

POLA PENYAKIT ISPA DAN DIARE BERDASARKAN GAMBARAN RUMAH SEHAT DI INDONESIA DALAM KURUN WAKTU SEPULUH TAHUN TERAKHIR

(Ten-Year Trend of Acute Respiratory Infection (ARI) and Diarrheal Diseases Based on Healthy Houses in Indonesia)

Dwi Hapsari¹, Ika Dharmayanti¹, Supraptini¹

Naskah masuk: 5 Juli 2013, Review 1: 12 Juli 2013, Review 2: 9 Juli 2013, Naskah layak terbit: 17 September 2013

ABSTRAK

Latar Belakang: Rumah merupakan kebutuhan dasar manusia dan dapat memengaruhi kesehatan. Rumah yang layak untuk tempat tinggal harus memenuhi syarat kesehatan, sehingga penghuninya tetap sehat. Kondisi rumah merupakan bagian dari kualitas lingkungan. Salah satu penyakit berbasis lingkungan khususnya rumah sehat adalah ISPA dan diare. Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya pola penyakit ISPA dan Diare dengan pola rumah sehat di Indonesia dalam 10 tahun terakhir. **Metode:** Analisis menggunakan dua sumber data yang saling melengkapi yaitu Riskesdas 2007–2010 dan Susenas 2001–2010. Disain penelitian Riskesdas dan Susenas menggunakan disain Cross Sectional. Ruang lingkup wilayah penelitian meliputi seluruh provinsi di Indonesia. Keterbatasan analisa yaitu dari 14 indikator rumah sehat, hanya dapat menggunakan 8 variabel yang dimiliki seluruh sumber data setiap tahunnya. **Hasil dan Pembahasan:** Hasil analisis menunjukkan: 1. Pola penyakit ISPA terhadap rumah sehat sama dengan gambaran penyakit Diare terhadap rumah sehat. Jika persentase rumah sehat tinggi maka persentase terlihat rendah pada penyakit ISPA dan diare, demikian sebaliknya. Jadi terlihat adanya hubungan antara rumah sehat dengan ISPA dan Diare; 2. Pada kelompok status ekonomi rendah dengan kondisi rumah sehat yang sama, terlihat persentase ISPA dan Diare lebih tinggi dibandingkan kelompok ekonomi tinggi. Peran status ekonomi dapat menjadi perhatian penting dalam penurunan persentase penyakit ISPA dan diare; 3. Pada tahun 2007 menunjukkan lonjakan peningkatan persentase ISPA dan diare disertai persentase rumah sehat yang menurun dengan mencolok. **Kesimpulan:** Tidak ada perbedaan pola untuk seluruh karakteristik, jika persentase rumah sehat rendah maka kejadian ISPA dan Diare tinggi, demikian juga sebaliknya. Faktor sosial ekonomi mempunyai peran dalam korelasi peningkatan persentase rumah sehat dan penurunan persentase ISPA dan diare. **Saran:** Perlu adanya peningkatan kesadaran penduduk tentang lingkungan dan berperilaku sehat untuk membentuk Rumah Tangga Sehat.

Kata kunci: Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), diare, rumah sehat

ABSTRACT

Background: Housing is a basic human need that can affect health. To achieve a decent standard of living, people should live in an adequate housing, so that its occupants have a safe and healthy environment. Condition of the house is part of the quality of the environment. One of the environment-related diseases is ARI and diarrhea. **Objectives:** This study determines trends of ARI and diarrheal diseases and their relation to healthy houses in Indonesia in the last ten years. **Methods:** This analysis combines two data sources that are Riskesdas 2007–2010 and Susenas 2001–2010. The design of Riskesdas and Susenas is descriptive cross sectional. Research area for this analysis covers the entire province in Indonesia. The limitation of this analysis is only eight variables that can be used from data sources every year, beside 14 indicators of healthy houses. **Results:** This study indicates that: 1. Trends of ARI and diarrheal disease against healthy houses are similar. If percentage of healthy houses are high then the percentage of ARI and diarrheal disease are low, and vice versa. Therefore, there is a correlation among healthy houses with ARI and diarrhea; 2. In low-income groups with similar healthy houses conditions, the percentage of ARI and diarrheal disease is higher than high-income groups. The role of economic status is an important point to reduce the percentage of ARI and diarrheal diseases; 3. During 2007, it shows

¹ Pusat Teknologi Intervensi dan Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI. Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta. Alamat Korespondensi: dhapsari2001@yahoo.com

a rise in ARI and diarrhea rate along with a decrease percentage of healthy houses. **Conclusion:** This study concludes that if the percentage of healthy houses is low then the percentage of ARI and diarrhea will increase, and vice versa. Socioeconomic factors have a role in the rise of healthy houses and a reduction in the percentage of ARI and diarrheal diseases. **Recommendation:** the population needs to increase awareness of the environmental and healthy behaviors to form a Healthy Household.

Key word: Acute Respiratory Infection (ARI), diarrheal, healthy houses

PENDAHULUAN

Persoalan kesehatan di Indonesia sangat kompleks, mulai dari kasus penyakit infeksi menular tropik klasik yang kembali muncul, kecenderungan meningkatnya penyakit degeneratif di beberapa bagian masyarakat di Indonesia, sampai adanya berbagai penyakit yang baru muncul yang disebut *new emerging diseases* (Bahri, 2006). Fenomena ini merupakan masalah kesehatan masyarakat yang telah menimbulkan dampak kerugian ekonomi, menelan banyak korban, aspek politik, dan lain sebagainya. Di samping itu, buruknya kondisi lingkungan tempat tinggal, kurangnya mutu pelayanan kesehatan masyarakat serta rendahnya kesadaran masyarakat untuk hidup sehat merupakan beberapa faktor yang menyebabkan masalah kesehatan bangsa.

Hendrik L. Blum (1974) secara jelas menyatakan bahwa determinan status kesehatan masyarakat merupakan hasil interaksi domain lingkungan, perilaku dan genetika serta bukan hasil pelayanan medis semata-mata. Kualitas lingkungan merupakan determinan penting terhadap kesehatan masyarakat, penurunan kualitas lingkungan memiliki peran terhadap terjadinya penyakit diare, infeksi saluran nafas akut (ISPA), malaria, dan penyakit vektor lainnya.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa polusi udara dapat meningkatkan insiden penyakit saluran pernafasan. Hal ini terlihat dengan masih tingginya angka kematian karena ISPA terutama pada bayi dan anak balita. Menurut data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1992 dan 1995, ISPA merupakan penyebab kematian bayi urutan pertama. Sedangkan pada SKRT 2001, ISPA masih menjadi penyebab kematian bayi urutan kedua. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, prevalensi ISPA masih tinggi (25,5%) dan paling tinggi pada kelompok umur 1–4 tahun sebesar 42,5% dan urutan kedua kelompok umur di bawah 1 tahun sebesar 36%. Sedangkan berdasarkan jenis kelamin, kejadian ISPA relatif sama pada laki-laki dan perempuan yaitu sebesar 25%. Menurut tipe daerah, wilayah pedesaan

mempunyai prevalensi ISPA 26,9% sedangkan wilayah perkotaan 23,3%. Menurut tingkat sosial ekonomi, prevalensi ISPA cenderung lebih tinggi pada tingkat pengeluaran per kapita rendah (kuintil 1) 27% dan semakin menurun pada tingkat pengeluaran per kapita tinggi (kuintil 5) 23,4%.

Patogen yang paling sering menyebabkan ISPA adalah virus, namun demikian bakteri *Streptococcus pneumoniae* merupakan penyebab utama pneumonia di banyak negara. ISPA adalah penyakit saluran pernapasan atas atau bawah, biasanya menular dan dapat menimbulkan gejala penyakit infeksi mulai ringan sampai penyakit yang parah dan mematikan (WHO, 2007). ISPA dibagi menjadi 2 golongan, yaitu pneumonia dan bukan pneumonia. Untuk penyakit batuk pilek seperti rinitis, faringitis, tonsilitis dan penyakit jalan nafas bagian atas lainnya termasuk dalam golongan bukan pneumonia.

Untuk menurunkan angka kejadian ISPA di masyarakat, maka kondisi rumah harus memenuhi syarat kesehatan sehingga penghuninya tetap sehat. Rumah harus memiliki ventilasi dan kelembaban rumah yang cukup, pemasangan genteng kaca sehingga cahaya matahari dapat masuk ke dalam rumah yang akan mengurangi kelembaban dalam rumah (Depkes, 2000). Untuk menciptakan rumah sehat maka diperlukan perhatian terhadap beberapa aspek berpengaruh karena perumahan yang sehat harus memenuhi ketersediaan prasarana dan sarana terkait, seperti penyediaan air bersih, sanitasi pembuangan sampah, transportasi, dan tersedianya pelayanan sosial (Krieger and Higgins, 2002).

Selain pencemaran udara, kondisi rumah menunjukkan hubungan yang tinggi antara jumlah koloni bakteri dan kepadatan hunian per m². Dalam hal ini, sumber pencemar mempunyai potensi untuk menekan reaksi kekebalan bersamaan dengan terjadinya peningkatan bakteri patogen dan kepadatan penghuni pada setiap rumah.

Di negara berkembang seperti Indonesia, penyakit diare masih menjadi salah satu masalah kesehatan

masyarakat yang utama. Hal ini ditunjukkan dengan tingginya angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh penyakit diare, khususnya yang terjadi pada bayi dan anak balita. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan (SDKI) 1997 menunjukkan cakupan air bersih perkotaan sebesar 90,7% dan pedesaan 53,6%. Sedangkan menurut Profil Kesehatan Indonesia tahun 2000, rumah tangga yang mempunyai sarana air minum sendiri 51,6% yang terdiri dari wilayah perkotaan 64,8% dan pedesaan 43,25%.

Prevalensi diare pada Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa kejadian diare pada kelompok umur 1–4 tahun sebesar 16,7% sedikit lebih tinggi daripada kelompok di bawah 1 tahun 16,5%. Berdasarkan jenis kelamin, kejadian diare lebih tinggi pada perempuan (9,1%) dibandingkan laki-laki (8,9%). Menurut tipe daerah, wilayah pedesaan mempunyai prevalensi diare lebih tinggi 10% sedangkan wilayah perkotaan 7,4%. Menurut tingkat sosial ekonomi, prevalensi diare cenderung lebih tinggi pada tingkat pengeluaran per kapita rendah (kuintil 1) 10% dan semakin menurun pada tingkat pengeluaran per kapita tinggi (kuintil 5) 7,9%.

Kematian akibat diare umumnya disebabkan oleh buang air besar yang terus menerus, sehingga penderita kehilangan cairan dan elektrolit dalam tubuh dan menyebabkan terjadinya dehidrasi. Semakin pendek jarak antara buang air besar yang satu dengan yang berikutnya akan mempercepat terjadinya dehidrasi, karena cairan dan elektrolit yang dikeluarkan dari tubuh semakin banyak. Setiap episode diare rerata terjadi empat sampai lima kali buang air besar.

Penyakit diare selalu ada di masyarakat dengan prevalensi yang tinggi, oleh karena itu harus diupayakan mencegah penyakit ini agar tidak menjadi parah ketika menyerang penderita khususnya anak balita. Dengan ditekannya tingkat keparahan penyakit ini maka risiko terjadinya kematian akan semakin kecil, yang diharapkan dapat menurunkan angka kematian anak balita.

Berdasarkan berbagai hal di atas maka dapat dilihat bahwa peran lingkungan terutama rumah yang menjadi tempat tinggal menjadi faktor penting untuk mencegah timbulnya penyakit infeksi. Oleh karena itu, tujuan analisis ini adalah untuk mengetahui pola penyakit ISPA dan diare berdasarkan pola rumah sehat di Indonesia dalam kurun waktu 10 tahun terakhir.

METODE

Analisis ini menggunakan dua sumber data yang saling melengkapi, yaitu data Susenas tahun 2001, 2004, dan 2007 serta data Riskesdas tahun 2007 dan 2010. Riskesdas dan Susenas adalah sebuah survei yang dilakukan secara *cross sectional* atau potong lintang yang bersifat deskriptif. Analisis dilakukan per tahun kemudian digabungkan dalam satu grafik untuk melihat garis trend yang terjadi selama 10 tahun. Seluruh sampel individu dan rumah tangga dalam kedua data digunakan dalam analisis ini.

Analisis ini memiliki keterbatasan yaitu hanya dapat menganalisis beberapa variabel yang tersedia karena data yang digunakan dalam analisis adalah data sekunder. Variabel yang tersedia setiap tahun tidak sama sehingga beberapa variabel yang digunakan hanya yang dimiliki seluruh data. Demikian juga untuk kecukupan sampel pada masing-masing survei berbeda, maka representatif wilayah yang digunakan adalah representatif tertinggi. Berdasarkan hal tersebut analisis yang ditampilkan dalam skala provinsi atau nasional.

Data yang dapat dianalisis untuk membentuk nilai komposit rumah sehat terbatas pada variabel (indikator) yang ada di semua sumber data, dengan tujuan untuk menyamakan nilai-nilai yang akan dibandingkan. Dari 13 indikator rumah sehat, yang dapat digunakan hanya 8 indikator yaitu: 1) luas hunian per kapita, menggunakan variabel luas lantai dan jumlah ART dalam satu rumah tangga; 2) jenis atap; 3) jenis dinding; 4) jenis lantai; 5) sumber air minum, menggunakan variabel jenis sumber air, jarak sumber air dengan tempat penampungan tinja, kondisi air; 6) kepemilikan jamban sehat, menggunakan variabel jenis jamban, tempat pembuangan akhir, dan kepemilikan; 7) jenis penerangan rumah; 8) jenis bahan bakar masak.

Selain keterbatasan indikator pembentuk nilai rumah sehat, analisis ini juga mempunyai keterbatasan untuk mendefinisikan sakit ISPA dan diare. Definisi ISPA hanya diperoleh dari keterangan ART yang mengeluh panas, batuk, dan pilek dalam satu bulan terakhir. Demikian juga definisi diare hanya berdasarkan keluhan dari ART. Karena di dalam kuesioner hanya ada pertanyaan ISPA & Diare berdasar pengakuan ART saja, dan tidak didukung dengan beberapa bukti hasil pemeriksaan oleh petugas kesehatan tentang sakitnya tersebut.

Sedangkan kelemahan analisis ini adalah:

1. Variabel yang dikumpulkan untuk membentuk variabel rumah sehat, setiap tahunnya berbeda sehingga hanya dapat menggunakan variabel-variabel yang sama agar dapat dibandingkan.
2. Penggabungan data Riskesdas dan Susenas dapat mengurangi jumlah *record* analisis yang disebabkan adanya responden yang tidak dapat dikunjungi kembali.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Rumah Sehat

Rumah sehat adalah bangunan tempat berlindung dan beristirahat serta sebagai sarana pembinaan keluarga yang menumbuhkan kehidupan sehat secara fisik, mental dan sosial sehingga seluruh anggota keluarga dapat bekerja secara produktif.

Pada Tabel 1 terlihat pola persentase rumah sehat dalam kurun waktu 10 tahun (2001–2010). Pola tersebut tidak berbeda untuk masing-masing kelompok yaitu seluruhnya menunjukkan peningkatan, walaupun persentasenya masih cukup rendah. Penurunan yang terjadi pada tahun 2007 kemungkinan disebabkan adanya penurunan persentase penggunaan bahan bakar masak yang terlihat pada tabel 2.

Berdasarkan nilai persentase, rumah sehat lebih banyak di perkotaan dan pada kelompok status ekonomi tinggi (kuintil 4–5). Perbedaan ini cukup mencolok dan polanya sama untuk setiap tahun. Perbedaan mencolok ini menunjukkan adanya kesenjangan antara perkotaan dan pedesaan serta antar kelompok status ekonomi.

Jika dilihat komponen rumah sehat, sebagian besar menunjukkan peningkatan persentase pada

Tabel 1. Persentase Rumah Sehat Menurut Daerah dan Status Ekonomi Tahun 2001–2010

		Rumah Sehat			
		2001	2004	2007	2010
Daerah	Perkotaan	6,4	19,2	9,0	23,5
	Pedesaan	0,3	4,2	1,1	5,5
Status ekonomi	kuintil 1–2	0,1	3,1	0,4	5,9
	kuintil 3	1,0	9,1	2,1	13,0
	kuintil 4–5	8,4	22,9	11,2	27,0
Total		2,9	11,4	4,5	14,5

Tabel 2. Persentase Komponen Rumah Sehat

		2001	2004	2007	2010
Luas/ Kapita	> = 8 m	83,3	84,9	82,0	80,7
	< 8 m	16,7	15,1	18,0	19,3
Jenis Atap	genteng	65,3	72,1	62,6	60,7
	bukan genteng	34,7	27,9	37,4	39,3
Jenis Dinding	tembok	58,0	73,1	64,5	68,2
	bukan tembok	42,0	26,9	35,5	31,8
Jenis lantai	bukan tanah	83,3	85,4	87,1	88,0
	tanah	16,7	14,6	12,9	12,0
Kepemilikan Jamban sehat	Ya	31,9	39,2	39,0	49,5
	Tidak	68,1	60,8	61,0	50,5
Sumber air minum	baik	21,6	50,9	49,7	60,5
	tidak baik	78,4	49,1	50,3	39,5
Sumber penerangan	listrik	86,6	92,3	91,6	94,1
	non listrik	13,4	7,7	8,4	5,9
Bahan Bakar masak	baik	12,3	59,8	12,3	44,0
	tidak baik	87,7	40,2	87,7	56,0

kelompok yang baik. Peningkatan yang cukup mencolok pada penggunaan sumber air minum yang baik. Pada tahun 2001 baru mencapai 22% tetapi pada tahun 2010 telah mencapai sekitar 61%. Peningkatan juga terlihat pada bahan bakar masak yang menggunakan listrik atau gas dari 12% hingga mencapai 44%. Namun persentase tersebut terjadi penurunan mencolok pada tahun 2007 yang tidak dapat dijelaskan pada data ini.

Menurut perkiraan karena adanya masalah ekonomi terutama tentang kenaikan harga BBM dan sulitnya mendapatkan bahan bakar minyak tanah dan gas pada tahun 2007, kemungkinan masyarakat mencari alternatif dengan menggunakan bahan bakar untuk memasak dari kayu. Hal ini terlihat pada penggunaan bahan bakar masak pada tahun 2007 datanya menurun dibandingkan data tahun 2004 dan

2001. Setelah tahun 2009 sampai 2010 pemerintah sudah menggalakkan bahan bakar gas sebagai pengganti minyak tanah, maka data bahan bakar memasak sudah kembali membaik (lihat tabel 2).

Persentase penurunan juga terlihat pada indikator luas/kapita dan jenis atap. Penurunan tersebut berkisar 3–5%, hal ini mungkin terkait dengan kondisi status ekonomi.

Penyakit ISPA dan Diare

Pada tabel 3 menunjukkan persentase penyakit ISPA juga meningkat selama 10 tahun terakhir, walaupun pada tahun 2010 mengalami sedikit penurunan dari tahun 2004. Persentase terlihat sangat tinggi pada tahun 2007, hal ini mungkin disebabkan adanya perbedaan sumber data. Data ISPA tahun

Tabel 3. Persentase Penyakit ISPA berdasarkan Karakteristik Tahun 2001–2010

	ISPA			
	2001	2004	2007	2010
Daerah				
Perkotaan	4,1	6,6	16,4	6,1
Pedesaan	3,6	6,3	20,1	6,3
Jenis kelamin				
Laki	3,8	6,6	18,6	6,4
Perempuan	3,7	6,3	18,3	5,9
Umur				
0–4	11,9	18,4	30,2	16,2
5–12	4,6	8,8	22,7	7,9
13–18	2,0	4,0	16,4	4,0
19–24	1,9	3,5	14,7	3,6
25–45	2,6	4,3	15,2	4,5
46–55	2,8	5,2	16,8	5,3
56–65	3,4	5,8	18,7	5,6
66+	3,8	6,2	20,6	5,7
Status ekonomi				
kuintil 1–2	3,7	6,5	20,4	5,9
kuintil 3	3,8	6,6	18,9	6,5
kuintil 4–5	3,9	6,3	15,8	6,3
Rumah sehat				
ya	3,4	6,0	12,6	4,8
tidak	3,8	6,5	18,8	6,4
Total	3,8	6,5	18,5	6,2

Tabel 4. Persentase Penyakit Diare berdasarkan Karakteristik Tahun 2001–2010

	Diare			
	2001	2004	2007	2010
Daerah				
Perkotaan	1,1	1,7	3,3	1,5
Pedesaan	1,1	1,4	4,6	1,8
Jenis kelamin				
Laki	1,2	1,7	4,0	1,7
Perempuan	1,1	1,5	4,0	1,6
Umur				
0–4	3,3	4,3	5,6	4,8
5–12	0,7	1,3	4,1	1,3
13–18	0,6	0,9	3,9	0,9
19–24	0,7	0,9	3,5	1,0
25–45	1,0	1,3	3,7	1,3
46–55	1,1	1,5	3,9	1,6
56–65	1,3	2,0	4,1	1,7
66+	1,5	2,1	4,4	2,4
Status ekonomi				
kuintil 1–2	1,1	1,5	4,6	1,6
kuintil 3	1,1	1,5	4,1	1,8
kuintil 4–5	1,1	1,7	3,1	1,6
Rumah sehat				
ya	0,8	1,3	2,4	1,2
tidak	1,1	1,6	4,1	1,7
Total	1,1	1,6	4,0	1,7

2001, 2004, dan 2010 berasal dari Susenas, sedangkan data ISPA 2007 adalah data Riskesdas. Perbedaan pengumpul data (enumerator) pada kedua survei tersebut merupakan salah satu bias pada penelitian ini. Pengumpul data pada Riskesdas mempunyai latar belakang kesehatan sehingga lebih sensitif dalam mengumpulkan data-data terkait penyakit. Sedangkan pada Susenas pengumpul datanya bukan tenaga kesehatan.

Penyakit ISPA terlihat tidak berbeda pada kelompok daerah, jenis kelamin, dan status ekonomi. Namun hal tersebut berbeda untuk kelompok umur dan kondisi rumah sehat. Pada kelompok umur 0–4 tahun terlihat persentase sangat tinggi untuk mengalami ISPA dan disusul kelompok umur 5–12 tahun. Pola ini tidak berbeda untuk seluruh tahun.

Kejadian ISPA lebih banyak terjadi pada anggota rumah tangga yang tinggal di rumah tidak sehat dan

perbedaan persentase kejadian ISPA pada rumah sehat dan tidak sehat cukup besar terlihat pada tahun 2007 dan 2010. Informasi pada dua tahun ini menunjukkan bahwa anggota rumah tangga yang tinggal di rumah sehat lebih sedikit mengalami ISPA.

Kondisi yang hampir sama terlihat pada kejadian diare (tabel 4). Persentase kejadian diare paling tinggi di kelompok umur 0–4 tahun. Perbedaan mencolok lainnya pada kelompok rumah sehat pada tahun 2007 di mana anggota rumah tangga yang tinggal di rumah sehat lebih sedikit mengalami diare. Pada kelompok karakteristik lain tidak terlihat adanya perbedaan persentase.

Penyakit ISPA dan Rumah Sehat

Pada tabel 5 menunjukkan bahwa kejadian ISPA lebih banyak pada rumah tidak sehat untuk seluruh kelompok karakteristik. Pola yang terlihat baik pada rumah sehat dan rumah tidak sehat terjadi penurunan persentase ISPA di tahun 2010. Akan tetapi, penurunan

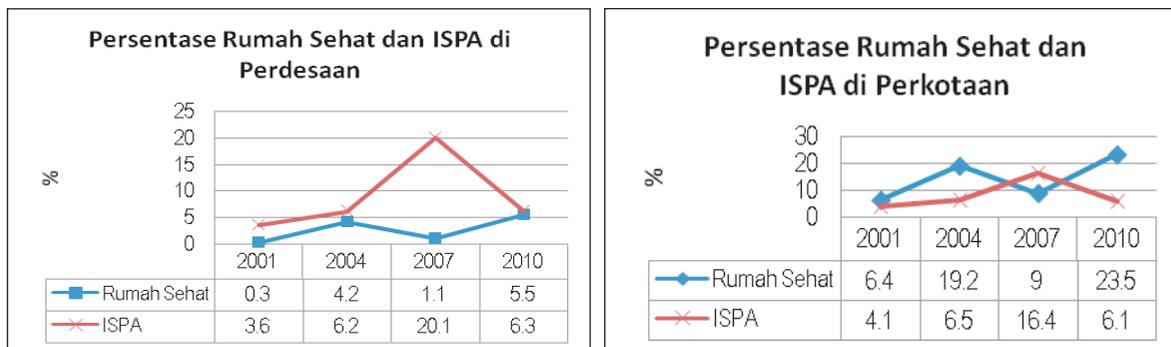
kejadian ISPA yang cukup bermakna terdapat pada kelompok rumah sehat. Kenaikan persentase ISPA pada tahun 2004 dan 2010 terlihat pada kelompok rumah tidak sehat untuk karakteristik umur dan status ekonomi tinggi. Hal ini menunjukkan pentingnya kondisi rumah sehat terhadap penurunan kejadian ISPA.

Gambar 1 dapat memperjelas bahwa dengan adanya rumah sehat dapat mengurangi kejadian penyakit ISPA. Di wilayah perkotaan dengan persentase rumah sehat yang cukup tinggi maka kejadian ISPA berkurang, tetapi pada tahun 2007 di mana terjadi penurunan persentase rumah sehat maka kejadian ISPA meningkat. Demikian juga di daerah pedesaan dengan persentase rumah sehat yang sangat rendah maka kejadian ISPA sangat tinggi.

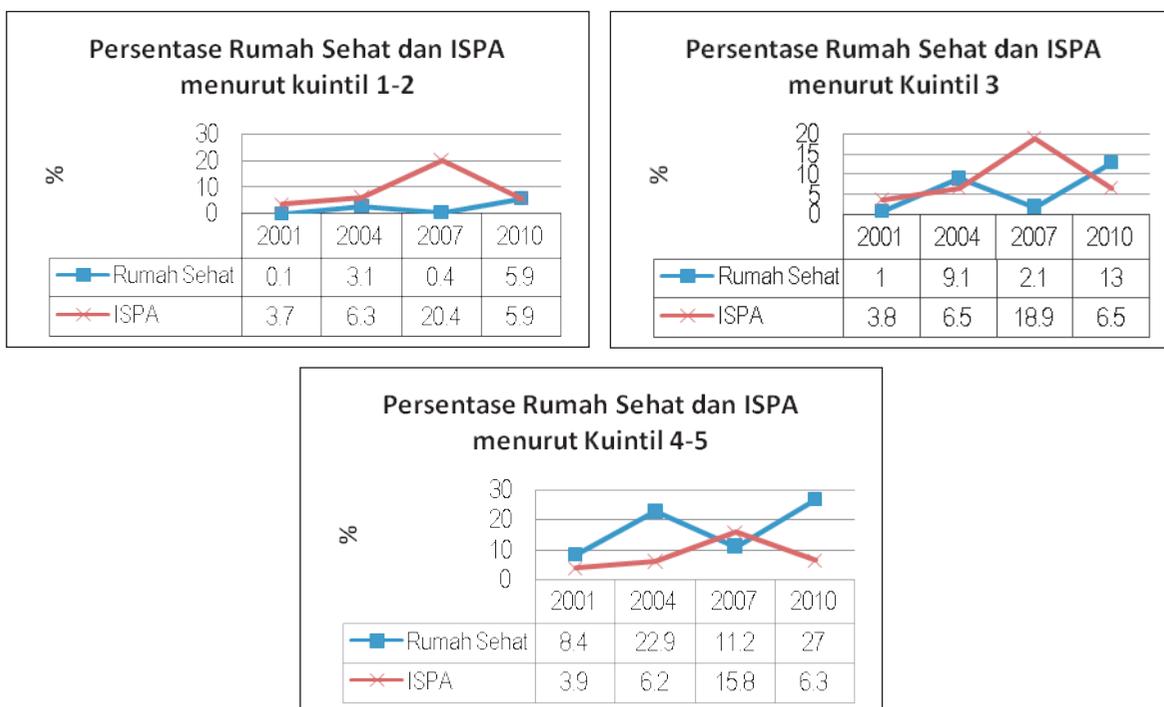
Gambar 2 juga memperlihatkan hal yang sama untuk status ekonomi. Pada status ekonomi tinggi, persentase rumah sehat lebih tinggi dibandingkan kelompok status ekonomi lainnya, sehingga kelompok

Tabel 5. Persentase Penyakit ISPA berdasarkan Rumah Sehat dan Karakteristik Tahun 2001–2010

		ISPA							
		Rumah Sehat				Rumah Tidak Sehat			
		2001	2004	2007	2010	2001	2004	2007	2010
Daerah									
	Perkotaan	3,4	6,0	12,2	4,8	4,1	6,7	16,8	6,4
	Pedesaan	3,0	6,1	14,9	5,0	3,6	6,4	20,1	6,4
Jenis kelamin									
	Laki	3,7	6,2	13,2	5,2	3,8	6,7	18,9	6,7
	Perempuan	3,1	5,8	12,1	4,5	3,8	6,4	18,6	6,1
Umur									
	0–4	12,7	18,8	21,9	14,3	11,9	18,4	30,5	16,5
	5–12	6,7	9,9	18,2	7,1	4,5	8,7	22,9	8,0
	13–18	2,3	4,4	14,3	3,3	2,0	4,0	16,5	4,1
	19–24	1,2	2,9	11,4	2,7	1,9	3,5	14,8	3,7
	25–45	1,9	3,5	9,2	3,3	2,6	4,5	15,5	4,7
	46–55	2,1	4,9	10,6	3,8	2,8	5,2	17,1	5,5
	56–65	1,0	4,1	11,4	3,8	3,4	6,1	19,0	5,9
	66+	3,1	5,8	9,9	3,1	3,8	6,3	21,0	6,0
Status ekonomi									
	kuintil 1–2	6,3	5,8	18,4	4,7	3,7	6,6	20,4	6,0
	kuintil 3	5,3	5,9	14,8	5,0	3,8	6,7	19,0	6,7
	kuintil 4–5	3,1	6,0	12,1	4,8	4,0	6,3	16,3	6,8
	Total	3,4	6,0	12,6	4,8	3,8	6,5	18,8	6,4



Gambar 1. Persentase Rumah Sehat dan ISPA menurut Daerah Tempat Tinggal.



Gambar 2. Persentase Rumah Sehat dan ISPA menurut Status Ekonomi

ini mempunyai persentase kejadian sakit ISPA lebih rendah. Jika melihat perbedaan persentase yang cukup jauh antara rumah sehat dan kejadian ISPA dimungkinkan adanya peran faktor lain yang tidak ditemukan dalam analisis ini. Kemungkinan yang dapat mendukung adalah kelompok status ekonomi atas lebih banyak tinggal di perkotaan, seperti pola yang terlihat pada gambar 1.

Penyakit Diare dan Rumah Sehat

Tabel 6 menunjukkan bahwa kejadian diare lebih banyak pada rumah tidak sehat untuk seluruh kelompok karakteristik. Walaupun secara umum pola yang terlihat terjadi peningkatan persentase diare di tahun 2010. Peningkatan kejadian diare yang cukup

besar pada kelompok rumah tidak sehat hingga mencapai 4 kali dibandingkan tahun 2004. Hal ini menunjukkan bahwa pada kejadian diare, ada faktor lain yang berperan selain kondisi rumah sehat.

Gambar 3 menunjukkan bahwa di perkotaan, peran rumah sehat sangat penting untuk menurunkan kejadian diare. Meningkatnya persentase rumah sehat diikuti dengan menurunnya persentase kejadian diare yang cukup besar. Pola yang sama terjadi di daerah pedesaan yaitu persentase rumah sehat yang tinggi diikuti menurunnya persentase kejadian diare, namun penurunan persentase rumah sehat diikuti oleh kenaikan persentase diare yang sangat tinggi. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa di daerah pedesaan, selain peran rumah sehat, ada faktor lain yang berperan dan tidak dapat dijelaskan dalam analisis.

Gambar 4 juga memperlihatkan hal yang sama untuk status ekonomi. Pada status ekonomi menengah ke atas mempunyai persentase rumah sehat lebih tinggi dibandingkan kelompok status ekonomi

rendah, maka pada kelompok ini pun mempunyai persentase kejadian sakit diare lebih rendah. Jika melihat perbedaan persentase yang cukup jauh antara rumah sehat dan kejadian diare pada status ekonomi menengah ke atas, dimungkinkan adanya peran faktor lain yang tidak ditemukan dalam analisis ini. Beberapa hal yang mungkin dapat menyebabkan terjadinya diare adalah: memakan makanan atau minuman mentah, mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan setelah memegang sesuatu yang kotor. Kemungkinan yang dapat mendukung adalah kelompok status ekonomi menengah ke atas lebih banyak tinggal di perkotaan, seperti pola yang terlihat pada gambar 3.

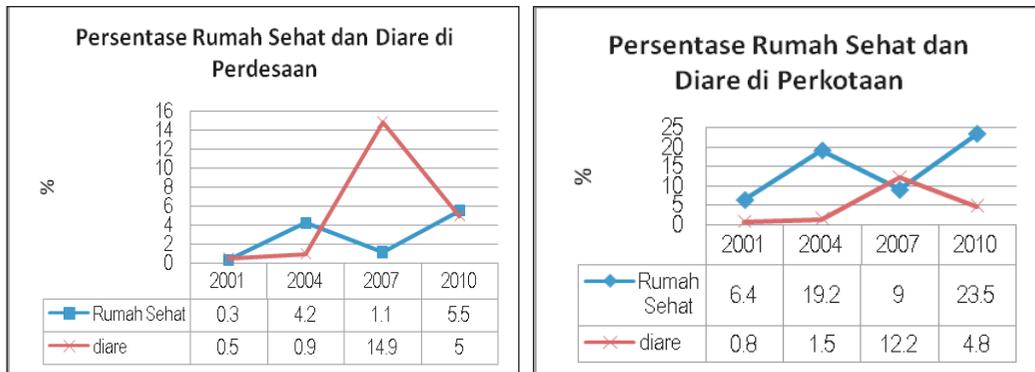
KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

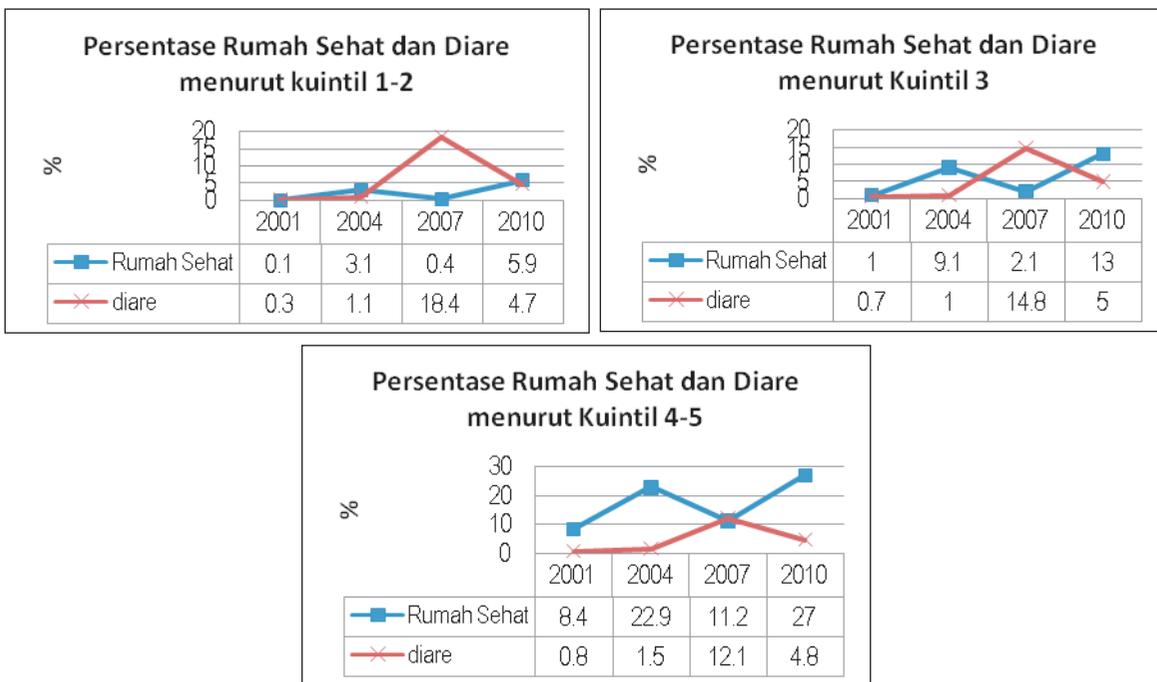
Dalam sepuluh tahun terakhir pola ISPA dan diare sama di mana kejadiannya selalu tinggi di saat keberadaan rumah sehat rendah dan angka

Tabel 6. Persentase Penyakit Diare berdasarkan Rumah Sehat dan Karakteristik Tahun 2001–2010

		Diare							
		Rumah Sehat				Rumah Tidak Sehat			
		2001	2004	2007	2010	2001	2004	2007	2010
Daerah	Perkotaan	0,8	1,5	12,2	4,8	1,1	1,8	16,8	6,4
	Pedesaan	0,5	0,9	14,9	5,0	1,1	1,5	20,1	6,4
Jenis kelamin	Laki	0,8	1,4	13,2	5,2	1,2	1,7	18,9	6,7
	Perempuan	0,8	1,3	12,1	4,5	1,1	1,5	18,6	6,1
Umur	0–4	1,5	3,0	21,9	14,3	3,3	4,4	30,5	16,5
	5–12	0,4	0,9	18,2	7,1	0,7	1,3	22,9	8,0
	13–18	0,4	0,9	14,3	3,3	0,6	0,9	16,5	4,1
	19–24	0,5	1,0	11,4	2,7	0,7	0,9	14,8	3,7
	25–45	0,8	1,2	9,2	3,3	1,0	1,3	15,5	4,7
	46–55	1,1	1,2	10,6	3,8	1,1	1,6	17,1	5,5
	56–65	1,4	1,9	11,4	3,8	1,3	2,0	19,0	5,9
	66+	2,2	2,3	9,9	3,1	1,5	2,1	21,0	6,0
Status ekonomi	kuintil 1–2	0,3	1,1	18,4	4,7	1,1	1,5	20,4	6,0
	kuintil 3	0,7	1,0	14,8	5,0	1,1	1,6	19,0	6,7
	kuintil 4–5	0,8	1,5	12,1	4,8	1,1	1,7	16,3	6,8
Total		0,8	1,3	12,6	4,8	1,1	1,6	18,8	6,4



Gambar 3. Persentase Rumah Sehat dan Diare menurut Daerah Tempat Tinggal.



Gambar 4. Persentase Rumah Sehat dan Diare menurut Status Ekonomi

kejadian penyakit turun pada saat keberadaan rumah sehat meningkat. Menggambarkan status ekonomi berkorelasi dalam peningkatan persentase rumah sehat dan penurunan angka ISPA dan Diare.

Saran

Disarankan agar pemerintah dapat menempatkan perbaikan fasilitas sanitasi sebagai prioritas dalam pembangunan dan membuat kebijakan komprehensif yang sifatnya lintas sektoral, karena perumahan yang sehat tidak lepas dari ketersediaan prasarana dan sarana terkait, seperti penyediaan air bersih, sanitasi

pembuangan sampah, transportasi, dan tersedianya pelayanan sosial. Peningkatan kesadaran penduduk tentang lingkungan dan berperilaku sehat akan dapat membentuk Rumah Tangga Sehat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada tim reviewer Analisis Lanjut Tahun 2012 yang telah memberikan masukan, bimbingan dan arahan kepada kami selama melaksanakan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Bahri, Alim M. 2006. Komitmen Bersama sebagai Upaya Pengentasan Masalah Kesehatan, Peringatan Hari Kesehatan Dunia 7 April 2006.
- Biro Pusat Statistik. 1998. Macro International, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997. Jakarta.
- Blum, Henrik L. 1974. Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory. Human Science Press, New York.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. Buku Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2007, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. Profil Kesehatan Indonesia 2000. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2000. Keputusan Menteri Kesehatan RI, No.829/MENKES/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan dan Pedoman Umum Penyehatan Lingkungan Pemukiman, yang diterbitkan oleh Depkes RI, Ditjen PPM&PL, Direktorat Penyehatan Lingkungan. Jakarta.
- Krieger J. & Higgins DL. 2002. Housing and Health: Time Again for Public Health Action, Seattle.
- WHO. 2007. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) yang Cenderung Menjadi Pandemi dan Pandemi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pedoman Interim WHO. Geneva.