantitas dan kualitas makanan kurang dan ini mempengaruhi imunitas tubuh. Kelompok berpenghasilan rendah biasanya kurang terakses dengan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Persulesy 2013). Temuan ini

sesuai dengan hasil yang diperoleh oleh Jacobson (Jacobsen & Koopman 2005) yang menemukan adanya hubungan antara faktor risiko sosial ekonomi dan *transmission rate* pada virus Hepatitis A. Demikian juga hasil penelitian di Jakarta yang melibatkan 985 penduduk berumur 15 tahun atau lebih, menunjukkan status sosio ekonomi rendah merupakan faktor risiko yang kuat untuk hepatitis B dengan OR 18,09 (95% CI: 2,35-139,50). Selain itu, kelompok Tionghoa memiliki risiko lebih tinggi terinfeksi hepatitis B dibandingkan dengan kelompok etnis Melayu dengan OR 2,97 (95% CI: 1,22-7,83). Sedangkan hepatitis C signifikan dengan faktor risiko transfusi darah (OR 3,03; 95% CI: 1,25-7,33) dan kelompok umur 50 tahun atau lebih (OR 14,72; 95% CI: 4,35-49,89) (Akbar et al. 1997).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Perilaku cuci tangan pakai sabun (CTPS) dan pengelolaan air minum (lima pilar STBM) merupakan determinan terhadap kejadian penyakit hepatitis. Faktor kondisi lingkungan seperti wilayah tempat tinggal di perdesaan dan rumah yang tidak sehat, berhubungan dengan lebih banyaknya kejadian penyakit hepatitis. Selain itu faktor tingkat ekonomi juga mempunyai hubungan dengan kejadian penyakit hepatitis.

Saran

Promosi kesehatan melalui penyuluhan kesehatan masih diperlukan untuk meningkatkan perilaku saniter dalam upaya mengurangi penyakit menular berbasis lingkungan, seperti hepatitis. Peningkatan akses masyarakat terhadap fasilitas air minum yang aman, fasilitas cuci tangan dan rumah sehat terutama untuk masyarakat miskin di perdesaan perlu diupayakan terus menerus dengan melibatkan sektor terkait serta partisipasi masyarakat. Upaya pencegahan lainnya seyogyanya tetap dilanjutkan seperti skrining pada pendonor darah, pemberian imunisasi dan vaksin.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis menyampaikan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa dengan selesainya penulisan artikel ini. Selain itu, terima kasih sebesar-besarnya kami sampaikan kepada Kepala Badan Litbangkes dan Tim Manajemen Data Balitbangkes yang sudah memberikan izin penggunaan data Riskesdas 2013 kepada penulis untuk analisis lanjut terhadap artikel dengan topik hepatitis ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Aiello, A.E., Larson, E.L. & Sedlak, R., 2008. Personal health Bringing good hygiene home. *American Journal of Infection Control*, 36(10 SUPPL.), pp.152–165. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2008.09.009> [Accessed November 22, 2017].
- Akbar, N. et al., 1997. Ethnicity, socioeconomic status, transfusions and risk of hepatitis B and hepatitis C infection. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 12(11), pp.752–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9430042> [Accessed November 24, 2017].
- Budiyanto, D., 2016. Waspada!! 2, 9 Juta Lebih Penduduk Indonesia Mengidap Hepatitis. *Kompasiana*, (September 2014), pp.2–9. Available at: http://www.kompasiana.com/de-be/waspada-2-9-juta-lebih-penduduk-indonesia-mengidap-hepatitis_54f5dcb6a333112b1f8b4754.
- Cainelli, F., 2012. Liver diseases in developing countries. *World Journal of Hepatology*, 4(3), pp.66–67.
- Central for Disease Control and Prevention, 2014. Hepatitis C FAQs for Health Professionals chronic liver disease, cirrhosis, or liver cancer or dying as a result of. *CDC- Centers for Disease Control and Prevention*, pp.1–10. Available at: <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/hcvfaq.htm>.
- Dany, F. & Handayani, S., 2017. Seroprevalensi Hepatitis C pada Populasi Perkotaan dan Perdesaan di Indonesia Tahun 2013 : Kajian Determinan Sosiodemografi, Lingkungan, Pejamu, dan Komorbiditas. *Media Litbangkes*, 27(No. 4), pp.197–208. Available at: <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/MPK/article/viewFile/6267/5371> [Accessed February 5, 2018].
- Dirjen P2PL, 2014. *Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator STBM Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Indonesia*, Kementerian Kesehatan RI. Available at: http://stbm-indonesia.org/files/kurmod/STBM_Fasilitator.pdf [Accessed February 2, 2018].
- Dirjen PPM & PL Kemkes, 2002. Formulir Penilaian Rumah Sehat, (I), pp.1–21. Available at: <https://documents.tips/documents/formulir-penilaian-rumah-sehat-56a371704fa25.html> [Accessed January 27, 2015].
- Fiore, A.E., 2004. Hepatitis A Transmitted by Food. *Clinical Infectious Diseases*, 38(5), pp.705–715. Available at: <https://academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1086/381671> [Accessed November 18, 2017].
- Firdous, U., 2005. Washing Hands Before Meal Decrease Risk of Clinical Acute. *Litbang Kesehatan*.
- Jacobsen, K.H. & Koopman, J.S., 2005. The effects of socioeconomic development on worldwide hepatitis A virus seroprevalence patterns. *International Journal of Epidemiology*, 34(3), pp.600–609. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Search&doptcmd=Citation&defaultField=TitleWord&term=Jacobsen%5Bauthor%5DANDThe%20effects%20of%20socioeconomic%20development%20on%20worldwide%20hepatitis%20A%20virus%20seroprevalence%20patterns> [Accessed November 22, 2017].
- Kementerian Kesehatan RI, 2014. InfoDATIN: Situasi dan Analisa Hepatitis. *Pusat Data dan Informasi*, p.8. Available at: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-hepatitis.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI, 2002. *kepmenkes-ri-no-829-tahun-1999-persyaratan-kesehatan-perumahan.pdf*, pp.1–16. Available at: <https://dokumen.tips/download/link/kepmenkes-ri-no-829-tahun-1999-persyaratan-kesehatan-perumahan> [Accessed January 27, 2015].
- Kenneth, J.R. & Ray, C.G., 2004. *Spread and Control of Infection* 4th ed. M. KENNETH J.RYAN, ed., MCGRAW-HILL, MEDICAL PUBLISHING DIVISION. Available at: http://lalashan.mcmaster.ca/thebio/projects/images/c/c0/An_Introduction_to_Infectious_Diseases.pdf.
- Kesmas, 2015. Penyakit yang Ditularkan Melalui Media Air, pp.3–5. Available at: <http://www.indonesian-publichealth.com/waterborne-disease/> [Accessed April 12, 2018].
- Lozano, R., 2013. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), p.2096. Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)61728-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)61728-0.pdf).
- Matheny, S., 2012. Hepatitis A. *Am Fam Physician*, 86(11), pp.1027–34. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23198670>.
- Persulesy, V., 2013. Hubungan Tingkat Pendapatan Dan Pola Makan Dengan Status Gizi Balita Di Daerah Nelayan Distrik Jayapura Utara Kota Jayapura. *jurnal gizi dan dietetik Indonesia*, 1(3), pp.143–150. Available at: ejournal.almaata.ac.id/index.php/IJND/article

- /download/272/247 [Accessed April 12, 2018].
- Public Health, 2013. Kriteria, Standard, dan Komponen Sanitasi Jamban. , pp.3–6. Available at: <http://www.indonesian-publichealth.com/sanitasi-jamban/> [Accessed November 18, 2017].
- Ropiah, Hernawan, A.D. & Selviana, 2013. Faktor Lingkungan Dan Perilaku Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hepatitis A Di Kecamatan Sintang Kabupaten Sintang. *jurnal kesmas unmuhpnk*, 21. Available at: <http://repository.unmuhpnk.ac.id/313/1/10.Jurnal.pdf> [Accessed November 22, 2017].
- Said, N.I., Bab Kualitas Air Minum dan Kesehatan Masyarakat. In *Kesehatan Masyarakat*. Badan Pengkajian dan Penerapan Teknologi, pp. 1–36. Available at: <http://www.kelair.bppt.go.id/Publikasi/BukuKesmas/BAB1.pdf> [Accessed November 17, 2017].
- Sarumpaet, S.M., Tobing, B.L. & Siagian, A., 2012. Perbedaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Perkotaan dan Daerah Terpencil. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 6, no. 4(21), pp.147–152. Available at: <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=269676&val=7113&title=Perbedaan>
- Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Perkotaan dan Daerah Terpencil.
- Silva, dos S. & Beral, V., 1997. Socioeconomic differences in reproductive behaviour. *IARC Sci Publ.*, (138), pp.285–308. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9353670> [Accessed April 12, 2018].
- Wasley, A., Fiore, A. & Bell, B.P., 2006. Hepatitis A in the era of vaccination. *Epidemiologic Reviews*, 28(1), pp.101–111. Available at: https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/epirev/28/1/10.1093/epirev/mxj012/2/mxj012.pdf.
- WHO, 2017. *Global hepatitis report, 2017*, Available at: <http://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/> [Accessed January 23, 2018].
- World Health Organization & UNICEF, 2006. *Meeting The MDG Drinking Water and Sanitation Target The Urban and Rural Challenge of The Decade*, Switzerland. Available at: <https://washdata.org/reports> [Accessed June 21, 2018].
- World Health Organization, 2017. Hepatitis A. , (July, 5th). Available at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>.