



**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN PRAKTIK IBU RUMAH TANGGA
TENTANG PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT
DI DESA TUNGGULSARI KECAMATAN BRANGSONG
KABUPATEN KENDAL TAHUN 2010**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :
Novita Retno Hapsari
NIM 6450406559

PERPUSTAKAAN
UNNES

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2010

ABSTRAK

Novita Retno Hapsari. 2010. **Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Ibu Rumah Tangga Tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010**. Skripsi. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Pembimbing I: Drs. Bambang Wahyono, M.Kes., Pembimbing II: dr. Fitri Indrawati.

Kata Kunci: Faktor berhubungan dengan praktik PHBS

Berdasarkan data Puskesmas Brangsong, persentase rumah tangga berPHBS di Desa Tunggulsari yaitu 32,44%. Ini berarti belum mencapai SPM tahun 2010 yang sebesar 65%. Permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini adalah faktor apa sajakah yang berhubungan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor yang berhubungan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS.

Jenis penelitian ini adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu di Desa Tunggulsari sejumlah 1015 responden. Teknik pengambilan sampel dengan *Accidental Sampling* dan jumlah sampel sebesar 88 responden. Instrumen penelitian ini adalah kuesioner. Data primer diperoleh dengan cara wawancara. Data sekunder diperoleh dari puskesmas Brangsong, DKK Kendal dan Kantor Desa Tunggulsari. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat (menggunakan uji *Chi-Square* dengan $\alpha = 0,05$).

Hasil analisis uji statistik didapatkan $p = 0,292$ untuk pendidikan, $p = 0,409$ untuk umur, $p = 0,0001$ untuk pendapatan, $p = 0,696$ untuk status pekerjaan, $p = 0,916$ untuk jumlah anggota keluarga, $p = 0,544$ untuk penyuluhan kesehatan, $p = 0,254$ untuk jarak pelayanan kesehatan, $p = 0,021$ untuk dukungan kader, $p = 0,339$ untuk dukungan toma.

Kesimpulan penelitian ini adalah ada hubungan antara pendapatan, dan dukungan kader dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS. Saran yang dianjurkan bagi Kepala Desa Tunggulsari dan Puskesmas Brangsong agar lebih meningkatkan kegiatan penyuluhan tentang PHBS.

ABSTRACT

Novita Retno Hapsari, 2010, **Analysis Factor Which Related to With Housewife's Practices About PHBS in Tunggulsari Village Subdistrict of Brangsong Kendal Regency, 2010**, A Final Project, Public Health Science Department, Sportsmanship Science Faculty, Semarang State University, The First Advisor is Drs. Bambang Wahyono, M.Kes and The Second Advisor is dr. Fitri Indrawati.

Key Word : Factor related to with PHBS practice.

Based on the data Brangsong Public Health Center; percentage PHBS in Tunggulsari village, that is 32,44%. This mean not yet can achieve minimal service standart in 2010 years; that is 65%. Set of problems which to knowledge in this research is what only factor which related to with housewife's practice about PHBS. The objective this research is to know factor which related to with housewife's practice about PHBS.

The kind if this research is analytic survey with cross sectional approach. The population in this research are all housewife's in Tunggulsari Village; that is 1015 respondent, the technique interpretation of sample with accidental sampling and to get sample; that is 88 respondent. The instrument in this research is questioners. The primary data to get with interview. The secondary data to get from Brangsong Public Health Center, DKK Kendal and Region Government Tunggulsari Office . The data analysis was taken in univariat and bivariat (used to Chi Square test with $\alpha = 0,05$).

Based on result analysis of statistic test was obtain $p=0,292$ to education; $p=0,409$ the age; $p=0,000$ the income; $p=0,696$ to respondent occupation status; $p=0,916$ to total family component; $p=0,544$ to health promotion; $p=0,254$ to distance of health service; $p=0,021$ to cadre support; $p=0,339$ to public figure support.

The cloncuding this research is there are relation between total income and health cadre support with housewife' practice about PHBS. The suggestion with to recommendation for region government Tunggulsari and Brangsong Public Health Center in order to more increase the health promotion activity about PHBS.

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Novita Retno Hapsari dengan judul “**Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Ibu Rumah Tangga Tentang Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Desa Tungulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010**”

Pada hari :

Tanggal :

Panitia Ujian

Ketua Panitia

Sekretaris

Drs. H. Harry Pramono, M.Si

NIP 19591019 198503 1 001

dr. H. Mahalul Azam, M.Kes

NIP 19751119 200112 1 001

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji

Eram Tunggul P., SKM, M.Kes

NIP 19740928 200312 1 001

Anggota Penguji

Drs. Bambang Wahyono, M.Kes

(Pembimbing Utama)

NIP 19600610 198703 1 002

Penguji III

dr. Fitri Indrawati

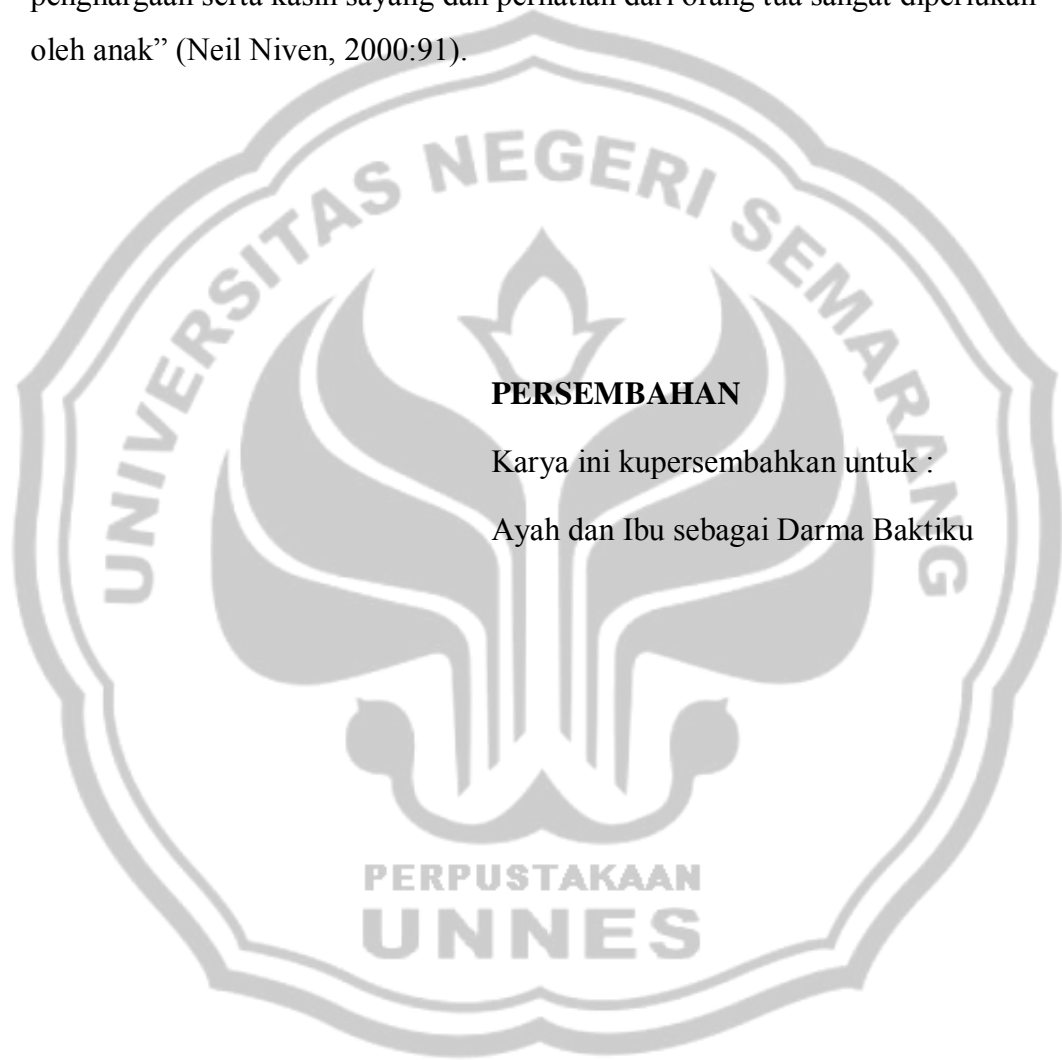
(Pembimbing Pendamping)

NIP 19830711 200801 2 008

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Sikap dan perilaku orang tua akan dicontoh oleh anak, dukungan atau penghargaan serta kasih sayang dan perhatian dari orang tua sangat diperlukan oleh anak” (Neil Niven, 2000:91).



PERSEMBAHAN

Karya ini kupersembahkan untuk :

Ayah dan Ibu sebagai Darma Baktiku

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas anugrah Tuhan YME yang telah memberikan sebuah karunia yang besar sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Ibu Rumah Tangga Tentang Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010”** dengan lancar. Skripsi ini diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Universitas Negeri Semarang.

Karya ini tidak akan pernah terselesaikan tanpa bantuan dari semua pihak. Maka ijinilah penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Drs. Harry Pramono, M.Si atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, dr. Mahalul Azam, M.Kes.
3. Pembimbing I, Drs. Bambang Wahyono, M.Kes, atas bimbingan dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
4. Pembimbing II, dr. Fitri Indrawati, atas bimbingan dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
5. Kepala Sub Bidang Ormas Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Kendal, Endro Kunarno atas ijin penelitian.
6. Kepala Bidang Penelitian, Pengembangan dan Statistik BAPPEDA Kabupaten Kendal, Ir. Budi Parasusetyo, M.Si atas ijin penelitian.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal, dr. Riskiyana S. Putra, M.Kes atas ijin pengambilan data dan ijin penelitian.
8. Kepala Seksi Kesos Kecamatan Brangsong, Hasyim Tri Joko, SE, M.Si atas ijin penelitian.
9. Kepala Puskesmas Brangsong 01, dr. Hj. Sri Rochayati, atas ijin pengambilan data dan ijin penelitian.
10. Kepala Desa Tunggulsari, Bapak Nur Cholis, atas ijin penelitian.

11. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas ilmunya selama kuliah.
12. Ibu – ibu yang sudah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
13. Ayah dan ibuku, terima kasih atas kasih sayang, pengorbanan dan semangat yang kalian berikan selama ini.
14. Teman – teman Kos Anggun, terima kasih atas semangat, dukungan dan bantuan kalian.
15. Teman – teman IKM angkatan 2006, terima kasih atas semangat dan dukungan kalian.

Sebuah pepatah mengatakan “tiada gading yang tak retak” yang mempunyai makna “segala sesuatu tidak ada yang sempurna”. Penulis menyadari bahwa karya ini jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu, penulis mengharap sumbangan saran dan kritikan untuk perbaikan skripsi ini, dan dapat dikembangkan untuk penelitian selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat menambah wawasan bagi pembaca.

Semarang, Juli 2010

Penulis

PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PENGESAHAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan Penelitian	6
1.4. Manfaat Penelitian	8
1.5. Keaslian Penelitian	8
1.6. Ruang Lingkup	12
1.6.1. Ruang Lingkup Tempat	12
1.6.2. Ruang Lingkup Waktu	12
1.6.3. Ruang Lingkup Materi	13
BAB II LANDASAN TEORI	14
2.1. Konsep Sehat	14
2.2. Perilaku (Praktik)	15
2.3. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)	32
2.4. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Tatanan Rumah Tangga	34
2.5. Kerangka Teori	41
BAB III METODE PENELITIAN	42
3.1. Kerangka Konsep	42

3.2. Hipotesis Penelitian	43
3.3. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	44
3.4. Variabel Penelitian.....	45
3.5. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	45
3.6. Populasi dan Sampel Penelitian.....	51
3.7. Sumber Data Penelitian.....	54
3.8. Instrumen Penelitian	55
3.9. Teknik Pengambilan Data.....	58
3.10. Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	59
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	63
4.1. Analisis Univariat	63
4.2. Analisis Bivariat	69
BAB V PEMBAHASAN	78
5.1. Pembahasan.....	78
5.2. Hambatan dan Kelemahan Penelitian.....	97
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	99
6.1. Simpulan	99
6.2. Saran	100
DAFTAR PUSTAKA.....	103
LAMPIRAN	108

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Matriks Keaslian Penelitian.....	9
1.2 Matriks Perbedaan Penelitian Ini Dengan Terdahulu	11
3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	46
4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	63
4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur	64
4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Pendapatan	64
4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Status Pekerjaan.....	65
4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga.....	65
4.6 Distribusi Kegiatan Penyuluhan Kesehatan	66
4.7 Distribusi Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan.....	67
4.8 Distribusi Dukungan Kader Kesehatan Terhadap Praktik PHBS	67
4.9 Distribusi Dukungan Tokoh Masyarakat Terhadap Praktik PHBS	68
4.10 Distribusi Praktik PHBS.....	68
4.11 Tabulasi Silang Antara Tingkat Pendidikan Dengan Praktik PHBS	69
4.12 Tabulasi Silang Antara Umur Dengan Praktik PHBS.....	70
4.13 Tabulasi Silang Antara Jumlah Pendapatan Dengan Praktik PHBS.....	71
4.14 Tabulasi Silang Antara Status Pekerjaan Dengan Praktik PHBS	72
4.15 Tabulasi Silang Antara Jumlah Anggota Keluarga Dengan Praktik PHBS.....	73
4.16 Tabulasi Silang Antara Penyuluhan Kesehatan Dengan Praktik PHBS ..	74
4.17 Tabulasi Silang Antara Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan Dengan Praktik PHBS	75
4.18 Tabulasi Silang Antara Dukungan Kader Kesehatan Dengan Praktik PHBS.....	76
4.19 Tabulasi Silang Antara Dukungan Tokoh Masyarakat Dengan Praktik PHBS.....	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	41
3.1 Kerangka Konsep.....	42



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Surat Keputusan Pembimbing Skripsi	108
2. Surat Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data	109
3. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari FIK UNNES Kepada KESBANGPOLINMAS Kabupaten Kendal.....	110
4. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari FIK UNNES Kepada BAPPEDA Kabupaten Kendal	111
5. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari FIK UNNES Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal.....	112
6. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari FIK UNNES Kepada Kecamatan Brangsong.....	113
7. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari FIK UNNES Kepada Puskesmas Brangsong 01	114
8. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari FIK UNNES Kepada Desa Tunggulsari	115
9. Surat Ijin Penelitian dari KESBANGPOLINMAS Kepada BAPPEDA Kabupaten Kendal	116
10. Surat Ijin Penelitian dari BAPPEDA Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal dan Kecamatan Brangsong	117
11. Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal Kepada Kepala Puskesmas Brangsong 01.....	119
12. Surat Ijin Penelitian dari Kecamatan Brangsong Kepada Kelurahan Tunggulsari.....	120
13. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari Puskesmas Brangsong 01	121
14. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari Kelurahan Tunggulsari.....	122

15. Kuesioner sebelum Penelitian.....	123
16. Kuesioner setelah Penelitian.....	132
17. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	141
18. Analisis Univariat	147
19. Analisis Bivariat.....	149
20. Data Statistik Desa Tunggulsari	159
21. UMR Kabupaten Kendal Tahun 2010.....	161
22. Data PHBS Kabupaten Kendal.....	163
23. Surat Keputusan Pengangkatan Penguji Skripsi.....	167
24. Dokumentasi	168



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan sekaligus merupakan investasi sumber daya manusia, serta memiliki kontribusi yang besar untuk meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM adalah indeks yang mengukur pencapaian keseluruhan negara. Pencapaian ini meliputi 3 indikator yaitu tingkat pendidikan, derajat kesehatan dan kemampuan ekonomi masyarakat. Pemeliharaan kesehatan masyarakat akan memacu produktifitas kinerja masyarakat sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Oleh karena itu menjadi suatu keharusan bagi semua pihak untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan demi kesejahteraan seluruh masyarakat Indonesia (Dinkes, 2006 : 1).

Departemen Kesehatan telah merencanakan Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan yang dilandasi paradigma sehat untuk mewujudkan hal tersebut. Paradigma sehat adalah cara pandang, pola pikir atau model pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, melihat masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor dan upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan. Secara makro paradigma sehat berarti semua sektor memberikan kontribusi positif bagi pengembangan perilaku dan lingkungan sehat, secara mikro berarti pembangunan

kesehatan lebih menekankan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif (Depkes RI, 2009: 1). Pencapaian kemajuan pembangunan dibidang kesehatan dapat dinilai dengan pencapaian target pembangunan kesehatan, salah satu target pembangunan dibidang kesehatan adalah tercapainya 65% rumah tangga yang berperilaku hidup bersih dan sehat.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku melalui pendekatan pimpinan, bina suasana dan pemberdayaan agar masyarakat mengenali dan mengatasi masalah sendiri dalam tatanan rumah tangga, institusi pendidikan dan tempat ibadah, agar dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Dinkes, 2006:3).

Pemberdayaan masyarakat di dalam meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dapat dimulai dari keluarga (rumah tangga), karena keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat mempunyai nilai strategis dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat mencegah dan memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya sendiri. Dukungan dari anggota keluarga akan mengalami perubahan atau menjadi kacau bila salah seorang anggota keluarga sakit. Di dalam keluarga, terutama di daerah pedesaan, peran seorang ibu rumah tangga sangat besar dibandingkan dengan bapak atau

anak. Kebiasaan seorang ibu rumah tangga dapat dengan mudah dijadikan contoh bagi anggota keluarga yang lain. Seorang ibu yang biasa berperilaku sehat maka keluarganya pun akan berbuat serupa demikian pula sebaliknya. Anggota keluarga yang berperilaku hidup bersih dan sehat akan membentuk gaya hidup sehat, lingkungan sehat dan keluarga yang sehat, yang pada akhirnya akan tercipta masyarakat yang sehat pula (Hari Iskriyati, 2002 : 5).

Upaya peningkatan perilaku sehat di rumah tangga belum menunjukkan hasil optimal, hal ini antara lain dapat dilihat dari data hasil Survey Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2004 menunjukkan bahwa Indonesia sebesar 35% masyarakat merokok dalam rumah ketika bersama anggota keluarga yang lain. Perokok laki-laki lebih tinggi dari perempuan (63% dibanding 45%). Sebanyak 82% penduduk usia 15 tahun keatas kurang melakukan aktivitas fisik, dengan kategori (75%) kurang bergerak dan (9%) tidak terbiasa melakukan aktivitas fisik. Berdasarkan hasil pendataan untuk PHBS tatanan rumah tangga provinsi Jawa Tengah 73% keluarga belum menjadi peserta dana sehat dan sebesar 68% keluarga belum bebas asap rokok (Dinkes, 2006: 2).

Sebagian besar masalah kesehatan, dalam hal penyakit yang timbul pada manusia, disebabkan oleh perilaku yang tidak sehat. Penyakit menular seperti TBC, ISPA dan diare lebih sering terjadi pada perilaku masyarakat kurang menjaga kebersihan diri dan lingkungan, sehingga menjadi tempat perkembangbiakan dan sumber penularan penyakit (Kusumawati, 2004).

Perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat Kendal masih perlu ditingkatkan. Data rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat di Kabupaten

Kendal pada tahun 2008 dan 2009 baru mencapai 2,30% pada strata paripurna. Jika dibandingkan pada tahun 2007, yang mencapai 10,32% maka tahun 2009 terjadi penurunan. Upaya yang dapat dilakukan dalam rangka peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat adalah dengan peningkatan promosi perilaku hidup bersih dan sehat pada masyarakat (Dinkes, 2009).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal di tahun 2009, Kabupaten Kendal dikategorikan sehat utama (57,30%). Hasil pencapaian rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat di Kabupaten Kendal ini masih dibawah target Standar Pelayanan Minimal 2010 yang sebesar 65%. Kecamatan Brangsong menduduki urutan ketiga terendah setelah Singorojo dan Rowosari pada hasil pencapaian rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat yaitu sebesar 30%. Kecamatan Brangsong merupakan salah satu daerah yang rawan kekeringan daripada kecamatan Singorojo dan Rowosari, karena kondisi sumber air dari dalam tanah terlalu dalam dan warna airnya keruh sehingga membuat penduduk enggan untuk membuat sumur (Profil Kab.Kendal, 2009).

Di Desa Tunggulsari terdapat aliran sungai kecil yang digunakan oleh penduduk Desa Tunggulsari untuk kegiatan mencuci, mandi, dan tempat BAB. Salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang untuk melakukan praktik PHBS adalah kondisi lingkungan. Alasan itulah yang mendasari peneliti untuk melakukan penelitian di kecamatan Brangsong.

Data dari puskesmas Brangsong 01, Desa Tunggulsari dikategorikan sehat madya karena persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat yang dicapai sebesar 32,44%. Desa Tunggulsari merupakan desa yang memiliki

cakupan PHBS terendah dibandingkan dengan desa yang lain di kecamatan Brangsong.

Berdasarkan dari uraian di atas maka akan diadakan penelitian dengan judul “Analisis faktor yang berhubungan dengan praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010”.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Apakah ada hubungan antara tingkat pendidikan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal?
2. Apakah ada hubungan antara umur terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal?
3. Apakah ada hubungan antara jumlah pendapatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal?
4. Apakah ada hubungan antara status pekerjaan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal?

5. Apakah ada hubungan antara jumlah anggota keluarga terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal?
6. Apakah ada hubungan antara penyuluhan kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal?
7. Apakah ada hubungan antara jarak tempat pelayanan kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal?
8. Apakah ada hubungan antara dukungan kader kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal?
9. Apakah ada hubungan antara dukungan tokoh masyarakat terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal?

1.3. Tujuan

Tujuan dalam penelitian ini adalah :

1. Mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.

2. Mengetahui hubungan antara umur terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
3. Mengetahui hubungan antara jumlah pendapatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
4. Mengetahui hubungan antara status pekerjaan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
5. Mengetahui hubungan antara jumlah anggota keluarga terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
6. Mengetahui hubungan antara penyuluhan kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
7. Mengetahui hubungan antara jarak tempat pelayanan kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
8. Mengetahui hubungan antara dukungan kader kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.

9. Mengetahui hubungan antara dukungan tokoh masyarakat terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tungulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Puskesmas

Sebagai bahan masukan dalam penentuan intervensi dari permasalahan kesehatan yang terjadi yang berhubungan dengan PHBS.

1.4.2. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dalam melaksanakan penelitian khususnya tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tungulsari Kabupaten Kendal.

1.4.3. Bagi Peneliti lain

Sebagai referensi dalam penelitian selanjutnya untuk meneliti intervensi yang cocok untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

1.5. Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian digunakan untuk mengetahui perbedaan-perbedaan dengan penelitian sebelumnya. Keaslian penelitian ini merupakan matriks yang memuat tentang judul penelitian, nama peneliti, waktu dan tempat penelitian, rancangan penelitian, variabel penelitian dan hasil penelitian (Tabel 1.1).

Tabel 1.1. Matriks Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Waktu dan Tempat	Ranca-ngan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Peneltian
1	Hubungan karakteristik, pengetahuan dan sikap ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan praktik kesehatan dan kesehatan lingkungan di Kelurahan Rejowinangun Kecamatan Kota Gede Kota Yogyakarta	Hari Iskriyanti	Agustus 2002 Kota Gede Yogyakarta	Eksplanatory survey dengan pendekatan Cross sectional	Variabel bebas : 1.Umur ibu rumah tangga. 2.Pekerjaan ibu rumah tangga. 3.Pendidikan ibu rumah tangga. 4.Jumlah anggota keluarga 5.Persepsi ibu rumah tangga tentang PHBS 6.pengertian ibu rumah tangga tentang PHBS. 7.Sikap hidup ibu rumah tangga.	Umur, Pekerjaan, Pendidikan,Jumlah anggota keluarga, Persepsi ibu, pengetahuan, dan sikap mampu-nyai hubungan bermakna dengan kesehatan lingkungan tetapi tidak mampu-nyai hubungan dengan praktik kesehatan keluarga.

2002					terikat :	
					1.Praktik	
					kesehatan	
					keluarga	
					2.Praktik	
					kesehatan	
					lingkungan.	
2	Hubungan Antara Tingkat Pengeta- huan, Sikap Dengan Praktik Ibu Balita Tentang Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Di Desa Penawa- ngan Kecamatan Penawa- ngan Kabupaten Grobogan Tahun 2001	Agung Dwi Sujat- moko Kecamatan Penawangan Kabupaten Grobogan	Tahun 2001 Desa Penawangan Kecamatan Penawangan Kabupaten Grobogan	Eksplanatory survey dengan pende- katan Cross sectional	Variabel Bebas: 1.Pengeta- huan ibu balita 2.Sikap ibu balita Variabel Terikat: Praktik ibu balita tentang PHBS	1.Ada Hubungan antara pengeta- huan dengan praktik ibu balita tentang PHBS 2.Ada Hubungan antara sikap dengan praktik ibu balita tentang PHBS

Tabel 1.2. Matriks Perbedaan Penelitian Ini Dengan Penelitian Terdahulu

Pembeda	Hari Iskriyanti	Agung Dwi Sujatmoko	Novita Retno Hapsari
(1)	(2)	(3)	(4)
Judul Penelitian	Hubungan karakteristik, pengetahuan dan sikap ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan praktik kesehatan dan kesehatan lingkungan di Kelurahan Rejowinangun Kecamatan Kota Gede Kota Yogyakarta Agustus tahun 2002	Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan, Sikap Dengan Praktik Ibu Balita Tentang Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Di Desa Penawangan Kecamatan Penawangan Kabupaten Grobogan Tahun 2001	Faktor - faktor yang berhubungan dengan praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010.
Tahun dan Tempat	Agustus 2002 Kota Gede Yogyakarta	Tahun 2001 Desa Penawangan Kecamatan Penawangan Kabupaten Grobogan	2010, Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal
Variabel Penelitian	Variabel bebas : 1.Umur ibu rumah tangga 2.Pekerjaan ibu rumah tangga. 3.Pendidikan ibu rumah tangga 4.Jumlah anggota keluarga 5.Persepsi ibu rumah	Variabel Bebas: 1.Pengetahuan ibu balita 2.Sikap ibu balita Variabel Terikat: Praktik ibu balita tentang PHBS	Variabel bebas: 1. Tingkat Pendidikan 2.Umur 3. Jumlah Pendapatan 4. Status Pekerjaan 5.Jumlah Anggota Keluarga 6. Penyuluhan kesehatan 7.Jarak Tempat

tangga tentang PHBS	Pelayanan Kesehatan
6. pengetahuan ibu rumah tangga tentang PHBS.	8. Dukungan Kader Kesehatan
7. Sikap hidup ibu rumah tangga.	9. Dukungan Tokoh Masyarakat
Variabel terikat :	Variabel terikat :
1. Praktik kesehatan keluarga.	Praktik Ibu Rumah Tangga Tentang PHBS
2. Praktik kesehatan lingkungan	

1.6. Ruang Lingkup

1.6.1. Ruang Lingkup Tempat

Lingkup penelitian ini mencakup Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.

1.6.2. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan mulai dari bulan Maret sampai dengan Juli 2010.

1.6.3. Ruang Lingkup Materi

Materi yang dikaji dalam penelitian ini adalah tentang faktor yang berhubungan dengan praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1. Konsep Sehat

Sehat menurut WHO adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat saja. Sedangkan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 tahun 1992 dalam Soekidjo Notoatmodjo (2003:3) adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Sehat adalah Hak Asasi Manusia, artinya “Sehat” merupakan sesuatu yang sangat essensial dalam diri manusia, yang perlu dipertahankan dan dipelihara. Sehat merupakan suatu investasi untuk kehidupan yang produktif. Sehat bukannya sesuatu yang konsumtif, tetapi merupakan prasyarat agar hidup seseorang menjadi berarti, sejahtera dan bahagia. Sehat merupakan salah satu dari tiga faktor utama yang sangat menentukan kualitas Sumber Daya Manusia, disamping pendidikan dan pendapatan (ekonomi). Kualitas SDM diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (HDI). Indonesia menempati urutan ke-109 di dunia dalam pencapaian Indeks Pembangunan Manusia. Sehat juga merupakan karunia Tuhan yang perlu disyukuri. Mensyukuri karunia adalah dengan perkataan, perasaan dan perbuatan. Bersyukur dengan perbuatan adalah dengan memelihara dan berupaya untuk meningkatkan kesehatannya (Depkes, 2002: 3).

Dalam kenyataan di masyarakat, banyak sekali pengertian tentang sehat dan kesehatan diartikan sangat sederhana sekali sehingga petugas kesehatan harus mengetahui apa sebenarnya konsep sehat yang ada di masyarakat tersebut. Ini penting diketahui dalam rangka mendekati masyarakat dalam program atau intervensi yang akan dilakukan. Pentingnya kesehatan bagi manusia dalam rangka menunjang kehidupan sehari-hari sudah tidak dapat dipungkiri lagi. Namun kadangkala manusia kurang memperhatikan bahkan tidak merasakan akan pentingnya kesehatan itu. Mereka baru mulai merasakan akan pentingnya kesehatan bila mereka telah jatuh sakit dan terbaring tidak berdaya di rumah sakit (Syahrizal 2002: 10).

2.2. Perilaku (Praktik atau Tindakan)

Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri. Perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik yang diamati secara langsung atau tidak langsung (Notoatmodjo, 2003: 118).

Lewit (dalam Heri Maulana, 2007 :185), perilaku merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan.

L.B. Mantra (dalam Syafrizal, 2002: 13), bahwa perilaku merupakan respon individu terhadap stimulasi baik yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya.

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan / *overt behavior* (Notoatmodjo, 2003:130). Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan (Notoatmodjo, 2003:133).

2.2.1. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Berdasarkan Soekidjo Notoatmodjo (2003:121), bahwa proses pembentukan dan perubahan perilaku masyarakat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam individu dan dari luar individu yaitu :

- 1) Faktor dari dalam individu, berupa karakteristik orang yang bersangkutan, yang sifat bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
- 2) Faktor dari luar individu, berupa lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Perilaku manusia sebagian besar ialah perilaku yang dibentuk dan dapat dipelajari, berkaitan dengan itu Bimo Walgito (2003:16) menerangkan cara terbentuknya perilaku seseorang sebagai berikut :

- 1) Kebiasaan, terbentuknya perilaku karena kebiasaan yang dilakukan. Misal menggosok gigi sebelum tidur, bangun pagi dan sarapan pagi.
- 2) Pengertian (*insight*), terbentuknya perilaku ditempuh dengan pengertian, misalnya bila naik sepeda motor harus memakai helm, karena helm tersebut untuk keamanan diri.
- 3) Penggunaan model, pembentukan perilaku melalui contoh atau model. Model yang dimaksud adalah pemimpin, orang tua dan tokoh panutan lainnya.

Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku, karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan kesehatan (Soekidjo Notoatmodjo, 1997:134). Berdasarkan teori dari Lawrence Green (1980) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2003:13) perilaku dipengaruhi 3 faktor yaitu :

- 1) Faktor Pemudah (*Predisposing factor*)

Faktor-faktor ini mencakup : pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, pendapatan, mata pencaharian / pekerjaan, umur, jumlah anggota keluarga. Faktor-faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku, maka sering disebut faktor pemudah.

- 2) Faktor Pemungkin (*Enabling factors*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan, misalnya : air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi. Termasuk juga fasilitas pelayanan

kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktik swasta serta keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan (jarak). Untuk berperilaku sehat, masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung atau faktor pemungkin.

3) Faktor Penguat (*Reinforcing factors*)

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku serta dukungan tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku serta dukungan kader dan para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga di sini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang berkaitan dengan kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif, dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas (lebih-lebih para petugas kesehatan), keluarga, teman sebaya dan guru. Disamping itu undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut.

Perilaku dapat dibentuk, dimana pengetahuan selalu menjadi andalan untuk membentuk perilaku seseorang, padahal perlu juga diperhatikan faktor-faktor lain yang membuat stabil perilaku seseorang (Bart Smet, 1994:32). Menurut Ajazen (1988) untuk membuat seseorang berperilaku seperti yang dianjurkan harus ada keyakinan mengenai tersedia-tidaknya kesempatan dan sumber daya yang diperlukan (Saifuddin Aswar, 2010:13).

2.2.1.1. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan berhubungan dengan kemampuan menerima informasi kesehatan dari media massa dan petugas kesehatan. Banyak kasus kesakitan dan kematian masyarakat diakibatkan rendahnya tingkat pendidikan penduduk. Suatu laporan dari negara bagian Kerala di India Utara menyatakan bahwa status kesehatan disana sangat baik, jauh diatas rata-rata status kesehatan nasional. Setelah ditelusuri ternyata tingkat pendidikan kaum wanitanya sangat tinggi diatas kaum pria (Widoyono,2008 : 5).

Tingkat pendidikan dapat berkaitan dengan kemampuan menyerap dan menerima informasi kesehatan serta kemampuan dalam berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi pada umumnya mempunyai wawasan luas sehingga lebih mudah menyerap dan menerima informasi, serta dapat ikut berperan serta aktif dalam mengatasi masalah kesehatan dirinya dan keluarganya (Dinkes Jawa Tengah, 2007).

Jenjang pendidikan memegang dukungan penting dalam kesehatan masyarakat. Pendidikan masyarakat yang rendah menjadikan mereka sulit diberi tahu mengenai pentingnya hygiene perorangan dan sanitasi lingkungan untuk mencegah terjangkitnya penyakit menular. Dengan sulitnya mereka menerima penyuluhan kesehatan, menyebabkan mereka tidak peduli terhadap upaya pencegahan penyakit menular (Sander, 2005).

Masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi berorientasi pada tindakan preventif, mengetahui lebih banyak tentang masalah kesehatan dan

memiliki status kesehatan yang lebih baik. Pada perempuan, semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin rendah angka kematian bayi dan kematian ibu. Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap menuju perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat memperoleh dan mencerna informasi untuk kemudian menentukan pilihan dalam pelayanan kesehatan dan menerapkan hidup sehat. Tingkat pendidikan, khususnya tingkat pendidikan wanita mempengaruhi derajat kesehatan (Widyastuti, 2005).

Pendidikan dapat meningkatkan kematangan intelektual seseorang. Kematangan intelektual ini berpengaruh pada wawasan, cara berfikir, baik dalam cara pengambilan keputusan maupun dalam pembuatan kebijakan. Semakin tinggi pendidikan formal, akan semakin baik pengetahuan tentang kesehatan (Hastono, 1997).

Dalam kehidupan suatu bangsa, pendidikan mempunyai peranan penting untuk menjamin perkembangan dan kelangsungan kehidupan bangsa yang bersangkutan Menurut pasal 14 UU RI Nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional menyebutkan bahwa jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Pada pasal 17 UU RI Nomor 20 tahun 2003, menyebutkan bahwa pendidikan dasar merupakan jenjang / tingkatan pendidikan yang melandasi jenjang pendidikan menengah. Pendidikan dasar berbentuk sekolah dasar (SD) dan MI atau bentuk lain yang sederajat serta sekolah menengah pertama (SMP) dan MTs atau bentuk lain yang sederajat. Sedangkan pendidikan menengah merupakan lanjutan pendidikan dasar.

Pendidikan menengah terdiri atas pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah kejuruan. Pendidikan menengah berbentuk sekolah menengah atas (SMA), madrasah aliyah (MA), sekolah menengah kejuruan (SMK), dan madrasah aliyah kejuruan (MAK). Pendidikan tinggi merupakan jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doctor yang diselenggarakan oleh pendidikan tinggi (Dikbud, 2003: 6 – 7).

2.2.1.2. Umur

Secara umum perkembangan manusia dibagi menjadi beberapa periode, yaitu :

1. Periode dalam kandungan (prenatal).
2. Periode bayi ,antara umur 0 sampai 12 bulan.
3. Periode kanak-kanak awal, antara 13 bulan sampai dengan usia 6 tahun
4. Periode kanak-kanak akhir, untuk wanita antara umur 6 sampai 12 tahun dan untuk laki-laki antara umur 6 sampai 13 tahun.
5. Periode pubertas, untuk wanita antara umur 12 sampai 14 tahun dan untuk laki-laki antara umur 13 sampai 15 tahun.
6. Periode remaja, dibagi 2 yaitu periode remaja awal (antara umur 13 – 17 tahun) dan periode remaja akhir (antara umur 17 – 18 tahun).
7. Periode Dewasa Awal

Secara umum berkisar antara usia 18 – 39 tahun, pada periode ini merupakan umur – umur pematangan diri terhadap pola hidup baru (berkeluarga). Pada masa ini, seseorang harus memikirkan hal – hal penting

dalam hidupnya, tidak seperti pada masa remaja. Seseorang sudah mulai serius belajar demi karir di masa yang akan datang.

8. Periode Dewasa Madya

Periode ini dihitung sejak usia 40 sampai 60 tahun. Kehidupan seseorang pada periode ini umumnya sudah mapan, berkeluarga dan memiliki beberapa anak. Berbagai penyakit fisik mulai bermunculan karena kerja keras selama ini atau terlalu stres dalam kehidupan sehari-hari. Individu harus mulai menyesuaikan diri lagi dengan berbagai perubahan fisik dan lingkungan sosialnya.

9. Periode Usia Lanjut.

Umur pada periode usia lanjut yaitu 60 tahun ke atas. Pada periode ini, terjadi penurunan fungsi organ tubuh seseorang (Irwanto dkk, 2002: 49).

Perubahan perilaku karena proses pendewasaan pada hakekatnya merupakan gabungan atau terjadi baik secara adaptif maupun naluriah. Perubahan perilaku secara naluriah muncul karena timbulnya dorongan dari dalam diri individu tersebut, sehingga bentuk perilaku yang muncul bisa diamati terutama berkaitan dengan adanya dorongan dari dalam pada waktu itu. Sedangkan perubahan perilaku secara adaptif yaitu perilaku yang berkembang dalam diri seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungannya untuk menjaga kelangsungan hidup, misalkan adanya proses sosialisasi atau pembudayaan. Melalui perjalanan umurnya yang semakin dewasa, makhluk yang bersangkutan akan melakukan adaptasi perilaku hidupnya terhadap lingkungannya disamping secara alamiah juga berkembang perilaku yang sifatnya naluriah (Budioro, 1998:31).

Seiring bertambahnya umur (proses menua) maka akan terjadi perubahan fisik-biologis/jasmani, perubahan mental-emosional/jiwa dan perubahan kehidupan seksual. Perubahan – perubahan tersebut ditandai dengan :

1) Perubahan fisik – biologis / jasmani :

1. Kekuatan fisik secara menyeluruh dirasakan berkurang, merasa cepat capek dan stamina menurun.
2. Sikap badan yang semula tegap menjadi membungkuk, otot – otot mengecil, hipotrofi, terutama di bagian dada dan lengan.
3. Kulit mengerut dan menjadi keriput. Garis – garis pada wajah di kening dan sudut mata.
4. Rambut memutih dan pertumbuhan berkurang.
5. Gigi mulai rontok.
6. Perubahan pada mata : pandangan dekat berkurang, adaptasi gelap melambat, lingkaran putih pada kornea (*arcus senilis*), dan lensa menjadi keruh (katarak).
7. Pendengaran, daya cium dan perasa mulut menurun.
8. Pengapuran pada tulang rawan, seperti tulang dada sehingga rongga dada menjadi kaku dan sulit bernafas.

2) Perubahan mental – emosional / jiwa :

1. Daya ingat menurun, terutama peristiwa yang baru saja terjadi.
2. Seiring pelupa / pikun, sangat sering mengganggu dalam pergaulan dengan lupa nama orang.

3. Emosi mudah berubah, sering marah – marah, rasa harga diri mudah tersinggung.

3) Perubahan kehidupan seksual (Bustan, 1997: 116).

2.2.1.3. Jumlah Pendapatan

Faktor ekonomi yang berhubungan dengan daya beli masyarakat. Kemampuan ekonomi masyarakat biasanya tercermin pada kondisi lingkungan perumahan seperti sarana air minum, jamban keluarga, SPAL, lantai, dinding, dan atap rumah. Kemampuan anggaran rumah tangga juga mempengaruhi kecepatan untuk meminta pertolongan kesehatan apabila seseorang individu tiba –tiba saja terkena penyakit. Hal ini juga akan berdampak pada praktik perilaku hidup bersih dan sehat (Widoyono, 2008 : 5).

Daya untuk membeli makanan tergantung pada penghasilan seseorang. Perilaku konsumsi makan merupakan hasil dari interaksi antara faktor ekonomi dengan faktor sosial budaya. Faktor ekonomi berhubungan dengan tingkat pendapatan seseorang. Tingkat pendapatan akan menentukan kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi. Besarnya suatu keluarga dan tingkat pendapatan berhubungan dengan kualitas dan kuantitas makanan yang akan dikonsumsi (Mulyono Joyomartono, 2006:99).

2.2.1.4. Status Pekerjaan

Kerja merupakan suatu yang dibutuhkan oleh manusia. Kebutuhan bermacam-macam, berkembang dan berubah, bahkan seringkali tidak disadari oleh pelakunya. Seseorang bekerja karena ada sesuatu yang ingin dicapainya, dan orang berharap bahwa aktivitas kerja yang dilakukannya akan membawanya

kepada sesuatu keadaan yang lebih memuaskan daripada keadaan sebelumnya (Pandji Anoraga, 2005 : 11).

Bertambah luasnya lapangan kerja, semakin mendorong banyaknya kaum wanita yang bekerja, terutama di sektor swasta. Di satu sisi lain berdampak positif bagi pertumbuhan pendapatan untuk meningkatkan konsumsi keanekaragaman makanan, namun di sisi lain berdampak negatif terhadap pembinaan dan pemeliharaan anak terutama kurangnya pemberian ASI Eksklusif (Pandji Anoraga, 2005 :120).

Menurut Mulyono Joyomartono, ada perbedaan yang berarti antara ibu yang juga bekerja dengan ibu yang tidak bekerja dalam hubungannya dengan kebiasaan makan. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa rendahnya *intake* itu tidak disebabkan status pekerjaan tetapi karena tidak sempurnanya penggunaan waktu oleh ibu – ibu yang bekerja. Ini sejalan dengan analisis yang menghubungkan ibu yang bekerja dengan praktik – praktik kesehatan. Ibu yang tidak bekerja dapat menyusui anaknya lama dan mau menyiapkan makanan sendiri yang membawa akibat tingkat nutrisi lebih baik (Mulyono Joyomartono, 2006 :99).

2.2.1.5. Jumlah Anggota Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil kehidupan bangsa, yang sangat diharapkan dapat mengatur, mengendalikan masalah *poleksosbudhankamka* (politik, ekonomi, sosial, budaya, ketahanan dan keamanan keluarga) yang secara berantai menuju yang lebih besar dan terakhir berskala nasional. Gerakan keluarga berencana Indonesia telah menjadi contoh bagaimana negara dengan penduduk terbesar

keempat didunia dapat mengendalikan dan menerima gerakan keluarga berencana sebagai salah satu bentuk pembangunan keluarga yang lebih dapat dikendalikan untuk mencapai kesejahteraan. Visi Keluarga Berencana yaitu mewujudkan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS). Dalam mencapai sasaran NKKBS itu pernah dicanangkan konsep *pancawarga* artinya keluarga terdiri dari hanya tiga anak, sedangkan pengertian tersebut makin berkembang menjadi konsep *caturwarga* yaitu hanya memiliki 2 anak saja. Melalui gerakan keluarga berencana, Indonesia ingin mengurangi kemiskinan dengan berbagai usaha, sosial-politik dan bantuan ekonomi sehingga masyarakat makin dapat menikmati arti keadilan sosial dengan meningkatkan keluarga sejahtera (Manuaba, 1999:206).

Jumlah anggota keluarga dapat mempunyai pengaruh terhadap kesakitan (seperti penyakit menular dan gangguan gizi) dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Suatu keluarga besar karena besarnya tanggungan secara relatif mungkin harus tinggal berdesak-desakan di dalam rumah yang luasnya terbatas hingga memudahkan penularan penyakit menular di kalangan anggota-anggotanya; karena persediaan harus digunakan untuk anggota keluarga yang besar maka mungkin pula dapat membeli cukup makanan yang bernilai gizi cukup atau tidak dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia, dan sebagainya (Soekidjo Notoatmodjo,2003:19).

Banyak sedikitnya jumlah keluarga dapat memberikan sumbangan baik secara materiil maupun spiritual bagi kelangsungan hidup suatu keluarga. Disamping itu juga dapat memberikan dampak pada kesehatan lingkungan

maupun kesejahteraan keluarga tersebut baik positif maupun negatif (Hari Iskriyanti, 2002: 50).

2.2.1.6. Penyuluhan kesehatan

Penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya penyuluhan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal – hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain. Kesadaran masyarakat di atas disebut tingkat kesadaran / pengetahuan masyarakat tentang kesehatan. Lebih dari itu, penyuluhan kesehatan pada akhirnya bukan hanya mencapai peningkatan pengetahuan pada masyarakat saja, namun yang lebih penting adalah mencapai peningkatan perilaku kesehatan (*healthy behaviour*). Kesehatan bukan hanya diketahui atau disadari dan disikapi, melainkan harus dikerjakan / dilaksanakan dalam kehidupan sehari – hari. Hal ini berarti bahwa tujuan akhir dari penyuluhan kesehatan adalah agar masyarakat dapat mempraktikkan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan bagi masyarakat, atau masyarakat dapat berperilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2003 :10).

Penyuluhan kesehatan merupakan suatu proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi dan perilaku kesehatan. Penyuluhan kesehatan memotivasi seseorang untuk menerima informasi kesehatan dan berbuat sesuai dengan informasi tadi agar mereka menjadi lebih sehat dengan cara menghindarkan diri dari perbuatan – perbuatan yang mengganggu kesehatan serta

membentuk kebiasaan hidup yang bermanfaat bagi kesehatan (Budioro,1998:14). Obyek garapan kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat baik secara langsung atau tidak langsung yang paling utama adalah perilaku manusia, baik sebagai individu atau sebagai anggota masyarakat, terutama yang berkaitan dengan cara atau gaya hidup sehat / *life style* (Budioro, 1998: 22).

Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Depkes memakai batasan pengertian yang cukup sederhana sebagai berikut :”Penyuluhan kesehatan merupakan suatu proses belajar untuk mengembangkan pengertian yang benar dan sikap yang positif dari pada individu atau kelompok terhadap kesehatan agar yang bersangkutan menerapkan cara hidup sehat sebagai bagian dari cara hidupnya sehari – hari” (Budioro,1998:17).

2.2.1.7. Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan

Persepsi ibu terhadap jarak tempat pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang memungkinkan seseorang untuk melakukan praktik PHBS. Menurut Sukmana (2000) dalam Ridho Ladifre (2009: 18), makin jauh jarak suatu pelayanan kesehatan dasar, makin segan seseorang untuk datang. Ada batasan jarak tertentu sehingga orang masih mau untuk mencari pelayanan kesehatan. Batasan jarak secara nyata dipengaruhi pula oleh jenis jalan, jenis kendaraan, dan biaya transportasi. Seseorang ibu yang mempersepsikan jarak rumah ke tempat pelayanan kesehatan dekat akan mempunyai keinginan untuk melakukan praktik PHBS, dan sebaliknya. Pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa jarak yang semakin jauh maka semakin lama waktu tempuhnya dan semakin mahal biaya angkutannya, dan tanpa didukung sarana dan fasilitas yang memadai maka akan

memberikan pertimbangan tersendiri bagi masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat terutama pada kesehatan ibu dan keluarganya. Jarak tempat pelayanan kesehatan dikategorikan jauh apabila > 5 km, sedangkan jarak dikategorikan dekat apabila ≤ 5 km.

Akses terhadap pelayanan berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan jasa. Akses geografis dapat diukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan (Joko Wijono, 2007:187).

2.2.1.8. Dukungan Kader Kesehatan

Peran serta kader sangat menentukan untuk mengajak masyarakat berperan aktif, khususnya untuk golongan sasaran. Kehadiran kader yang ditunjang dengan jumlah kader yang cukup pada setiap kegiatan akan menjadikan masyarakat tertarik untuk juga ikut serta. Apalagi bila dalam kehidupan sehari-hari mereka merupakan sosok atau figur yang memang dapat dijadikan panutan. Apabila di masyarakat telah dicapai pengetahuan, sikap, dan perilaku yang positif dan kader tidak mendukung usaha-usaha tersebut, maka usaha-usaha yang telah dibina akan rusak. Disamping itu, cara kerja kader kesehatan dalam lingkungan sistemnya misalnya *team work*, kemampuan *problem solving* dan lainnya akan memberikan dampak besar terhadap perilaku kesehatan (Budioro, 1998: 45).

Di tengah-tengah masyarakat, kader kesehatan adalah menjadi tokoh panutan di bidang kesehatan. Untuk itu maka kader kesehatan harus mempunyai

sikap dan perilaku yang sesuai dengan nilai – nilai kesehatan (Notoatmodjo, 2003: 102).

2.2.1.9. Dukungan Tokoh Masyarakat

Selain kader kesehatan, tokoh–tokoh masyarakat juga merupakan panutan perilaku (termasuk) perilaku kesehatan. Oleh sebab itu, tokoh masyarakat (meliputi : lurah dan perangkatnya, kamituwo, bayan, kaur serta seseorang yang dianggap sebagai panutan di masyarakat) harus mempunyai sikap dan perilaku yang positif. Sikap dan perilaku tokoh masyarakat merupakan pendorong atau penguat perilaku sehat masyarakat (Notoatmodjo, 2003: 102). Tokoh – tokoh masyarakat sebaiknya dibekali dengan pelatihan – pelatihan kesehatan yang bertujuan agar sikap dan perilaku tokoh masyarakat dapat menjadi teladan, contoh , atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat / berperilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2003 : 18).

2.2.1.10. Norma, Budaya dan Kebiasaan

Norma, perilaku, dan adat kebiasaan sedemikian itu dapat didasarkan atas ketidaktahuan atau ketidakpedulian masyarakat terhadap kesehatan, tetapi hasil akhirnya adalah sama yaitu terjadi pencemaran lingkungan dan terjadi penyakit sebagai akibatnya. Norma – norma masyarakat, misalnya buang air besar di sungai itu dianggap ‘normal’ atau dapat diterima secara sosial budaya, begitu pula mandi di sungai yang sama. Membuang sampah di saluran/sungai juga merupakan kebiasaan yang sudah dianggap ‘normal’. Dengan demikian hygiene lingkungan sangat ditentukan oleh norma atau kebiasaan masyarakat. Atas dasar

perilaku tersebut, akan timbul penyakit yang setara dengan norma atau kebiasaan ini, juga cara-cara pengobatannya.

Apabila di antara berbagai masyarakat terlihat berbagai budaya dan dengan taraf perkembangan yang berbeda, maka penyakit yang dideritanya akan berbeda-beda. Budaya masyarakat bisa dilihat dari cara hidupnya atau '*way of life*'nya. Gaya hidup menentukan perilaku masyarakat tersebut, misalnya apa saja boleh dilakukan dan bagaimana cara melakukannya, sehingga budaya juga dapat dipandang sebagai pedoman untuk suatu kegiatan sehari-hari (Budioro, 2008 : 186).

Salah satu pembentukan perilaku yaitu karena kebiasaan. Dengan cara membiasakan diri untuk berperilaku seperti yang diharapkan, akhirnya akan terbentuklah perilaku tersebut (Eko Suryani, 2009 : 25).

2.2.1.11. Keadaan Lingkungan

Perilaku yang tampak pada kegiatan individu dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor lingkungan merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup. Lingkungan merupakan kondisi atau merupakan lahan untuk perkembangan perilaku tersebut (Notoatmodjo, 2003 : 118).

2.2.2. Perilaku Hidup Sehat

Perilaku sehat adalah pengetahuan, sikap dan tindakan proaktif untuk memelihara dan mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat (Depkes, 2009 : 2).

Hubungan antara kesehatan dan perilaku, dinyatakan oleh HL.Blum bahwa status kesehatan dipengaruhi oleh 4 (empat) faktor, salah satunya adalah faktor perilaku yang menentukan dukungan nomor dua paling besar setelah lingkungan, baru kemudian faktor pelayanan kesehatan dan faktor keturunan (Notoatmodjo, 2003: 96).

Menurut Becker (1979) (dalam Notoatmodjo, 2007 :137). , perilaku hidup sehat adalah perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku hidup sehat mencakup antara lain makan dengan menu seimbang, olahraga secara teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan narkoba, istirahat cukup, mengendalikan stres, perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan misal tidak berganti-ganti pasangan dalam hubungan seks.

2.3. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Departemen Kesehatan telah mengembangkan kegiatan berkaitan dengan perilaku hidup sehat melalui suatu upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan menitikberatkan kegiatan kepada 5 program prioritas yaitu KIA, Gizi, Kesehatan Lingkungan, Gaya Hidup dan JPKM. Mengingat dampak dari perilaku terhadap derajat kesehatan cukup besar, maka diperlukan berbagai upaya untuk mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat. Salah satunya melalui program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) telah diluncurkan sejak tahun 1966 oleh Pusat Promosi Kesehatan di Departemen Kesehatan (Depkes, 2009 : 1).

2.3.1. Pengertian PHBS

PHBS adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku melalui pendekatan pimpinan, bina suasana dan pemberdayaan masyarakat agar mengenali dan mengatasi masalah sendiri dalam tatanan rumah tangga, institusi pendidikan dan tempat ibadah, agar dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Dinkes,2006 : 5).

2.3.2. Tatanan PHBS

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2003:2) program PHBS dapat dilakukan di berbagai tatanan, seperti tatanan rumah tangga, tempat ibadah, instansi pendidikan, warung makan, pasar dan sebagainya. Khusus untuk Provinsi Jawa Tengah memfokuskan pada 3 jenis tatanan yaitu tatanan rumah tangga, tatanan instansi pendidikan dan tatanan tempat ibadah. Pemilihan pada tiga jenis tatanan tersebut didasarkan pada pertimbangan bahwa ketiga tatanan tersebut mempunyai daya ungkit yang besar dalam pencapaian derajat kesehatan.

2.3.2.1. Tatanan Rumah Tangga

Rumah tangga adalah wahana atau wadah dimana orang tua (bapak dan ibu) dan anak serta anggota keluarga yang lain dalam melaksanakan kehidupan sehari-hari. Bertolak dari pengertian di atas sehingga PHBS ditatanan rumah tangga adalah suatu upaya yang dilaksanakan untuk memberdayakan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam berperilaku hidup bersih dan sehat.

2.3.2.2. Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan adalah tempat diselenggarakannya proses belajar mengajar secara formal, dimana terjadi transformasi ilmu pengetahuan dari para guru atau pengajar kepada anak didiknya. PHBS di institusi pendidikan berarti suatu upaya yang dilakukan untuk memberdayakan dan meningkatkan kemampuan pengajar maupun anak didiknya dalam berperilaku hidup bersih dan sehat. Institusi pendidikan yang dimaksud adalah tingkat SD atau MI, SLTP atau MTS, SLTA atau MA.

2.3.2.3. Tempat Ibadah

Tempat ibadah adalah sarana yang digunakan untuk kegiatan keagamaan atau ibadah bagi masyarakat sesuai dengan agama yang dianut. PHBS ditempat ibadah adalah merupakan suatu upaya yang dilakukan untuk memberdayakan dan meningkatkan kemampuan pengurus maupun pengunjung dalam berperilaku hidup bersih dan sehat.

2.4. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Tatanan Rumah Tangga

2.4.1. Pengertian

Perilaku hidup bersih dan sehat tatanan rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar sadar, mau dan mampu melakukan perilaku hidup bersih dan sehat, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mencegah risiko terjadinya penyakit dan melindungi diri dari ancaman penyakit serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat (Dinkes,2006 : 3). PHBS rumah tangga merupakan semua perilaku kesehatan

yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan – kegiatan kesehatan di masyarakat (Depkes, 2008: 2).

2.4.2. Tujuan

Adapun tujuan pelaksanaan program PHBS di tatanan rumah tangga adalah sebagai berikut :

2.4.2.1. Umum

tujuan umum dari pelaksanaan PHBS tatanan rumah tangga adalah meningkatkan rumah tangga sehat di kabupaten atau kota (Dinkes, 2006:3).

2.4.2.2. Khusus

Tujuan khusus dari program PHBS tatanan rumah tangga adalah:

1. Meningkatnya pengetahuan, kemauan dan kemampuan anggota rumah tangga untuk melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
2. Anggota rumah tangga berperan aktif dalam gerakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di masyarakat (Dinkes, 2006:3).

2.4.3. Manfaat

Manfaat dilaksanakannya program PHBS tatanan rumah tangga adalah :

1. Setiap anggota rumah tangga meningkat kesehatannya dan tidak mudah sakit.
2. Rumah tangga sehat dapat meningkatkan produktifitas kerja anggota rumah tangga.
3. Dengan meningkatnya kesehatan anggota rumah tangga maka biaya kesehatan dapat dialihkan untuk biaya investasi lain seperti pendidikan dan usaha lain guna meningkatkan kesejahteraan anggota rumah tangga.

4. Sebagai salah satu indikator keberhasilan pemerintah Kabupaten atau Kota dalam pembangunan bidang kesehatan.
5. Meningkatkan citra pemerintah Kabupaten atau Kota dalam bidang kesehatan.
6. Dapat menjadi percontohan rumah tangga sehat bagi daerah lain (Dinkes, 2006:3).

2.4.4. Sasaran

Sasaran PHBS di rumah tangga adalah seluruh anggota keluarga secara keseluruhan dan terbagi dalam :

1. Sasaran primer

Adalah sasaran utama dalam rumah tangga yang akan dirubah perilakunya atau anggota keluarga yang bermasalah (individu dalam keluarga yang bermasalah).

2. Sasaran sekunder

Adalah sasaran yang dapat mempengaruhi individu dalam keluarga yang bermasalah misalnya, kepala keluarga, ibu, orang tua, tokoh keluarga, kader, tokoh agama, tokoh masyarakat, petugas kesehatan dan lintas sektor terkait,PKK.

3. Sasaran tersier

Adalah sasaran yang diharapkan dapat menjadi unsur pembantu dalam menunjang atau mendukung pendanaan, kebijakan, dan kegiatan untuk tercapainya pelaksanaan PHBS misalnya, kepala desa, lurah, camat, kepala puskesmas, guru, tokoh masyarakat dll (Dinkes, 2006 : 6).

2.4.5. Indikator PHBS Tatanan Rumah Tangga

2.4.5.1. Indikator

Indikator merupakan suatu alat ukur untuk menunjukkan suatu keadaan atau kecenderungan keadaan dari suatu hal yang menjadi pokok perhatian (Depkes, 2009:14).

Indikator harus memenuhi persyaratan antara lain :

1. Sahih, dapat mengukur sesuatu yang sebenarnya dapat diukur oleh indikator tersebut.
2. Obyektif, harus memberikan hasil yang sama, walaupun dipakai orang yang berbeda pada waktu yang berbeda.
3. Sensitif, dapat mengukur perubahan sekecil apapun.
4. Spesifik dapat mengukur perubahan situasi yang dimaksud (Depkes, 2009:14).

2.4.5.2. Indikator PHBS

Indikator PHBS merupakan suatu petunjuk yang membatasi fokus perhatian, adapun indikator PHBS yang digunakan Jawa Tengah pada tatanan rumah tangga ada 16 indikator, yang terdiri dari 10 indikator nasional dan 6 indikator lokal Jawa Tengah (Dinkes, 2006:11). Indikator diperlukan untuk menilai apakah aktivitas pokok telah sesuai dengan rencana dan menghasilkan dampak yang diharapkan. Mengacu pada pengertian pada perilaku sehat indikator ditetapkan pada area atau wilayah yaitu :

2.4.5.2.1.Indikator PHBS Nasional

Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jateng (2006:11) Indikator nasional terdiri dari 10 indikator yaitu :

1. Bagi ibu hamil apakah pertolongan persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan.
2. Bagi ibu rumah tangga yang memiliki bayi apakah bayinya mendapat ASI eksklusif selama usia 0-6 bulan.
3. Anggota rumah tangga mengkonsumsi keanekaragaman makanan dalam jumlah cukup mencapai gizi seimbang.
4. Anggota rumah tangga memanfaatkan air bersih.
5. Anggota rumah tangga menggunakan jamban sehat.
6. Anggota rumah tangga menempati ruangan minimal 9 m² atau orang.
7. Anggota rumah tangga menggunakan lantai rumah kedap air.
8. Anggota rumah tangga melakukan aktivitas fisik.
9. Anggota rumah tangga tidak merokok.
10. Anggota rumah tangga menjadi peserta JPK (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan).

2.4.5.2.2.Indikator PHBS Lokal Jawa Tengah

Indikator PHBS tatanan rumah tangga yaitu suatu alat ukur atau suatu petunjuk yang membatasi fokus perhatian untuk menilai keadaan atau permasalahan kesehatan rumah tangga. Indikator PHBS tatanan rumah tangga diarahkan pada aspek program prioritas yaitu : kesehatan ibu dan anak, gizi, kesehatan lingkungan, gaya hidup dan upaya kesehatan masyarakat.

Indikator lokal Jawa Tengah menggunakan 10 indikator nasional ditambah dengan 6 indikator lokal menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2006:12) yaitu :

- 1) Persalinan dengan tenaga kesehatan.
- 2) Pemberian ASI eksklusif pada bayi.
- 3) Penimbangan balita.
- 4) Mengonsumsi beraneka ragam makanan dalam jumlah yang seimbang.
- 5) Memanfaatkan air bersih untuk keperluan sehari-hari.
- 6) Menggunakan jamban sehat.
- 7) Membuang sampah pada tempatnya.
- 8) Setiap anggota rumah tangga menempati ruangan rumah minimal 9 m²
- 9) Lantai rumah kedap air.
- 10) Anggota rumah tangga berumur 10 tahunan keatas melakukan olahraga atau aktifitas fisik 30 menit per hari, dilakukan 3-5 kali per minggu.
- 11) Anggota keluarga tidak merokok.
- 12) Mencuci tangan sebelum makan dan setelah buang air besar.
- 13) Menggosok gigi minimal 2 kali sehari.
- 14) Tidak minum miras dan tidak menyalahgunakan narkoba.
- 15) Menjadi peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK).
- 16) Melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) minimal seminggu sekali.

Berdasarkan indikator tersebut dapat ditentukan klasifikasi PHBS ditunjukkan melalui nilai indeks potensi keluarga sehat (IPKS) yaitu :

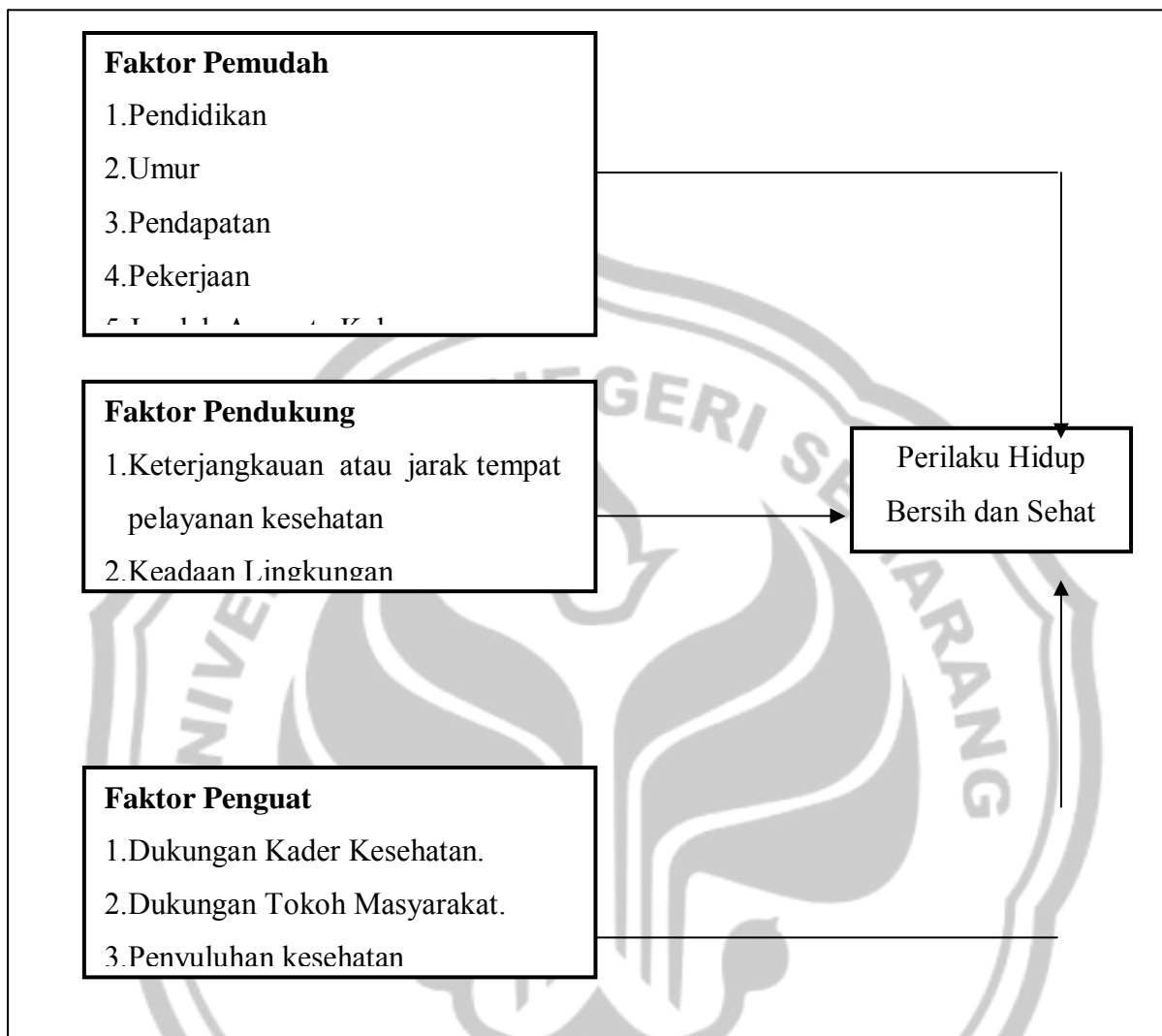
1. Sehat pratama (warna merah) :indikator rumah tangga yang memenuhi antara 0-5.
2. Sehat madya (warna kuning) :indikator rumah tangga yang memenuhi antara 6-10.
3. Sehat utama (warna hijau) :indikator rumah tangga yang memenuhi antara 11-15.
4. Sehat paripurna (warna biru) :apabila indikator rumah tangga mempunyai nilai 16.

Berdasarkan strata PHBS tatanan rumah tangga, dapat dirumuskan strata kelompok (RT, RW, desa atau kelurahan, kecamatan, kabupaten atau kota) yaitu ;

- 1) Sehat pratama (warna merah) apabila jumlah rumah tangga yang mencapai sehat utama dan paripurna mencapai 0-24%.
- 2) Sehat madya (warna kuning) apabila jumlah rumah tangga yang mencapai sehat utama dan paripurna mencapai 24,5%-49,4%.
- 3) Sehat utama (warna hijau) apabila jumlah rumah tangga yang mencapai sehat utama dan paripurna mencapai 49,5%-74,4%.
- 4) Sehat paripurna (warna biru) apabila jumlah rumah tangga yang mencapai sehat utama dan paripurna mencapai 74,5%.

(Dinkes, 2006:26).

2.5. Kerangka Teori



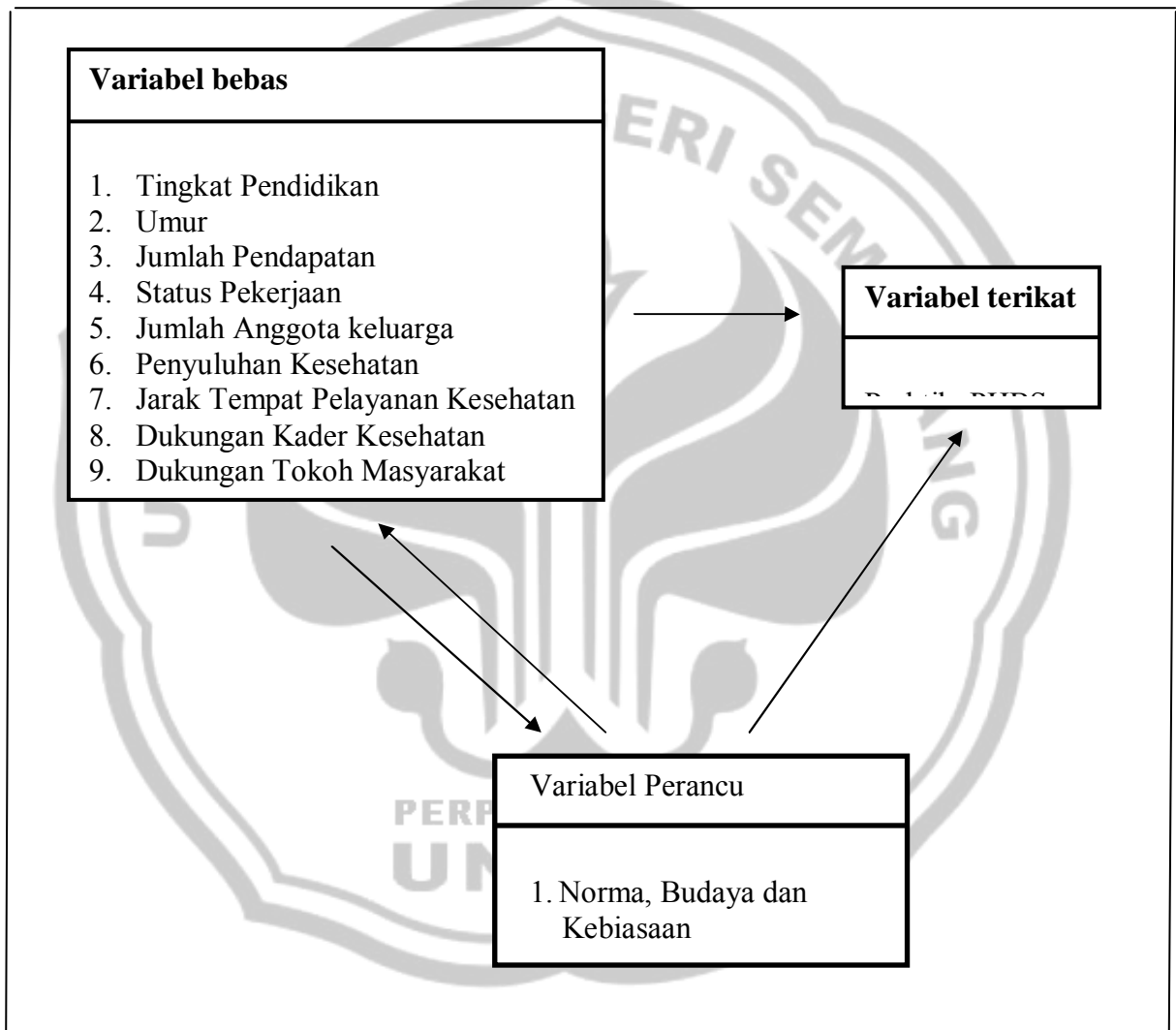
Gambar 2.1 : Kerangka Teori

Sumber : Lawrence Green (1980) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2003), Juli Soemirat Slamet (2003), Irham Machfoedz dan Eko Suryani (2009).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 : Kerangka Konsep

3.2. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep di atas dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

1. Ada hubungan antara tingkat pendidikan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
2. Ada hubungan antara umur terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
3. Ada hubungan antara jumlah pendapatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
4. Ada hubungan antara status pekerjaan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
5. Ada hubungan antara jumlah anggota keluarga terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
6. Ada hubungan antara penyuluhan kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.

7. Ada hubungan antara jarak tempat pelayanan kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
8. Ada hubungan antara dukungan kader kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.
9. Ada hubungan antara dukungan tokoh masyarakat terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal.

3.3. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah survei analitik, yaitu menjelaskan hubungan kausal secara deskriptif dan analitik, dan metode yang digunakan adalah metode survey. Desain penelitian /rancangan penelitian dalam penelitian ini adalah studi potong lintang (*cross sectional study*), yaitu mencari hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat yang diukur dalam satu waktu secara bersamaan (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:79), karena jumlah sampel yang banyak dan bersifat heterogen maka lebih efisien dan efektif dengan menggunakan pendekatan studi potong lintang (*cross sectional study*) ini.

3.4. Variabel Penelitian

3.4.1. Variabel Bebas (X)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan, umur, jumlah pendapatan, status pekerjaan, jumlah anggota keluarga, penyuluhan kesehatan, jarak tempat pelayanan kesehatan, dukungan kader kesehatan dan dukungan tokoh masyarakat.

3.4.2. Variabel Terikat (Y)

Variabel Terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (A.Azis Alimul,2003: 37). Variabel terikat dari penelitian ini adalah praktik perilaku hidup bersih dan sehat.

3.4.3. Variabel *Counfounding* (Perancu)

Variabel perancu (*counfounding*) adalah variabel yang dikendalikan atau dibuat konstan sehingga pengaruh variabel independen (bebas) terhadap variabel dependen (terikat) agar tidak dipengaruhi faktor luar yang tidak diteliti (Sugiyono, 2006: 41). Adapun variabel perancu yang turut berperan dalam penelitian ini adalah variabel norma, budaya dan kebiasaan, serta keadaan lingkungan. Variabel perancu ini dianggap sudah dikendalikan atau dianggap sama karena penelitian ini dilakukan di wilayah atau daerah yang sama yaitu di Desa Tunggulsari.

3.5. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena.

Pada definisi operasional dapat ditentukan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian (Azis Alimul, 2003 : 38).

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Praktik PHBS	Pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat yang masing – masing indikatornya disesuaikan dengan yang tercantum dalam kartu PHBS. Tabulasi nilai masing – masing indikator diperoleh dari hasil penelitian.	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1 . Kurang, jika $X < \bar{x}$ atau $X < 9,99$. 2 . Baik, jika $X \geq \bar{x}$ atau $X \geq 9,99$. (A.Azis Alimul H, 2003: 39).	Ordinal
2	Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditamatkan responden	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1. Pendidikan dasar, jika \leq Tamat SMP. 2 . Pendidikan menengah, jika	Ordinal

		dengan mendapatkan ijasah			Tamat SMA / SMK. 3. Pendidikan tinggi, jika tamat Perguruan Tinggi (Depdiknas, 2000:1).	
3	Umur	Usia responden pada saat diwawancarai yang dihitung dengan tahun./ usia responden sampai dengan ulang tahun terakhir.	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1. Dewasa awal, jika berumur 18 – 39 tahun 2= Dewasa Madya, jika berumur 40 – 60 tahun. (Irwanto dkk, 2002:49)	Ordinal
4	Jumlah Pendapatan	Seluruh uang yang diperoleh keluarga responden dalam satu bulan baik dari hasil pekerjaan maupun	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1. Penghasilan rendah, jika < UMR Kabupaten Kendal tahun 2010 (< Rp 780.000) 2. Penghasilan tinggi, jika	Ordinal
		pendapatan lain yang digunakan			\geq UMR Kabupaten Kendal tahun	

		untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari			2010 (\geq Rp780.000). (http://www.hrcentro.com/UMR/jawa_tengah/kabupaten_kendal/non_sektor/2010)	
5	Status Pekerjaan	Kegiatan responden sehari – hari di rumah atau di luar rumah dengan memperoleh penghasilan dari kegiatan yang dilakukan.	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1.Tidak Bekerja. 2 .Bekerja (Neil Niven, 2000:253)	Ordinal
6	Jumlah anggota keluarga	Jumlah orang yang menempati sebuah rumah pada saat penelitian dan menjadi tanggungan keluarga	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1 = Keluarga Besar, jika jumlah anggota keluarganya > 4 orang.2 = Keluarga Kecil, jika jumlah anggota keluarganya ≤ 4 orang. (Ida	Ordinal

					Bagus Gde Manuaba, 1999:206).	
7	Penyuluhan Kesehatan	Jumlah / berapa kali responden mendapat penyuluhan tentang PHBS yang dilakukan petugas kesehatan yang dapat menunjang keberhasilan dalam berperilaku hidup bersih dan sehat.	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1. Kurang, jika $X < \bar{x}$ atau $X < 2,48$ 2. Baik , jika $X \geq \bar{x}$ atau $X \geq 2,48$. (A.Azis Alimul H, 2003: 39).	Ordinal
8	Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan	Jumlah Persepsi responden terhadap jarak tempat tinggal responden dengan tempat pelayanan kesehatan. (posyandu,	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1. Kurang terjangkau, jika $X < \bar{x}$ atau $X < 4,88$. 2. Terjangkau, jika $X \geq \bar{x}$ atau $X \geq 4,88$. (A.Azis Alimul , 2003: 39).	Ordinal

		puskesmas, praktik bidan/dokter)				
9	Dukungan Kader Kesehatan	Jumlah Dukungan/ Keikutsertaan Kader kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dan informasi mengenai PHBS.	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1. Kurang Mendukung, jika $X < \bar{x}$ atau $X < 3,16$ 2. Mendukung, jika $X \geq \bar{x}$ atau $X \geq 3,16$. (A.Azis Alimul H, 2003: 39).	Ordinal
10	Dukungan Tokoh Masyarakat (seseorang	Jumlah Keikutsertaan dan dukungan yang dianggap sebagai panutan masyarakat di desa tersebut)	Wawancara	Kuesioner	Kategori : 1. Kurang Mendukung, jika $X < \bar{x}$ atau $X < 3,18$ 2. Mendukung, jika $X \geq \bar{x}$ atau $X \geq 3,18$. (A.Azis Alimul H, 2003: 39).	Ordinal

3.6. Populasi dan Sampel Penelitian

3.6.1. Populasi Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah ibu rumah tangga di Desa Tunggulsari yang dihitung berdasarkan jumlah KK (Kepala Keluarga) yaitu sejumlah 1015 orang (Data Monografi Desa Tunggulsari,2009:1).

3.6.2. Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (A.Azis Alimul H,2003:35). Cara menghitung besar sampel suatu penelitian sangat ditentukan oleh desain penelitian yang digunakan dan diketahui tidaknya jumlah populasi. Sesuai dengan desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *cross sectional* dan jumlah populasi sudah diketahui, maka penentuan besar sampel dalam penelitian ini dapat dicari dengan mengacu pada rumus Stanley Lemezhov (1997:54) yaitu sebagai berikut :

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P).N}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Keterangan :

n : besarnya sampel

N : jumlah populasi

$Z_{1-\alpha/2}^2$: deviat baku alfa dengan taraf kepercayaan 95% (karena bidang kesehatan masyarakat) yaitu sebesar 1,96 (Sopiyudin Dahlan, 2009:30).

d^2 : presisi / derajat kesalahan yang diterima yaitu $\leq 10\%$ atau 0,1 apabila proporsinya antara 20% - 80% atau 0,2 - 0,8 (Sopiyudin Dahlan, 2005:28).

P : Proporsi perkiraan jumlah sampel / target populasi ($P = 0,5$).

Berdasarkan rumusan tersebut diatas, maka besarnya sampel minimal yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1,96^2) \times 0,5(1-0,5) \cdot 1015}{(0,1)^2(1015-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5)} \\ &= \frac{3,8416 \times 0,5(0,5) \cdot 1015}{0,01 \cdot 1014 + 3,841,6 \cdot 0,5(0,5)} \\ &= \frac{974,806}{10,14 + 0,9604} \\ &= \frac{974,806}{11,1004} \\ &= 87,817 \text{ dibulatkan menjadi } 88 \end{aligned}$$

Jadi jumlah sampel minimal adalah 88 responden.

3.6.3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan teknik *proportionate stratified random sampling*, teknik ini digunakan apabila populasi mempunyai anggota atau unsur yang tidak homogen dan berstrata secara proporsional (A. Azis Alimul H, 2003:35).

Pembagian sampel tiap strata RW yaitu sebagai berikut :

$$n_1 = N_1 : N \times n$$

keterangan :

n_1 = besar sampel untuk stratum

n = besar sampel

N = total Populasi

N_1 = total sub populasi dari stratum

1. RW 01 populasinya = 136 KK

Sampelnya = $136 : 1015 \times 88 = 11,79$ dibulatkan menjadi 12 responden

2. RW 02 populasinya = 154 KK

Sampelnya = $154 : 1015 \times 88 = 12,35$ dibulatkan menjadi 13 responden

3. RW 03 populasinya = 159 KK

Sampelnya = $159 : 1015 \times 88 = 13,78$ dibulatkan menjadi 14 responden

4. RW 04 populasinya = 153 KK

Sampelnya = $153 : 1015 \times 88 = 12,26$ dibulatkan menjadi 13 responden

5. RW 05 populasinya = 151 KK

Sampelnya = $151 : 1015 \times 88 = 12,09$ dibulatkan menjadi 13 responden

6. RW 06 populasinya = 124 KK

Sampelnya = $124 : 1015 \times 88 = 10,75$ dibulatkan menjadi 11 responden

7. RW 07 populasinya = 138 KK

Sampelnya = $138 : 1015 \times 88 = 11,96$ dibulatkan menjadi 12 responden

Setelah diketahui jumlah sampel tiap strata maka langkah selanjutnya yaitu menentukan sampel yang akan dijadikan sebagai responden, dengan dilakukan secara acak / random. Langkah ini dilakukan dengan cara pemetaan rumah. Sampel pertama yang akan dijadikan responden yaitu rumah ibu RW, kemudian

menghitung 10 rumah setelah sampel pertama tersebut untuk dijadikan sampel kedua dan begitu seterusnya sampai diperoleh jumlah sampel minimal.

3.7. Sumber Data Penelitian

3.7.1. Data Primer

Data primer adalah bila pengambilan data dilakukan secara langsung oleh peneliti terhadap sasaran atau obyek penelitian (Eko Budiarto, 2001: 5). Data primer diperoleh dari kuesioner. Kuesioner yaitu cara pengumpulan data atau suatu masalah yang pada umumnya banyak menyangkut kepentingan umum (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:112). Data yang diambil meliputi data tentang identitas responden (nama responden, nama suami/kepala keluarga, dan alamat responden), tingkat pendidikan responden, umur responden, jumlah pendapatan keluarga responden, status pekerjaan responden, jumlah anggota keluarga responden, jumlah kegiatan penyuluhan kesehatan yang pernah responden dapatkan, persepsi jarak tempat pelayanan kesehatan dari rumah responden, jumlah dukungan / informasi yang diperoleh responden dari kader kesehatan dan tokoh masyarakat serta praktik PHBS yang dilakukan oleh responden.

3.7.2. Data Sekunder

Data sekunder bila pengambilan data yang diinginkan diperoleh dari orang lain atau tempat lain dan bukan dilakukan oleh peneliti sendiri (Eko Budiarto, 2001:5). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari puskesmas Brangsong 01 mengenai indeks potensi keluarga sehat dalam kartu PHBS dan data dari Desa

Tunggulsari yang meliputi data demografis, geografis, mata pencaharian, sarana kesehatan.

3.8. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Suharsimi Arikunto, 2006:149). Instrumen penelitian atau perangkat yang digunakan untuk mengungkapkan data dalam penelitian ini adalah kuesioner.

3.8.1. Kuesioner

Kuesioner yaitu cara pengumpulan data atau suatu masalah yang pada umumnya banyak menyangkut kepentingan umum (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:112). Pengambilan data pada penelitian ini digunakan kuesioner sebagai instrument penelitian.

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah langsung tertutup yang berupa pertanyaan dimana responden harus memilih jawaban yang disediakan.

3.8.1.1. Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Soekidjo Notoatmodjo,2002:129). Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang hendak diukur. Tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang validitas yang dimaksud. Cara yang

dipakai dalam menguji tingkat validitas adalah internal yaitu menguji apakah terdapat kesesuaian antara bagian instrumen secara keseluruhan. Untuk mengukurnya menggunakan analisis butir. Pengukuran pada analisis butir yaitu cara-cara skor yang ada kemudian dikorelasikan dengan menggunakan rumus *product moment* yang dikemukakan oleh *Pearson* dalam Soekidjo Notoatmodjo, (2002:131) yaitu :

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\}\{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan ;

r_{xy} : Koefisien korelasi antara x dan y

N : Jumlah subyek

X : Skor item

Y : Skor total

$\sum X$: Jumlah skor item

$\sum Y$: Jumlah skor total

$\sum X^2$: Jumlah kuadrat skor item

$\sum Y^2$: Jumlah kuadrat skor total

Kesesuaian harga r_{xy} diperoleh dari perhitungan dengan menggunakan rumus di atas dikonsultasikan dengan tabel harga regresi *product moment* dengan koreksi harga r_{xy} lebih besar atau sama dengan regresi tabel, maka butir instrumen tersebut valid dan diperoleh $r_{tabel} = 0,367$ untuk jumlah sampel (n) = 30. Uji coba kuesioner minimal dilakukan terhadap 30 orang (Handoko Riwidikdo,2007:152).

Sampel dalam uji coba kuesioner adalah sejumlah 30 responden. Hasil uji validitas pada kuesioner penelitian ini yaitu valid.

3.8.1.2. Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Soekidjo Notoatmodjo,2002:133). Ini berarti menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. Pada penelitian ini untuk mencari reliabilitas instrument menggunakan rumus *alpha* yaitu :

$$r_{ii} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma^2}{\sigma_1^2} \right]$$

Keterangan :

k : Banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma^2$: Jumlah varians butir

σ_1^2 : Varians total (Sugiyono,2006:365).

Jika $r_{ii} > r_{tabel}$ maka pertanyaan tersebut reliabel. Jika $r_{ii} < r_{tabel}$ maka pertanyaan tersebut tidak reliabel. Setelah dilakukan uji coba kuesioner pada 30 responden, diperoleh *alpha cronbach* dari hasil uji reliabilitas pada kuesioner penelitian ini yaitu reliabel.

3.9. Teknik Pengambilan Data

3.9.1. Data Primer

Metode pengambilan data primer yaitu dengan wawancara dengan responden dan observasi PHBS penduduk di lokasi penelitian. Untuk memperoleh data primer dalam penelitian ini maka digunakan instrumen yaitu kuesioner. Kuesioner ini berisi pertanyaan – pertanyaan yang digunakan untuk memperoleh informasi tentang identitas responden, tingkat pendidikan responden, umur responden, jumlah pendapatan keluarga responden, status pekerjaan responden, jumlah anggota keluarga responden, jumlah kegiatan penyuluhan kesehatan yang pernah responden dapatkan, persepsi jarak tempat pelayanan kesehatan dari rumah responden, jumlah dukungan / informasi yang diperoleh responden dari kader kesehatan dan tokoh masyarakat serta praktik PHBS yang dilakukan oleh responden.

3.9.2. Data Sekunder

Metode pengambilan data sekunder dengan wawancara dan observasi di beberapa instansi. Data sekunder dalam penelitian ini meliputi:

1. Data mengenai indeks potensi keluarga sehat dalam kartu PHBS di puskesmas Brangsong 01.
2. Data demografis, geografis, monografi, mata pencaharian, sarana kesehatan, biodata penduduk dari Desa Tunggulsari.
3. Data cakupan rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal.

3.10. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.10.1. Pengolahan Data

Pengolahan data yang dilakukan antara lain :

1. *Editing*

Sebelum data diolah, data tersebut perlu diedit terlebih dahulu. Editing adalah memeriksa data yang telah dikumpulkan baik berupa daftar pertanyaan, kartu atau buku register. Editing bertujuan untuk kelengkapan data, kesinambungan data dan menganalisis keragaman data, bila ada keterangan dapat segera dilengkapi.

2. *Coding*

Data yang dikumpulkan dapat berupa angka, kalimat pendek atau panjang, sehingga dengan demikian untuk memudahkan analisa, maka jawaban tersebut perlu diberi kode.

3. *Scoring*

Penilaian data dengan memberi skor untuk pertanyaan yang berkaitan dengan variabel – variabel penelitian.

4. *Entry*

Entry adalah kegiatan memasukkan data yang telah didapat kedalam program komputer yang telah ditetapkan.

5. *Tabulasi data*

Pengelompokkan data ke dalam tabel sesuai dengan tujuan penelitian dan kemudian menyajikannya dalam bentuk tabel untuk memudahkan pembacaan hasil penelitian.

3.10.2. Analisis Data

Setelah semua data terkumpul, maka langkah selanjutnya adalah menganalisis data sehingga data tersebut dapat ditarik suatu kesimpulan. Analisis data dilakukan dengan menggunakan bantuan program computer SPSS 16. Analisis data yang digunakan meliputi :

3.10.2.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil tiap penelitian (SoekidjoNotoatmodjo, 2002 :188), variabelnya meliputi : tingkat pendidikan, umur, jumlah pendapatan, status pekerjaan, jumlah anggota keluarga, penyuluhan kesehatan, jarak tempat pelayanan kesehatan, dukungan kader kesehatan, dukungan tokoh masyarakat dan praktik PHBS. Pada analisis ini akan menghasilkan distribusi dan persentase dari masing-masing variabel. Analisis ini digunakan untuk mendeskripsikan setiap variabel penelitian dengan cara membuat tabel dan grafik distribusi frekuensi tiap variabel.

3.10.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan dari variabel yang diteliti. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan uji statistik yang sesuai dengan skala data yang ada. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square* atau Chi Kuadrat, dan dengan uji alternatif yaitu *Fisher's Exact Test* jika syarat untuk uji Chi Square tidak terpenuhi. Taraf signifikansi yang digunakan adalah 95% dengan nilai kemaknaan 5% (Sugiyono, 2006:104) . Rumus uji *Chi Square* yaitu :

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_o - f_h)^2}{f_h}$$

Keterangan :

$X^2 = Chi\ Square$

f_o = Frekuensi yang diobservasi

f_h = Frekuensi yang diharapkan

Kriteria hubungan berdasarkan nilai p value (probabilitas) yang dihasilkan dibandingkan dengan nilai kemaknaan, dengan kriteria :

1. Jika p value $\geq 0,05$ maka H_0 diterima.
2. Jika p value $< 0,05$ maka H_0 ditolak (Sopiyudin Dahlan, 2008 : 236).

Untuk mengetahui tingkat keeratan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, maka digunakan (*Coefficient Contingency*) koefisiensi kontingensi. Kriteria keeratan hubungan dengan menggunakan koefisiensi kontingensi, yaitu sebagai berikut :

- 1) 0,00 – 0,199 maka hubungan sangat rendah
- 2) 0,20 – 0,399 maka hubungan rendah
- 3) 0,40 – 0,599 maka hubungan cukup kuat
- 4) 0,60 – 0,799 maka hubungan kuat
- 5) 0,80 – 1,00 maka hubungan sangat kuat

Syarat dalam menggunakan rumus *Chi – Square* adalah data kategorik, jenis penelitiannya *explanatory research*, desain penelitian *cross sectional*, tidak

berpasangan, jenis hipotesis asosiatif atau hubungan, dan skala pengukurannya nominal atau ordinal (M.Sopiyudin Dahlan, 2008: 157).



BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Analisis Univariat

4.1.1.1. Tingkat Pendidikan

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
(1)	(2)	(3)
Pendidikan dasar	84	95,45
Pendidikan menengah	3	3,4
Pendidikan tinggi	1	1,1
Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan adanya variasi tingkat pendidikan responden, diperoleh bahwa sebagian besar responden berpendidikan dasar yaitu tidak sekolah dan tamat SD serta tamat SMP sebanyak 84 orang dengan persentase sebesar 95,45%, sedangkan responden yang berpendidikan menengah yaitu tamat SMA sebanyak 3 orang dengan persentase 3,4% dan responden yang berpendidikan tinggi yaitu tamat akademi/ perguruan tinggi sebanyak 1 orang dengan persentase 1,1%.

4.1.1.2. Umur

Distribusi responden berdasarkan umur dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur

Umur	Frekuensi	Persentase %
(1)	(2)	(3)
18 – 39 tahun (Dewasa Awal)	45	51,1
40 – 60 tahun (Dewasa Madya)	43	48,9
Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berusia 18 – 39 tahun yaitu sebanyak 45 orang dengan persentase sebanyak 51,1% , sedangkan responden yang berusia 40 – 60 tahun sebanyak 43 orang.

4.1.1.3. Jumlah Pendapatan

Distribusi responden berdasarkan jumlah pendapatan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Pendapatan

Jumlah Pendapatan	Frekuensi	Persentase (%)
(1)	(2)	(3)
Penghasilan rendah	42	47,7
Penghasilan tinggi	46	52,3
Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai penghasilan tinggi karena jumlah pendapatan keluarga responden di atas UMR Kabupaten Kendal tahun 2010 (Rp.780.000,-) yaitu sebanyak 46 orang

dengan persentase 52,3%, sedangkan jumlah responden yang mempunyai penghasilan rendah sebanyak 42 orang dengan persentase 47,7%.

4.1.1.4. Status Pekerjaan

Distribusi responden berdasarkan status pekerjaan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Status Pekerjaan

Status Pekerjaan Responden	Frekuensi	Persentase (%)
(1)	(2)	(3)
Tidak bekerja	51	58,0
Bekerja	37	42,0
Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden tidak bekerja yaitu sebanyak 51 responden dengan persentase 58% , sedangkan responden yang bekerja sebanyak 37 responden (42%).

4.1.1.5. Jumlah Anggota Keluarga

Distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah Anggota Keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
(1)	(2)	(3)
Keluarga Kecil	50	56,8
Keluarga Besar	38	43,2
Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki keluarga kecil sesuai anjuran BKKBN untuk menciptakan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) dengan memiliki anak tidak lebih dari 2 orang. Responden yang memiliki keluarga kecil sebanyak 50 orang dengan persentase 56,8% , sedangkan responden yang memiliki anggota keluarga lebih dari 4 orang sebanyak 38 orang dengan persentase 43,2%.

4.1.1.6. Kegiatan Penyuluhan Kesehatan

Distribusi kegiatan penyuluhan kesehatan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.6 Distribusi Kegiatan Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan Kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
(1)	(2)	(3)
Kurang	47	53,4
Baik	41	46,6
Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel 4.6 diketahui bahwa sebagian besar responden menyatakan penyuluhan kesehatan tentang PHBS dalam kategori kurang yaitu sebanyak 47 orang dengan persentase 53,4% , sedangkan 41 responden (46,6%) menyatakan mendapatkan penyuluhan kesehatan tentang PHBS dalam kategori baik. Dikatakan kurang jika responden mendapatkan penyuluhan tidak lebih dari rata – rata dari seluruh responden yang mendapatkan penyuluhan, dan dikatakan baik jika responden mendapatkan penyuluhan lebih dari rata – rata.

4.1.1.7. Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan

Distribusi jarak tempat pelayanan kesehatan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.7 Distribusi Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan

Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
(1)	(2)	(3)
Kurang Terjangkau	16	18,2
Terjangkau	72	81,8
Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel 4.7 diketahui bahwa sebagian besar responden menyatakan bahwa jarak tempat pelayanan kesehatannya terjangkau yaitu sebanyak 72 orang dengan persentase 81,8% , sedangkan 16 responden (18,2%) menyatakan bahwa jarak tempat pelayanan kesehatannya kurang terjangkau.

4.1.1.8. Dukungan Kader Kesehatan Terhadap Praktik PHBS

Distribusi dukungan kader kesehatan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.8 Distribusi Dukungan Kader Kesehatan Terhadap Praktik PHBS

Dukungan Kader Kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
(1)	(2)	(3)
Kurang Mendukung	53	60,2
Mendukung	35	39,8
Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel 4.8 diketahui bahwa sebagian besar responden kurang mendapat dukungan dari kader kesehatan tentang PHBS yaitu sebanyak 53 orang dengan persentase 60,2% , sedangkan 35 responden (39,8%) mendapatkan

dukungan kader kesehatan. Dikatakan mendukung jika responden mendapat dukungan dari kader kesehatan lebih dari rata – rata seluruh responden yang mendapat dukungan dari kader kesehatan, dan dikatakan kurang mendukung jika responden mendapat dukungan dari kader kesehatan kurang dari rata – rata.

4.1.1.9. Dukungan Tokoh Masyarakat Terhadap Praktik PHBS

Distribusi dukungan tokoh masyarakat dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.9 Distribusi Dukungan Tokoh Masyarakat Terhadap Praktik PHBS

Dukungan Tokoh Masyarakat	Frekuensi	Persentase (%)
(1)	(2)	(3)
Kurang Mendukung	53	60,2
Mendukung	35	39,8
Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel 4.9 diketahui bahwa sebagian besar responden kurang mendapat dukungan dari tokoh masyarakat tentang PHBS yaitu sebanyak 53 orang dengan persentase 60,2% , sedangkan 35 responden (39,8%) mendapatkan dukungan tokoh masyarakat. Dikatakan mendukung jika responden mendapat dukungan dari tokoh masyarakat lebih dari rata – rata seluruh responden yang mendapat dukungan dari tokoh masyarakat, dan dikatakan kurang mendukung jika responden mendapat dukungan dari tokoh masyarakat kurang dari rata – rata.

4.1.1.10. Praktik PHBS

Distribusi praktik PHBS dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.10 Distribusi Praktik PHBS

Praktik PHBS	Frekuensi	Persentase (%)
(1)	(2)	(3)
Kurang	33	37,5
Baik	55	62,5
Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel 4.10 diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 55 responden dengan persentase 62,5% yang memiliki praktik PHBS baik, sedangkan yang memiliki praktik PHBS kurang adalah sebanyak 33 responden dengan persentase 37,5%. Dikatakan baik jika responden melaksanakan praktik PHBS antara 10 – 16 indikator, dan dikatakan kurang jika responden melaksanakan praktik PHBS antara 0 – 9 indikator.

4.1.2. Analisis Bivariat

4.1.2.1. Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Praktik PHBS

Tabel 4.11 Tabulasi Silang Antara Tingkat Pendidikan dengan Praktik PHBS

Tingkat Pendidikan	Praktik PHBS				Jumlah	P value	
	Kurang		Baik				
	n	%	n	%			
Pendidikan Dasar	33	37,5	51	58,0	84	95,5	0,292
Pendidikan Tinggi	0	0	4	4,5	4	4,5	
Jumlah	33	37,5	55	62,5	88	100	

Berdasarkan tabel 4.11 dapat diketahui bahwa dari 84 responden yang memiliki tingkat pendidikan dasar, ada 33 responden (37,5%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 51 responden (58,0%) yang memiliki praktik PHBS baik. Begitu juga dari 4 responden yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi, ada 0 responden (0%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 4 responden (4,5%) yang memiliki praktik PHBS baik.

Hasil analisis dengan menggunakan uji *Fisher's* dengan taraf kepercayaan 95% karena terdapat *expected count* yang kurang dari 5 ada 2 sel, maka diperoleh *P value* = 0,292 dimana itu lebih dari 0,05 ($0,292 > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS.

4.1.2.2. Hubungan Umur Dengan Praktik PHBS

Tabel 4.12 Tabulasi Silang Antara Umur dengan Praktik PHBS

Umur	Praktik PHBS				Jumlah	<i>P value</i>	
	Kurang		Baik				
	n	%	n	%			
Dewasa Awal	15	17,0	30	34,1	45	51,1	0,409
Dewasa Madya	18	20,5	25	28,4	43	48,9	
Jumlah	33	37,5	55	62,5	88	100	

Berdasarkan tabel 4.12 dapat diketahui bahwa dari 45 responden yang berumur dewasa awal (antara umur 18 – 39 tahun), ada 15 responden (17,0%)

yang memiliki praktik PHBS kurang dan 30 responden (34,1%) yang memiliki praktik PHBS baik. Begitu juga dari 43 responden yang berumur dewasa madya (antara umur 40 – 60 tahun), ada 18 responden (20,5%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 25 responden (28,4%) yang memiliki praktik PHBS baik.

Hasil analisis dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *P value* = 0,409 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,409 > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan antara umur dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS.

4.1.2.3. Hubungan Jumlah Pendapatan Dengan Praktik PHBS

Tabel 4.13 Tabulasi Silang Antara Jumlah Pendapatan dengan Praktik PHBS

Jumlah Pendapatan	Praktik PHBS				Jumlah N	<i>P value</i>	<i>CC</i>	
	Kurang		Baik					
	n	%	n	%				
Penghasilan Rendah	25	28,4	17	19,3	42	47,7	0,0001	0,399
Penghasilan Tinggi	8	9,1	38	43,2	46	52,3		
Jumlah	33	37,5	55	62,5	88	100		

Berdasarkan tabel 4.13 dapat diketahui bahwa dari 42 responden yang memiliki penghasilan rendah, ada 25 responden (28,4%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 17 responden (19,3%) yang memiliki praktik PHBS baik. Begitu juga dari 46 responden yang memiliki penghasilan tinggi, ada 8 responden

(9,1%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 38 responden (43,2%) yang memiliki praktik PHBS baik.

Hasil analisis dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *P value* = 0,000 dimana itu kurang dari 0,05 ($0,000 < 0,05$), yang artinya ada hubungan antara jumlah pendapatan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS. Dilihat dari hasil nilai *Coefisient Contingency* sebesar 0,399 yang menunjukkan bahwa hubungan tersebut rendah.

4.1.2.4. Hubungan Status Pekerjaan Dengan Praktik PHBS

Tabel 4.14 Tabulasi Silang Antara Status Pekerjaan dengan Praktik PHBS

Status Pekerjaan	Praktik PHBS				Jumlah N	<i>P value</i>	
	Kurang		Baik				
	n	%	n	%	%		
Tidak Bekerja	20	22,7	31	35,2	51	57,9	0,696
Bekerja	13	14,8	24	27,3	37	42,1	
Jumlah	33	37,5	55	62,5	88	100	

Berdasarkan tabel 4.14 dapat diketahui bahwa dari 51 responden yang tidak bekerja, ada 20 responden (22,7%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 31 responden (35,2%) yang memiliki praktik PHBS baik. Begitu juga dari 37 responden yang bekerja, ada 13 responden (14,8%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 24 responden (27,3%) yang memiliki praktik PHBS baik.

Hasil analisis dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh P value = 0,696 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,696 > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS.

4.1.2.5. Hubungan Jumlah Anggota Keluarga Dengan Praktik PHBS

Tabel 4.15 Tabulasi Silang Antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Praktik PHBS

Jumlah Anggota Keluarga	Praktik PHBS				Jumlah N	P value	
	Kurang		Baik				
	n	%	n	%			
Keluarga Kecil	19	21,6	31	35,2	50	56,8	0,912
Keluarga Besar	14	15,9	24	27,3	38	43,2	
Jumlah	33	37,5	55	62,5	88	100	

Berdasarkan tabel 4.15 dapat diketahui bahwa dari 50 responden yang memiliki keluarga kecil, ada 19 responden (21,6%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 31 responden (35,2%) yang memiliki praktik PHBS baik. Begitu juga dari 38 responden yang memiliki keluarga besar, ada 14 responden (15,9%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 24 responden (27,3%) yang memiliki praktik PHBS baik.

Hasil analisis dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh P value = 0,912 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,912 > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS.

4.1.2.6. Hubungan Penyuluhan Kesehatan Dengan Praktik PHBS

Tabel 4.16 Tabulasi Silang Antara Penyuluhan Kesehatan dengan Praktik PHBS

Penyuluhan Kesehatan	Praktik PHBS				Jumlah N	P value	
	Kurang		Baik				
	n	%	n	%			
Kurang	19	21,6	28	31,8	47	53,4	0,544
Baik	14	15,9	27	30,7	41	46,6	
Jumlah	33	37,5	55	62,5	88	100	

Berdasarkan tabel 4.16 dapat diketahui bahwa dari 47 responden yang mendapat penyuluhan kategori kurang, ada 19 responden (21,6%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 28 responden (31,8%) yang memiliki praktik PHBS baik. Begitu juga dari 41 responden yang mendapat penyuluhan kategori baik, ada 14 responden (15,9%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 27 responden (30,7%) yang memiliki praktik PHBS baik.

Hasil analisis dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh P value = 0,544 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,544 > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan antara penyuluhan kesehatan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS.

4.1.2.7. Hubungan Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan Dengan Praktik PHBS

Tabel 4.17 Tabulasi Silang Antara Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan dengan Praktik PHBS

Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan	Praktik PHBS						P value
	Kurang		Baik		Jumlah		
	n	%	n	%	N	%	
Kurang Terjangkau	4	4,5	12	13,6	16	18,1	0,254
Terjangkau	29	33,0	43	48,9	72	81,9	
Jumlah	33	37,5	55	62,5	88	100	

Berdasarkan tabel 4.17 dapat diketahui bahwa dari 16 responden yang jarak tempat pelayanannya kurang terjangkau dari rumahnya, ada 4 responden (4,5%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 12 responden (13,6%) yang memiliki praktik PHBS baik. Begitu juga dari 72 responden yang jarak tempat pelayanannya terjangkau dari rumahnya, ada 29 responden (33,0%) yang memiliki praktik PHBS kurang dan 43 responden (48,9%) yang memiliki praktik PHBS baik.

Hasil analisis dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh P value = 0,254 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,254 > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan antara jarak tempat pelayanan kesehatan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS.

4.1.2.8. Hubungan Dukungan Kader Kesehatan Dengan Praktik PHBS

Tabel 4.18 Tabulasi Silang Antara Dukungan Kader Kesehatan dengan Praktik PHBS

Dukungan Kader Kesehatan	Praktik PHBS						P value	CC
	Kurang		Baik		Jumlah			
	n	%	n	%	N	%		
Kurang Mendukung	25	28,4	28	31,8	53	60,2	0,021	0,239
Mendukung	8	9,1	27	30,7	35	39,8		
Jumlah	33	37,5	55	62,5	88	100		

Berdasarkan tabel 4.18 dapat diketahui bahwa dari 53 responden yang kurang mendapat dukungan dari kader kesehatan, yang terdiri dari 25 responden (28,4%) memiliki praktik PHBS kurang dan 28 responden (31,8%) memiliki praktik PHBS baik. Begitu juga dari 35 responden yang mendapat dukungan dari kader kesehatan, ada 8 responden (9,1%) memiliki praktik PHBS kurang dan 27 responden (30,7%) memiliki praktik PHBS baik.

Hasil analisis dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh P value = 0,021 dimana itu kurang dari 0,05 ($0,021 < 0,05$), yang artinya ada hubungan antara dukungan kader kesehatan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS. Dilihat dari hasil nilai *Coefisient Contingency* sebesar 0,239 yang menunjukkan bahwa hubungan tersebut rendah.

4.1.2.9. Hubungan Dukungan Tokoh Masyarakat Dengan Praktik PHBS

Tabel 4.19 Tabulasi Silang Antara Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Praktik PHBS

Dukungan Tokoh Masyarakat	Praktik PHBS						P value
	Kurang		Baik		Jumlah		
	n	%	n	%	N	%	
Kurang Mendukung	22	25,0	31	35,2	53	60,2	0,339
Mendukung	11	12,5	24	27,3	35	39,8	
Jumlah	33	37,5	55	62,5	88	100	

Berdasarkan tabel 4.19 dapat diketahui bahwa dari 53 responden yang kurang mendapat dukungan dari tokoh masyarakat, terdiri dari 22 responden (25,0%) memiliki praktik PHBS kurang dan 31 responden (35,2%) memiliki praktik PHBS baik. Begitu juga dari 35 responden yang mendapat dukungan dari tokoh masyarakat, ada 11 responden (12,5%) memiliki praktik PHBS kurang dan 24 responden (27,3%) memiliki praktik PHBS baik.

Hasil analisis dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *P value* = 0,339 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,339 > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan antara dukungan tokoh masyarakat dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Pembahasan

5.1.1. Analisis Univariat

5.1.1.1. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian di desa Tunggulsari, diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan rendah. Hal ini terlihat dari 88 responden sebanyak 14 orang (15,9%) tidak sekolah dan 50 orang (56,8%) lulusan sekolah dasar serta 20 orang (22,7%) lulusan SMP dan 3 orang lulusan SMA serta 1 orang lulus perguruan tinggi.

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (Dikbud, 2003:1). Jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, menengah, dan pendidikan tinggi. Dalam kehidupan suatu bangsa, pendidikan mempunyai peranan penting untuk menjamin perkembangan dan kelangsungan kehidupan bangsa yang bersangkutan.

Pendidikan formal yang dimiliki seseorang akan mempengaruhi kemampuan untuk mencerna informasi – informasi yang diterima sekaligus mempertimbangkan apakah informasi tersebut bisa dijadikan dasar bagi perilaku

mereka selanjutnya. Dalam hal penerimaan pesan, seseorang yang memiliki pendidikan dasar biasanya lebih lambat jika dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pendidikan menengah maupun tinggi. Oleh karena itu dalam penyampaian pesan diperlukan adanya suatu media sehingga dapat membantu seseorang dalam menerima pesan tersebut. Selain itu, dengan adanya perbedaan tingkat pendidikan maka akan berdampak pada berbedanya individu menanggapi suatu masalah dan penerimaan pesan lebih mudah bagi yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi (Jumali Asroh, 2008:60).

5.1.1.2. Umur

Berdasarkan hasil penelitian di desa Tunggulsari, diketahui bahwa sebagian besar responden berusia 18 – 39 tahun (Dewasa awal) yaitu sebanyak 45 orang dengan persentase sebanyak 51,1% , sedangkan responden yang berusia 40 – 60 tahun (Dewasa madya) sebanyak 43 orang. Menurut Azwar (1983) dalam Hari Iskriyanti, umur merupakan suatu faktor yang dapat menggambarkan kematangan fisik, psikis ataupun sosial dan sekurang-kurangnya berpengaruh dalam proses pembelajaran. Melalui perjalanan umurnya yang semakin dewasa, makhluk yang bersangkutan akan melakukan adaptasi perilaku hidupnya terhadap lingkungannya disamping secara alamiah juga berkembang perilaku yang sifatnya naluriah (Budioro, 1998:31).

5.1.1.3. Jumlah Pendapatan

Berdasarkan hasil penelitian di desa Tunggulsari, diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai penghasilan tinggi karena jumlah pendapatan keluarga responden di atas UMR Kabupaten Kendal tahun 2010

(Rp.780.000,-) yaitu sebanyak 46 orang dengan persentase 52,3%, sedangkan jumlah responden yang mempunyai penghasilan rendah sebanyak 42 orang dengan persentase 47,7%.

Masyarakat miskin atau berstatus ekonomi rendah, keadaan gizinya rendah, pengetahuan tentang kesehatannya pun rendah, sehingga perilaku kesehatan yang dilakukan akan buruk. Hal ini juga akan berdampak pada kesehatan lingkungannya yang buruk dan status kesehatannya juga buruk (Juli Soemirat Slamet, 2003:14).

5.1.1.4. Status Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian di desa Tunggulsari, diketahui bahwa sebagian besar responden tidak bekerja yaitu sebanyak 51 responden dengan persentase 58% , sedangkan responden yang bekerja sebanyak 37 responden (42%).

Ibu rumah tangga yang bekerja dapat memperkirakan seberapa aktif ibu diluar rumah. Pada ibu yang bekerja maka dia akan lebih sering terpajan dengan kegiatan – kegiatan atau sumber informasi termasuk informasi perilaku hidup bersih dan sehat serta manfaatnya, sehingga dapat diasumsikan bahwa ibu rumah tangga yang bekerja akan memiliki pengetahuan yang lebih dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja (Syafrizal, 2002:94).

5.1.1.5. Jumlah Anggota Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian di desa Tunggulsari, diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki keluarga kecil sesuai anjuran BKKBN untuk menciptakan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) dengan

memiliki anak tidak lebih dari 2 orang. Responden yang memiliki keluarga kecil sebanyak 50 orang dengan persentase 56,8% , sedangkan responden yang memiliki anggota keluarga lebih dari 4 orang sebanyak 38 orang dengan persentase 43,2%.

Di dalam keluarga yang besar dan miskin, anak – anak dapat menderita oleh karena penghasilan keluarga harus digunakan oleh banyak orang. Jumlah anggota keluarga dapat mempunyai pengaruh terhadap kesakitan (seperti penyakit menular dan gangguan gizi) dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Suatu keluarga besar karena besarnya tanggungan secara relatif mungkin harus tinggal berdesak – desakan di dalam rumah yang luasnya terbatas hingga memudahkan penularan penyakit menular di kalangan anggota – anggota keluarganya, karena persediaan harus digunakan untuk anggota keluarga yang besar maka mungkin pula tidak dapat membeli cukup makanan yang bernilai gizi cukup atau tidak dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:18).

5.1.1.6. Penyuluhan Kesehatan tentang PHBS

Penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya penyuluhan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal – hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain.

Berdasarkan hasil penelitian di desa Tunggulsari, diketahui bahwa sebagian besar responden menyatakan penyuluhan kesehatan tentang PHBS dalam kategori kurang yaitu sebanyak 47 orang dengan persentase 53,4% , sedangkan 41 responden (46,6%) menyatakan mendapatkan penyuluhan kesehatan tentang PHBS dalam kategori baik. Dikatakan kurang jika responden mendapatkan penyuluhan tidak lebih dari rata – rata dari seluruh responden yang mendapatkan penyuluhan, dan dikatakan baik jika responden mendapatkan penyuluhan lebih dari rata – rata.

Definisi penyuluhan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan yang ditujukan agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal – hal yang merugikan kesehatan mereka dan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan bila sakit, dan sebagainya. Namun lebih dari itu penyuluhan kesehatan pada akhirnya bukan hanya mencapai kesadaran masyarakat tentang kesehatan tetapi dalam hal ini kesadaran untuk melakukan perilaku sehat, karena kesehatan bukan hanya diketahui atau disadari dan disikapi melainkan harus dikerjakan atau dilaksanakan dalam kehidupan sehari – hari (Soekidjo Notoatmodjo, 2003: 10).

Penyuluhan kesehatan memiliki peranan penting dalam mendukung angka partisipasi kesehatan masyarakat atau dalam mendukung akselerasi kualitas kesehatan masyarakat. Secara umum, tujuan dari penyuluhan kesehatan ini adalah perubahan perilaku individu dan budaya masyarakat sehingga mampu menunjukkan perilaku dan budaya yang sehat (Momon Sudarma, 2008 : 52).

Tahap pertama yang perlu dilakukan sebelum diadakan penyuluhan yaitu penyadaran masyarakat akan permasalahan atau kebutuhan yang mereka hadapi. Bahkan seringkali masyarakat tidak menyadari apa yang dibutuhkannya. Kesadaran ini bisa didapat apabila masyarakat terlibat dalam suatu kegiatan yang membawa mereka kepada kebutuhan tadi. Berikan alasan tentang kenapa akibat dan manfaat berperilaku hidup bersih dan sehat, kemudian berikan masukan tentang bagaimana mengatasi masalah terutama yang berhubungan dengan kesehatan (Juli Soemirat Slamet, 2003:206).

5.1.1.7. Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian di desa Tunggulsari, diketahui bahwa sebagian besar responden menyatakan bahwa jarak tempat pelayanan kesehatannya terjangkau yaitu sebanyak 72 orang dengan persentase 81,8% , sedangkan 16 responden (18,2%) menyatakan bahwa jarak tempat pelayanan kesehatannya kurang terjangkau.

Menurut Sukmana (2000), makin jauh jarak suatu pelayanan kesehatan dasar, makin segan seseorang untuk datang. Ada batasan jarak tertentu sehingga orang masih mau untuk mencari pelayanan kesehatan. Batasan jarak secara nyata dipengaruhi pula oleh jenis jalan, jenis kendaraan, dan biaya transportasi. Seseorang ibu yang mempersepsikan jarak rumah ke tempat pelayanan kesehatan dekat akan mempunyai keinginan untuk melakukan praktik PHBS, dan sebaliknya (Ridho Ladifre, 2009: 18). Menurut Ridho Ladifre (2009: 20), jarak tempat pelayanan kesehatan dikategorikan jauh apabila > 5 km, sedangkan jarak dikategorikan dekat apabila ≤ 5 km.

5.1.1.8. Dukungan Kader Kesehatan tentang PHBS

Berdasarkan hasil penelitian di desa Tunggulsari, diketahui bahwa sebagian besar responden kurang mendapat dukungan dari kader kesehatan tentang PHBS yaitu sebanyak 53 orang dengan persentase 60,2% , sedangkan 35 responden (39,8%) mendapatkan dukungan kader kesehatan. Dikatakan mendukung jika responden mendapat dukungan dari kader kesehatan lebih dari rata – rata seluruh responden yang mendapat dukungan dari kader kesehatan, dan dikatakan kurang mendukung jika responden mendapat dukungan dari kader kesehatan kurang dari rata – rata. Di tengah–tengah masyarakat, kader kesehatan adalah menjadi tokoh panutan di bidang kesehatan. Untuk itu maka kader kesehatan harus mempunyai sikap dan perilaku yang sesuai dengan nilai – nilai kesehatan (Notoatmodjo, 2003: 102).

5.1.1.9. Dukungan Tokoh Masyarakat tentang PHBS

Berdasarkan hasil penelitian di desa Tunggulsari, diketahui bahwa sebagian besar responden kurang mendapat dukungan dari tokoh masyarakat tentang PHBS yaitu sebanyak 53 orang dengan persentase 60,2% , sedangkan 35 responden (39,8%) mendapatkan dukungan tokoh masyarakat. Dikatakan mendukung jika responden mendapat dukungan dari tokoh masyarakat lebih dari rata – rata seluruh responden yang mendapat dukungan dari tokoh masyarakat, dan dikatakan kurang mendukung jika responden mendapat dukungan dari tokoh masyarakat kurang dari rata – rata. Tokoh masyarakat juga merupakan panutan perilaku (termasuk) perilaku kesehatan. Sikap dan perilaku tokoh masyarakat

merupakan pendorong atau penguat perilaku sehat masyarakat (Notoatmodjo, 2003: 102).

5.1.1.10. Praktik tentang PHBS

Berdasarkan hasil penelitian di desa Tunggulsari, diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 55 responden dengan persentase 62,5% yang memiliki praktik PHBS baik, sedangkan yang memiliki praktik PHBS kurang adalah sebanyak 33 responden dengan persentase 37,5%. Dikatakan baik jika responden melaksanakan praktik PHBS antara 10 – 16 indikator, dan dikatakan kurang jika responden melaksanakan praktik PHBS antara 0 – 9 indikator. Praktik tentang PHBS merupakan suatu upaya untuk peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan menitikberatkan kegiatan kepada 5 program prioritas yaitu KIA, Gizi, Kesehatan Lingkungan, Gaya Hidup dan JPKM.

5.1.2. Analisis Bivariat

5.1.2.1. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Praktik PHBS

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *Fisher* diperoleh p value = 0,292 (p value > 0,05).

Seseorang yang berpendidikan tinggi, jadi pengetahuan dan taraf sosialnyapun tinggi, tetapi tanpa didukung oleh pendapatan yang memadai maka perilaku sehat tidak akan terwujud (Juli Soemirat Arab, 2003:16). Menurut Ajazen (1988) untuk membuat seseorang berperilaku seperti yang dianjurkan harus ada keyakinan mengenai tersedia-tidaknya kesempatan dan sumber daya yang diperlukan (Saifuddin Aswar, 2010:13).

Pada penelitian Jumali Asroh (2008) menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan cakupan imunisasi DPT pada bayi di wilayah kerja puskesmas Kebumen III (p value = 0,205). Hasil penelitian Jumali Asroh menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan dasar, kaitannya dalam penyerapan pesan dalam proses pendidikan dapat digunakan suatu alat peraga dalam proses pendidikan atau pengajarannya (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:71). Media berupa gambar yang digunakan untuk menyampaikan pesan / informasi tentang kesehatan dapat diterima dengan jelas oleh para responden tanpa berpengaruh pada tingkat pendidikan mereka (Jumali Asroh,2008:61).

Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa sebagian besar responden yang berpendidikan rendah sudah melakukan praktik PHBS dengan baik karena sebagian besar responden tersebut memiliki jumlah pendapatan yang memadai dan terdapat pamflet yang berisi ajakan untuk berPHBS yang ditempel di Kantor Kelurahan Tungulsari dan di Puskesmas Brangsong sehingga dapat mendorong keinginan seseorang untuk melakukan praktik PHBS.

5.1.2.2. Hubungan Antara Umur Responden dengan Praktik PHBS

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji chi square diperoleh p value = 0,409 (p value > 0,05).

Menurut Azwar (1983) dalam Hari Iskriyanti (2002:94), umur merupakan suatu faktor yang dapat menggambarkan kematangan fisik, psikis ataupun sosial dan sekurang-kurangnya berpengaruh dalam proses pembelajaran.

Perubahan perilaku karena proses pendewasaan pada hakekatnya merupakan gabungan atau terjadi baik secara adaptif maupun naluriah. Perubahan perilaku secara naluriah muncul karena timbulnya dorongan dari dalam diri individu tersebut, sehingga bentuk perilaku yang muncul bisa diamati terutama berkaitan dengan adanya dorongan dari dalam pada waktu itu. Sedangkan perubahan perilaku secara adaptif yaitu perilaku yang berkembang dalam diri seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungannya untuk menjaga kelangsungan hidup, misalkan adanya proses sosialisasi atau pembudayaan. Melalui perjalanan umurnya yang semakin dewasa, makhluk yang bersangkutan akan melakukan adaptasi perilaku hidupnya terhadap lingkungannya disamping secara alamiah juga berkembang perilaku yang sifatnya naluriah untuk melakukan praktik hidup sehat (Budioro, 1998 :31).

Pada hasil penelitian ini, kematangan fisik, psikis dan sosial seseorang dengan bertambahnya umur semakin dewasa meskipun sudah terbentuk, tetapi tanpa dibekali dorongan dari individu tersebut untuk melakukan praktik perilaku

hidup bersih dan sehat, maka perilaku tersebut tidak akan terlaksana. Pada umur berapapun, jika seseorang sudah mempunyai dorongan yang kuat dari dalam diri individu tersebut maka praktik berperilaku hidup bersih dan sehat tersebut akan terwujud. Karena dorongan dalam diri individu dapat mewujudkan motivasi untuk melakukan suatu aktivitas. Atas dasar motivasi inilah maka perilaku hidup bersih dan sehat akan terbentuk (Juli Soemirat Slamet, 2003 : 9).

Seiring bertambahnya umur (proses menua) maka akan terjadi perubahan fisik-biologis/jasmani, perubahan mental-emosional/jiwa dan perubahan kehidupan seksual. Perubahan tersebut misalnya ditandai dengan fungsi penglihatan dan pendengaran mulai berkurang, sering pikun / pelupa (Bustan, 1997: 116). Disisi lain, perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas, yang merupakan hasil akhir jalinan yang saling mempengaruhi antara berbagai macam gejala seperti perhatian, pengamatan, pikiran, ingatan dan fantasi (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:135). Hal ini akan berpengaruh pada hasil penerimaan informasi tentang PHBS yang akan diterima oleh responden akan kurang maksimal.

5.1.2.3. Hubungan Antara Jumlah Pendapatan dengan Praktik PHBS

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara jumlah pendapatan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS di Desa Tungulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji chi square diperoleh p value = 0,0001 (p value < 0,05).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Syafrizal (2002:99) yang menunjukkan bahwa pendapatan / status ekonomi diduga berhubungan dengan

perilaku hidup bersih dan sehat, karena mempunyai kontribusi yang besar terhadap penyediaan fasilitas atau sarana kesehatan seperti jamban, sarana air bersih, pemenuhan gizi yang cukup, tempat sampah dan pemeliharannya.

Hasil penelitian yang dilakukan Djastuti (1992) dalam Syafrizal menjelaskan tentang kajian pelaksanaan program keluarga berencana di Perusahaan Jamu Jago Semarang menemukan ada hubungan antara biaya pelayanan dengan pemanfaatan fasilitas tempat pelayanan keluarga berencana, yang menunjukkan ada hubungan antara pendapatan dengan pelayanan keluarga berencana.

Penelitian Irawan (1998) menyatakan, dari analisa studi data kualitatif hasil survey dampak krisis terhadap ketahanan ekonomi rumah tangga dan pedesaan ditemukan bahwa, akibat pendapatan yang terbatas banyak rumah tangga miskin terpaksa merubah pola makanan pokoknya ke bahan makanan paling murah dengan kualitas yang rendah, serta mengurangi frekuensi makan dari tiga kali menjadi dua kali atau satu kali. Hal ini menunjukkan bahwa kebutuhan minimum makanan lebih prioritas dari kebutuhan minimum bukan makanan yang terdiri dari perumahan, sandang dan jasa.

Faktor ekonomi yang berhubungan dengan daya beli masyarakat akan berkaitan secara signifikan dengan penyakit menular. Kemampuan ekonomi masyarakat biasanya tercermin pada kondisi lingkungan perumahan seperti sarana air minum, jamban keluarga, SPAL, lantai, dinding, dan atap rumah. Kemampuan anggaran rumah tangga juga mempengaruhi kecepatan untuk meminta pertolongan kesehatan apabila seseorang individu tiba –tiba saja terkena penyakit,

Hal ini juga akan berdampak pada praktik perilaku hidup bersih dan sehat (Widoyono, 2008 : 5)

Pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendapatan keluarga dalam 1 bulan dari sebagian besar responden tergolong dalam kategori penghasilan tinggi yaitu sebanyak 46 responden (52,3%), karena penghasilannya diatas UMR Kabupaten Kendal tahun 2010 yang sebesar Rp 780.000,-/bulan. Pendapatan yang cukup akan mempengaruhi gaya hidup seseorang. Dengan pendapatan yang lebih dari UMR tersebut maka ibu rumah tangga dapat mengelola pendapatan tersebut dengan lebih leluasa, sehingga ibu dapat mewujudkan praktik perilaku hidup bersih dan sehat pada keluarga dan lingkungan dengan seoptimal mungkin.

5.1.2.4. Hubungan Antara Status Pekerjaan dengan Praktik PHBS

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji chi square diperoleh p value = 0,696 (p value > 0,05).

Menurut Mulyono Joyomartono, ada perbedaan yang berarti antara ibu yang juga bekerja dengan ibu yang tidak bekerja dalam hubungannya dengan kebiasaan makan. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa rendahnya *intake* itu tidak disebabkan status pekerjaan tetapi karena tidak sempurnanya penggunaan waktu oleh ibu – ibu yang bekerja. Ini sejalan dengan analisis yang menghubungkan ibu yang bekerja dengan praktik – praktik kesehatan. Ibu yang tidak bekerja dapat menyusui anaknya lama dan mau menyiapkan makanan

sendiri yang membawa akibat tingkat nutrisi lebih baik (Mulyono Joyomartono, 2006 :99).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Syafrizal (2002) dan Hari Iskriyanti (2002) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan perilaku hidup bersih dan sehat, karena pada penelitian Syafrizal sebagian respondennya adalah petani dan pekerjaan sebagai petani kurang terjadi interaksi dengan orang lain. Hal ini akan berdampak pada sumber informasi kesehatan yang diperoleh juga akan kurang. Sedangkan pada penelitian Hari Iskriyanti menyatakan bahwa tidak bekerjanya ibu diluar rumah, memungkinkan ibu lebih memperhatikan kesehatan keluarga dan kesehatan lingkungan di sekitar rumahnya serta praktik PHBS yang dilakukan dapat seoptimal mungkin sehingga berdampak pada peningkatan derajat kesehatan keluarga.

Berbeda dengan hasil penelitian Syafrizal menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang bekerja (64,7%) dan tidak bekerja (35,3%), hasil uji *chi square* didapatkan p value = 0,366, berarti pada $\alpha = 5\%$ tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan perilaku hidup bersih dan sehat.

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan praktik ibu tentang perilaku hidup bersih dan sehat. Dari data mengenai pekerjaan responden didapatkan bahwa sebagian besar responden tidak bekerja yaitu ada 51 orang (57,9%). Responden yang tidak bekerja tersebut dimungkinkan mendapat informasi tentang PHBS dari kegiatan posyandu, arisan

maupun pengajian, yang memungkinkan untuk mendorong responden melakukan praktik PHBS.

5.1.2.5. Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Praktik PHBS

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS di Desa Tungulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji chi square diperoleh p value = 0,916 (p value > 0,05) sehingga H_a ditolak.

Dari hasil penelitian Syafrizal (2002) menunjukkan bahwa jumlah anggota keluarga mempunyai hubungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat, karena jumlah anggota keluarga yang besar maka ibu rumah tangga mengalami kesibukan dan tambahan pekerjaan dalam memenuhi kebutuhan rumah tangga, seperti mencuci pakaian, memasak dan memandikan anak jika mempunyai bayi atau balita. Jumlah anggota keluarga yang besar juga menyerap kebutuhan biaya yang besar, sehingga biaya yang diperlukan untuk mempersiapkan fasilitas kesehatan seperti jamban, tempat sampah, makanan yang bergizi dan lainnya akan terabaikan. Jumlah anggota keluarga yang kecil mempunyai peluang untuk berperilaku hidup bersih dan sehat dibandingkan dengan jumlah anggota keluarga yang besar (lebih dari 4 orang).

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan praktik ibu tentang perilaku hidup bersih dan sehat. Dari data mengenai jumlah anggota keluarga responden didapatkan bahwa sebagian

besar responden memiliki keluarga kecil (3 – 4 orang) yaitu ada 50 orang (56,8%). Banyak sedikitnya jumlah keluarga dapat memberikan sumbangan baik secara materiil maupun spiritual bagi kelangsungan hidup suatu keluarga. Disamping itu juga dapat memberikan dampak pada kesehatan lingkungan maupun kesejahteraan keluarga tersebut baik positif maupun negatif. Meskipun jumlah anggota keluarganya banyak atau lebih dari 4 orang, tetapi jika memiliki pendapatan yang memadai dan mendapat dukungan dari tokoh panutan, maka praktik PHBS tersebut akan terlaksana secara maksimal.

5.1.2.6. Hubungan Antara Penyuluhan Kesehatan dengan Praktik PHBS

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara penyuluhan kesehatan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji chi square diperoleh p value = 0,544 (p value > 0,05) sehingga H_a ditolak.

Penyuluhan kesehatan bertujuan mengubah perilaku yang belum sehat menjadi perilaku sehat, artinya perilaku yang mendasarkan pada prinsip – prinsip sehat atau kesehatan (Ircham Machfoedz dan Eko Suryani, 2009 : 19). Isi atau materi dari penyuluhan kesehatan menentukan dan lebih mempengaruhi perkembangan sosial / perilaku manusia daripada frekuensi penyuluhan itu sendiri (W.A. Gerungan, 2000 : 197).

Dalam proses penyuluhan kesehatan, agar diperoleh hasil yang efektif diperlukan alat bantu atau media penyuluhan. Fungsi media dalam penyuluhan

adalah sebagai alat peraga untuk menyampaikan informasi –informasi atau pesan – pesan tentang kesehatan.

Pada penelitian ini, responden yang mendapatkan penyuluhan kategori kurang tetapi praktik berperilaku hidup bersih dan sehatnya kategori baik lebih besar jumlahnya daripada responden yang mendapatkan penyuluhan kategori kurang dengan praktik berperilaku hidup bersih dan sehat yang kurang pula. Hal ini terjadi karena yang mendapatkan penyuluhan kategori kurang, merupakan responden yang berpendidikan tinggi sehingga penyerapan informasi lebih cepat diterima dan dipraktikkan dalam kehidupan sehari – hari daripada responden yang berpendidikan rendah tetapi mendapatkan penyuluhan kategori baik.

5.1.2.7. Hubungan Antara Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan dengan Praktik PHBS

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara jarak tempat pelayanan kesehatan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS di Desa Tungulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji chi square diperoleh p value = 0,254 (p value > 0,05) sehingga H_a ditolak.

Jarak yang semakin jauh maka semakin lama waktu tempuhnya dan semakin mahal biaya angkutannya, tentunya dengan sarana untuk menempuh jarak yang sama penduduk yang tinggal didesa terpencil dengan tidak didukung oleh sarana yang lebih lama dan biaya angkutan semakin mahal sehingga hal ini akan memberikan pertimbangan tersendiri bagi masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat terutama pada kesehatan ibu dan balita.

Akses terhadap pelayanan berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan jasa. Akses geografis dapat diukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan (Joko Wijono,2007:187).

Pada hasil penelitian ini tidak terdapat hubungan antara jarak tempat pelayanan kesehatan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS karena jarak tempat pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau oleh responden, dari segi jarak. Hal ini karena responden yang jaraknya jauh dari tempat pelayanan kesehatan mempunyai tingkat ekonomi yang cukup dan akses geografisnya cukup baik sehingga tidak terhalang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan meskipun jaraknya jauh.

5.1.2.8. Hubungan Antara Dukungan Kader Kesehatan dengan Praktik PHBS

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara dukungan kader kesehatan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS di Desa Tungulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji chi square diperoleh p value = 0,021 (p value < 0,05).

Di tengah – tengah masyarakat, kader kesehatan adalah menjadi tokoh panutan di bidang kesehatan. Untuk itu maka kader kesehatan harus mempunyai sikap dan perilaku yang sesuai dengan nilai – nilai kesehatan. Oleh sebab itu, kader kesehatan harus mempunyai sikap dan perilaku yang positif, karena sikap

dan perilaku kader kesehatan merupakan pendorong atau penguat perilaku sehat masyarakat. Untuk mencapai hal tersebut kader kesehatan harus memperoleh pendidikan dan pelatihan khusus tentang kesehatan atau mendapatkan pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku (Soekidjo Notoatmodjo, 2003 :102).

Pada hasil penelitian ini, menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan kader kesehatan dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS. Praktik PHBS tidak akan tercapai tanpa motivasi yang kuat dan sumber daya atau ketersediaan sarana prasarana yang mendukung. Responden dalam penelitian ini sudah memiliki sumber daya dan dukungan yang cukup untuk melakukan praktik PHBS.

5.1.2.9. Hubungan Antara Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Praktik PHBS

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan tokoh masyarakat dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS di Desa Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji chi square diperoleh p value = 0,339 (p value > 0,05) sehingga H_a ditolak

Orang penting sebagai referensi. Hal ini berarti perilaku seseorang banyak dipengaruhi oleh orang – orang yang dianggap penting. Orang – orang yang dianggap penting ini sering disebut kelompok referensi (*referensi group*). Individu cenderung melakukan atau mencontoh perilaku orang lain yang dianggap penting baginya. Kelompok referensi ini misalkan tokoh masyarakat (Heri .D.J.Maulana, 2009 :227).

Tokoh – tokoh masyarakat merupakan panutan perilaku (termasuk) perilaku kesehatan. Oleh sebab itu, tokoh masyarakat harus mempunyai sikap dan perilaku yang positif, karena sikap dan perilaku tokoh masyarakat merupakan pendorong atau penguat perilaku sehat pada masyarakat (Soekidjo Notoatmodjo, 2003 : 102).

Pada penelitian ini tidak terdapat hubungan antara dukungan tokoh masyarakat dengan praktik ibu rumah tangga tentang PHBS, hal ini disebabkan karena masyarakat sudah memiliki motivasi dari dalam dirinya untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, sehingga tanpa dukungan dari tokoh masyarakatpun maka perilaku hidup bersih dan sehatpun akan tercapai, daripada yang mendapat dukungan tokoh masyarakat dengan kategori baik tetapi individu tersebut tidak memiliki motivasi dari dalam dirinya maka praktik untuk berperilaku hidup bersih dan sehatpun tidak akan tercipta. Karena persyaratan utama masyarakat untuk melakukan praktik perilaku hidup bersih dan sehat adalah berasal dari motivasi individu tersebut (Soekidjo Notoatmodjo, 2007 : 127).

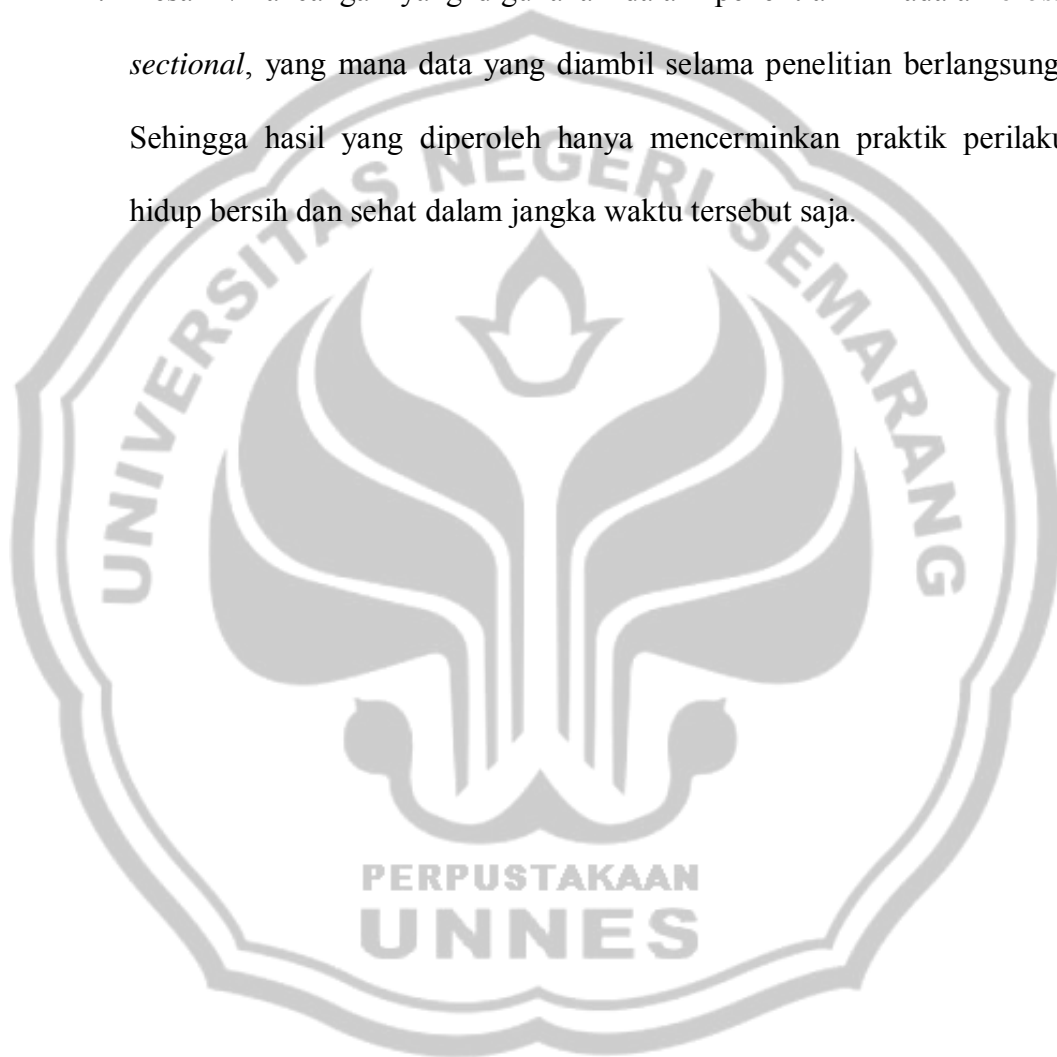
5.2. Hambatan dan Kelemahan Penelitian

5.2.1. Hambatan Penelitian

Hambatan utama penelitian ini yaitu karena penulis merupakan peneliti pemula, sehingga dalam banyak hal banyak memiliki keterbatasan terutama dalam penyusunan kuesioner yang mungkin belum memenuhi standar penyusunan kuesioner yang berlaku.

5.2.2. Kelemahan Penelitian

1. Penelitian ini belum meneliti faktor – faktor lain seperti kebiasaan ,kepercayaan, budaya, keadaan lingkungan dan norma sosial yang ada di masyarakat yang mungkin berhubungan dengan praktik PHBS.
2. Desain / rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*, yang mana data yang diambil selama penelitian berlangsung. Sehingga hasil yang diperoleh hanya mencerminkan praktik perilaku hidup bersih dan sehat dalam jangka waktu tersebut saja.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang diuraikan pada Bab IV dapat diambil simpulan bahwa :

- 6.1.1. Tidak ada hubungan signifikan antara tingkat pendidikan ibu / responden terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan nilai p value = 0,292
- 6.1.2. Tidak ada hubungan signifikan antara umur ibu / responden terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan nilai p value = 0,409
- 6.1.3. Ada hubungan signifikan antara jumlah pendapatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan nilai p value = 0,0001
- 6.1.4. Tidak ada hubungan signifikan antara status pekerjaan ibu / responden terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan nilai p value = 0,696
- 6.1.5. Tidak ada hubungan signifikan antara jumlah anggota keluarga terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan nilai p value = 0,912

- 6.1.6. Tidak ada hubungan signifikan antara penyuluhan kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan nilai p value = 0,544
- 6.1.7. Tidak ada hubungan signifikan antara jarak tempat pelayanan kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan nilai p value = 0,254
- 6.1.8. Ada hubungan signifikan antara dukungan kader kesehatan terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan nilai p value = 0,021
- 6.1.9. Tidak ada hubungan signifikan antara dukungan tokoh masyarakat terhadap praktik ibu rumah tangga tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan nilai p value = 0,339

6.2. Saran

- 6.2.1. Bagi Kepala Desa Tunggul Sari
1. Mengupayakan alokasi pendanaan kesehatan terutama untuk kegiatan penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat.
 2. Membuat kebijakan agar seluruh sektor dapat berperan serta dalam penyebaran informasi tentang perilaku hidup bersih dan sehat.
 3. Mengupayakan peningkatan alokasi pendanaan terutama untuk kegiatan penyuluhan tentang peningkatan ekonomi keluarga agar dapat menunjang kesejahteraan keluarga sehingga berdampak pada peningkatan derajat kesehatan keluarga dan praktik PHBS.

6.2.2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal

1. Meningkatkan advokasi dalam menggalakkan perilaku hidup bersih dan sehat.
2. Menjalin kemitraan lintas program dan lintas sektoral, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat serta pihak swasta dalam pemberdayaan masyarakat.
3. Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan petugas penyuluh pada puskesmas melalui pelatihan komunikasi dan konseling.
4. Meningkatkan bimbingan terhadap petugas penyuluhan puskesmas agar dapat meningkatkan frekuensi dan kualitas penyuluhan.

6.2.3. Bagi Puskemas

1. Merancang bentuk penyuluhan yang lebih menarik diminati yang sesuai dengan kondisi masyarakatnya.
2. Membuatkan perencanaan pendanaan untuk kegiatan penyuluhan tentang perilaku hidup bersih dan sehat.
3. Memprioritaskan sasaran penyuluhan kepada ibu – ibu rumah tangga seperti pada waktu pelaksanaan kegiatan posyandu , arisan dan pengajian ibu – ibu.
4. Memberikan dukungan dan pelatihan bagi kader kesehatan agar kader termotivasi untuk berperan serta dalam kegiatan yang berhubungan dengan praktik PHBS terutama di Desa Tunggulsari.

6.2.4. Bagi Peneliti lain

Mengadakan penelitian lebih lanjut untuk menggali lebih banyak informasi tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan kemungkinan – kemungkinan ada faktor lain yang lebih berpengaruh..



DAFTAR PUSTAKA

- Bimo Walgito, 2003, *Psikologi Sosial (Suatu Pengantar)*, Yogyakarta : ANDI.
- Budioro, 1998, *Pengantar Pendidikan (Penyuluhan) Kesehatan Masyarakat*, Semarang: : Undip Press.
- Departemen Kesehatan RI, 2009, *Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten / Kota Sehat*, Tersedia dalam : [http :// www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id). Diakses tanggal 15 Maret 2009.
- Depkes RI, 2002, *Paradigma Sehat Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta : Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan.
- Depdiknas, 2000, *Penjelasan Undang – Undang No.20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional*, Tersedia dalam : [http :// www.google.com](http://www.google.com) : Wajib Belajar 9 Tahun diakses tanggal 6 Maret 2009.
- Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2009, *Laporan Kegiatan Seksi PMK Dinkes Prov Jateng Tahun 2009*, Semarang : Dinas Kesehatan Jawa Tengah.
- ~~2007, *Profil Kesehatan Jawa Tengah*, Semarang : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.~~
- ~~2008, *Profil Kesehatan Jawa Tengah*, Semarang : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.~~
- ~~2006, *Pedoman Program Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Tatanan Rumah Tangga*, Semarang : Dinas Kesehatan Provinsi Jateng.~~
- Djoko Wijono, 2007, *Paradigma dan Metodologi Penelitian Kesehatan*, Surabaya : CV.Duta Prima Airlangga.
- Eko Budiarto, 2001, *Biostatistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta : EGC.
- E Fachran, 1999, *Pemanfaatan Instalasi Laboratorium di RSUD Budhi Asih Jakarta*, Depok : Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Tersedia dalam : <http://www.digilib.ui.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010.
- Fatturahman dan Mollo, 1995, *Kemiskinan dan Kependudukan di Pedesaan Jawa : Analisis Data Suseno 1992 Pusat Penelitian Kependudukan*, Yogyakarta : UGM. Tersedia dalam : <http://www.digilib.ugm.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010.
- Handoko Riwidikdo, 2007, *Statistik Kesehatan*, Yogyakarta : Mitra Cendekia Press.

- Hari Iskriyanti, 2002, *Hubungan Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Ibu Rumah Tangga Tentang PHBS Dengan Praktek Kesehatan Keluarga dan Kesehatan Lingkungan di Kelurahan Rejowinangun Kecamatan Kota Gede Kota Yogyakarta Agustus 2002* [Skripsi], Semarang : UNDIP.
- Hastono PS, 1997, *Hubungan Faktor Sosial Demografi Ibu Dengan Pemanfaatan Penolong Pesalinan di Kabupaten Cianjur 1995*, Jurnal Penelitian UI Makaro no.I Seri A, Tersedia dalam : <http://www.digilib.ui.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010.
- Heri D.J Maulana, 2007, *Promosi Kesehatan*, Jakarta : EGC.
- Ida Bagus Gde Manuaba, 1999, *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*, Jakarta: Arcan.
- Ilmu Kesehatan Masyarakat, 2006, *Pedoman Penyusunan Skripsi Mahasiswa Program Strata I*, Semarang: Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.
- Imanda Amalia, 2009, *Hubungan Antara Pendidikan, Pendapatan dan Perilaku Hidup bersih dan Sehat (PHBS) Pada Pedagang Hidangan Istimewa Kampung (HIK) di Pasar Kliwon dan Jebres Kota Surakarta* [Skripsi], Surakarta : UMS. Tersedia dalam : <http://www.digilib.ums.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010.
- Ircham Machfoedz dan Eko Suryani, 2009, *Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan*, Yogyakarta : Fitramaya.
- Irwanto dkk, 2002, *Psikologi Umum*, Jakarta : PT.Total Grafika.
- Jean Henry Raule, 2004, *Analisis Berbagai Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Tatanan Rumah Tangga*, Tersedia dalam : <http://adln.lib.unair.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010.
- Juli Soemirat Slamet, 2003, *Kesehatan Lingkungan*, Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Jumali Asroh, 2008, *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Rendahnya Cakupan Imunisasi DPT Pada Bayi Usia 2 – 11 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebumen III Kabupaten Kebumen Tahun 2008* [Skripsi]. Semarang : Unnes.
- M.N.Bustan, 1997, *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta : PT.Rineka Cipta
- M. Sopiudin Dahlan, 2005, *Besar Sampel Untuk Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Arkans.

- M. Sopiudin Dahlan, 2008, *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan Uji Hipotesis Dengan Menggunakan SPSS*, Jakarta : Arkans.
- M. Sopiudin Dahlan, 2009, *Besar Sampel Untuk Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Arkans.
- Masri Singarimbun, 1998, *Metode Penelitian Survei*, Jakarta : LP3ES Indonesia.
- Momon Sudarma, 2008, *Sosiologi Untuk Kesehatan*, Jakarta : Salemba Medika.
- Mulyono Joyomartono, 2006, *Pengantar Antropologi Kesehatan*, Semarang : Unnes Press.
- Neil Niven, 2000, *Psikologi Kesehatan*, Jakarta : EGC.
- Panji Anoraga, 2005, *Psikologi Kerja*, Jakarta : PT.Rineka Cipta.
- Ridho Ladifre.2006. Hubungan Karakteristik Ibu, Jarak ke Pelayanan Kesehatan, dan Pengeluaran Keluarga Dengan Status Imunisasi Dasar Lengkap Pada Balita Di Kabupaten Tangerang Tahun 2006 (Analisis Data Sekunder Survei Kinerja Berdasarkan Indikator Kabupaten Tangerang Sehat 2010 [Skripsi], Jakarta : UI. Tersedia dalam : <http://www.digilib.ui.ac.id> Diakses tanggal 5 September 2010.
- Sander M.A, 2005, *Hubungan Faktor Sosio Budaya Dengan Kejadian Diare di Desa Candinegoro Kecamatan Wonoayu Sidoarjo*, Jurnal Medikal, Vol 2. No 2. Juli – Desember 2005: 163 – 193. Tersedia dalam : <http://www.digilib.ui.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010.
- Senewe F.P, 1997, *Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Berobat Penderita TB Paru di Puskesmas se Kotif Depok*, Depok : Tesis Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Tersedia dalam : <http://www.digilib.ui.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010.
- Siti Fauziah, 2004, *Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Siswa di 2 Sekolah Dasar (Dengan dan Tanpa Program PHBS) Kelurahan Lorok Pakjo Palembang* [Skripsi], Jakarta : UI. Tersedia dalam : <http://www.digilib.ui.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010.
- Stanley Lemezhov dkk, 1997, *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta : Gajah Mada University Press.
- Soekidjo Notoatmodjo, 2003, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Yogyakarta : Andi Offset.
- ,1997, *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip – Prinsip Dasar*, Jakarta : PT.Rineka Cipta.

- , 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : PT. Rineka Cipta
- , 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip – Prinsip Dasar*, Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Sugiyono, 2006, *Statistik Untuk Penelitian*, Bandung : CV. Alfabeta.
- Suharsimi Arikunto, 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Sumiarto, 1993, *Perumahan dan Pemukiman, Sejarah dan Tantangan di Depan, Forum Perencanaan Pembangunan Vol.I Nomor 2*, Desember 1993, Yogyakarta : UGM. Tersedia dalam : <http://www.digilib.ugm.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010
- Syahrizal, 2002, *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan Faktor yang Berhubungan Dengannya Pada Keluarga di Kabupaten Bungo Tahun 2002* [Tesis], Jakarta : UI. Tersedia dalam : <http://www.digilib.ui.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010
- Syaifuddin Azwar, 2010, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar Offset.
- Tukiman, 1994, *Hubungan Pengetahuan, Skap dan Persepsi Peserta JPKM Gotong Royong dengan Pemanfatan Pelayanan Kesehatan di Kecamatan Cisarua Tahun 1994*, Depok :Tesis Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Tersedia dalam : <http://www.digilib.ui.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010
- UMR, 2010, UMR Jawa Tengah Kabupaten Kendal Non Sektor Tahun 2010 , diakses tanggal 20 Maret 2010 dalam (http://www.hrcentro.com/UMR/jawa_tengah/kabupaten_kendal/non_sektor/2010)
- W.A Gerungan, 2000, *Psikologi Sosial*, Bandung : PT.Refika Aditama.
- Widoyono, 2008, *Penyakit Tropis : Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemberantasannya*, Semarang : Penerbit Erlangga.
- Widyastuti P (ed), 2005, *Epidemiologi Suatu Pengantar Edisi 2*, Jakarta : EGC.
- Y Kusumawati, 2004, *Hubungan Antara Pendidikan dan Pengetahuan Kepala Keluarga Tentang Kesehatan Lingkungan Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Kelurahan Joyotakan Surakarta* [Laporan Penelitian], Surakarta : UMS. Tersedia dalam : <http://www.digilib.ums.ac.id> Diakses tanggal 15 Maret 2010

Zaahara, T, 2000, *Upaya Peningkatan Perilaku Hidup Sehat Dalam Keluarga Dalam Rangka Pembangunan Keluarga Sejahtera*, http://www.Depdiknas.go.id/jurnal/30/upaya_peningkatan_perilaku-hidup.htm Jakarta. Diakses tanggal 15 Maret 2010.



LAMPIRAN



UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS VARIABEL PENYULUHAN**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.899	17

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	9.90	22.162	.879	.883
P2	9.97	24.585	.396	.901
P3	9.80	24.303	.438	.897
P4	9.83	24.695	.398	.901
P5	9.90	22.714	.752	.887
P6	9.93	24.202	.419	.898
P7	9.83	23.730	.551	.894
P8	9.80	23.614	.597	.893
P9	9.93	23.306	.611	.892
P10	9.93	22.478	.796	.885
P11	9.77	24.254	.469	.896
P12	9.97	23.344	.598	.892
P13	9.90	22.162	.879	.883
P14	9.97	23.137	.643	.891
P15	9.77	24.185	.485	.896
P16	9.87	24.395	.392	.899
P17	9.93	24.823	.390	.903

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
10.50	26.534	5.151	17

Lanjutan (Lampiran 17)

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS VARIABEL JARAK TEMPAT PELAYANAN KESEHATAN

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.621	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P18	3.10	2.093	.413	.555
P19	3.10	2.093	.413	.555
P20	3.27	1.995	.410	.553
P21	3.23	2.116	.394	.589
P22	3.10	2.024	.474	.531
P23	3.37	2.378	.426	.667

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
3.83	2.833	1.683	6

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS VARIABEL DUKUNGAN KADER KESEHATAN

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.864	17

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P24	9.87	19.361	.477	.857
P25	9.73	19.720	.402	.860
P26	9.77	19.909	.392	.862
P27	9.77	18.944	.581	.852
P28	9.77	19.909	.392	.862
P29	9.90	19.128	.537	.854
P30	9.60	20.041	.393	.861
P31	9.67	18.989	.605	.851
P32	9.63	19.344	.533	.854
P33	9.63	19.344	.533	.854
P34	9.73	19.306	.501	.856
P35	9.77	19.013	.564	.853
P36	9.67	19.540	.466	.857
P37	9.70	19.803	.390	.860
P38	9.80	18.648	.648	.849
P39	9.60	20.041	.383	.861
P40	9.73	19.237	.518	.855

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
10.33	21.747	4.663	17

Lanjutan (Lampiran 17)

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS VARIABEL DUKUNGAN TOKOH MASYARAKAT

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.878	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P41	10.37	21.344	.767	.861
P42	10.20	22.510	.575	.869
P43	10.40	22.110	.587	.868
P44	10.33	21.264	.795	.860
P45	10.40	21.903	.633	.867
P46	10.20	23.338	.395	.876
P47	10.30	22.976	.415	.875
P48	10.37	22.999	.396	.876
P49	10.20	22.786	.508	.872
P50	10.20	23.131	.424	.874
P51	10.37	22.240	.562	.869
P52	10.33	23.126	.394	.877
P53	10.20	22.855	.491	.872
P54	10.47	23.430	.391	.879
P55	10.47	22.671	.463	.873
P56	10.33	22.989	.404	.875
P57	10.37	22.861	.426	.875
P58	10.37	22.447	.516	.871

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
10.93	25.168	5.017	18

Lanjutan (Lampiran 17)

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS VARIABEL PRAKTIK PHBS**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.857	16

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P59	9.27	17.375	.418	.852
P60	9.30	17.666	.390	.856
P61	9.30	16.700	.584	.843
P62	9.30	17.666	.398	.856
P63	9.43	16.806	.557	.845
P64	9.13	17.775	.395	.854
P65	9.20	16.786	.597	.843
P66	9.17	17.109	.528	.846
P67	9.17	17.109	.528	.846
P68	9.27	17.099	.489	.848
P69	9.30	16.838	.549	.845
P70	9.20	17.338	.449	.850
P71	9.23	17.564	.399	.854
P72	9.33	16.437	.648	.840
P73	9.13	17.706	.389	.853
P74	9.27	16.892	.542	.845

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
9.87	19.361	4.400	16

HASIL ANALISIS UNIVARIAT

Statistics

	Tingkat Pendidikan	Umur	Jumlah Pendapatan	Status Pekerjaan	Jumlah Anggota Keluarga	Penyuluhan Kesehatan	Jarak Yankes	Dukungan Kader Kesehatan	Dukungan Tokoh Masyarakat	Praktik PHBS
N Valid	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pendidikan dasar	84	95.5	95.5	95.5
Pendidikan menengah	3	3.4	3.4	98.9
Pendidikan tinggi	1	1.1	1.1	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dewasa Awal	45	51.1	51.1	51.1
Dewasa Madya	43	48.9	48.9	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Jumlah Pendapatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Di Bawah UMR	42	47.7	47.7	47.7
Di Atas UMR	46	52.3	52.3	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Status Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bekerja	37	42.0	42.0	42.0
Tidak Bekerja	51	58.0	58.0	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Jumlah Anggota Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Keluarga Besar	38	43.2	43.2	43.2
Keluarga Kecil	50	56.8	56.8	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Penyuluhan Kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	41	46.6	46.6	46.6
Kurang	47	53.4	53.4	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Terjangkau	16	18.2	18.2	18.2
Terjangkau	72	81.8	81.8	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Dukungan Kader Kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mendukung	35	39.8	39.8	39.8
Kurang Mendukung	53	60.2	60.2	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Dukungan Tokoh Masyarakat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mendukung	35	39.8	39.8	39.8
Kurang Mendukung	53	60.2	60.2	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Praktik PHBS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	55	62.5	62.5	62.5
Kurang	33	37.5	37.5	100.0
Total	88	100.0	100.0	

HASIL ANALISIS BIVARIAT

CROSSTAB TINGKAT PENDIDIKAN DENGAN PRAKTIK PHBS

Sebelum Penggabungan Sel

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pendidikan * Praktik PHBS	88	100.0%	0	.0%	88	100.0%

Tingkat Pendidikan * Praktik PHBS Crosstabulation

			Praktik PHBS		Total
			Baik	Kurang	
Tingkat Pendidikan dasar	Count		40	44	84
	Expected Count		42.0	42.0	84.0
	% within Tingkat Pendidikan		47.6%	52.4%	100.0%
	% of Total		45.5%	50.0%	95.5%
Pendidikan menengah	Count		3	0	3
	Expected Count		1.5	1.5	3.0
	% within Tingkat Pendidikan		100.0%	.0%	100.0%
	% of Total		3.4%	.0%	3.4%
Pendidikan tinggi	Count		1	0	1
	Expected Count		.5	.5	1.0
	% within Tingkat Pendidikan		100.0%	.0%	100.0%
	% of Total		1.1%	.0%	1.1%
Total	Count		44	44	88
	Expected Count		44.0	44.0	88.0
	% within Tingkat Pendidikan		50.0%	50.0%	100.0%
	% of Total		50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.190 ^a	2	.123
Likelihood Ratio	5.736	2	.057
N of Valid Cases	88		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.213	.123
N of Valid Cases		88	



Lanjutan (Lampiran 19)

CROSSTAB TINGKAT PENDIDIKAN DENGAN PRAKTIK PHBS

Setelah Penggabungan Sel

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pendidikan * Praktik PHBS	88	100.0%	0	.0%	88	100.0%

Tingkat Pendidikan * Praktik PHBS Crosstabulation

		Praktik PHBS		Total
		kurang	baik	
Tingkat pendidikan rendah	Count	33	51	84
	Expected Count	31.5	52.5	84.0
	% within Tingkat Pendidikan	39.3%	60.7%	100.0%
	% of Total	37.5%	58.0%	95.5%
pendidikan tinggi	Count	0	4	4
	Expected Count	1.5	2.5	4.0
	% within Tingkat Pendidikan	.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	.0%	4.5%	4.5%
Total	Count	33	55	88
	Expected Count	33.0	55.0	88.0
	% within Tingkat Pendidikan	37.5%	62.5%	100.0%
	% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.514 ^a	1	.113		
Continuity Correction ^b	1.117	1	.290		
Likelihood Ratio	3.874	1	.049		
Fisher's Exact Test				.292	.146
N of Valid Cases ^b	88				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.514 ^a	1	.113		
Continuity Correction ^b	1.117	1	.290		
Likelihood Ratio	3.874	1	.049		
Fisher's Exact Test				.292	.146
N of Valid Cases ^b	88				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.167	.113
N of Valid Cases		88	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Praktik PHBS = baik	.607	.511	.721
N of Valid Cases		88	

Lanjutan (Lampiran 19)

CROSSTAB UMUR DENGAN PRAKTIK PHBS**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur * Praktik PHBS	88	100.0%	0	.0%	88	100.0%

Umur * Praktik PHBS Crosstabulation

			Praktik PHBS		Total
			Kurang	Baik	
Umur	Dewasa Awal (18 – 39 tahun)	Count	15	30	45
		Expected Count	16.9	28.1	45.0
		% within Umur	33.3%	66.7%	100.0%
		% of Total	17.0%	34.1%	51.1%
	Dewasa Madya (40-60 tahun)	Count	18	25	43
		Expected Count	16.1	26.9	43.0
		% within Umur	41.9%	58.1%	100.0%
		% of Total	20.5%	28.4%	48.9%
Total		Count	33	55	88
		Expected Count	33.0	55.0	88.0
		% within Umur	37.5%	62.5%	100.0%
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.682 ^a	1	.409		
Continuity Correction ^b	.367	1	.545		
Likelihood Ratio	.683	1	.409		
Fisher's Exact Test				.510	.272
N of Valid Cases ^b	88				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,13.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.088	.409
N of Valid Cases		88	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Umur (Dewasa Awal / Dewasa Madya)	.694	.292	1.652
For cohort Praktik PHBS = Kurang	.796	.463	1.371
For cohort Praktik PHBS = Baik	1.147	.827	1.590
N of Valid Cases		88	



Lanjutan (Lampiran 19)

CROSSTAB JUMLAH PENDAPATAN DENGAN PRAKTIK PHBS**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jumlah Pendapatan * Praktik PHBS	88	100.0%	0	.0%	88	100.0%

Jumlah Pendapatan * Praktik PHBS Crosstabulation

			Praktik PHBS		Total
			Kurang	Baik	
Jumlah Pendapatan	Di Bawah UMR	Count	25	17	42
		Expected Count	15.8	26.2	42.0
		% within Jumlah Pendapatan	59.5%	40.5%	100.0%
		% of Total	28.4%	19.3%	47.7%
	Di Atas UMR	Count	8	38	46
		Expected Count	17.2	28.8	46.0
		% within Jumlah Pendapatan	17.4%	82.6%	100.0%
		% of Total	9.1%	43.2%	52.3%
Total	Count	33	55	88	
	Expected Count	33.0	55.0	88.0	
	% within Jumlah Pendapatan	37.5%	62.5%	100.0%	
	% of Total	37.5%	62.5%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16.628 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	14.879	1	.000		
Likelihood Ratio	17.237	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
N of Valid Cases ^b	88				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,75.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.399	.000
N of Valid Cases		88	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jumlah_Pendapatan (Di Bawah UMR / Di Atas UMR)	6.985	2.621	18.617
For cohort Praktik_PHBS = Kurang	3.423	1.738	6.738
For cohort Praktik_PHBS = Baik	.490	.332	.724
N of Valid Cases		88	



Lanjutan (Lampiran 19)

CROSSTAB STATUS PEKERJAAN DENGAN PRAKTIK PHBS**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Pekerjaan * Praktik PHBS	88	100.0%	0	.0%	88	100.0%

Status Pekerjaan * Praktik PHBS Crosstabulation

			Praktik PHBS		Total
			Kurang	Baik	
Status Pekerjaan	Tidak Bekerja	Count	20	31	51
		Expected Count	19.1	31.9	51.0
		% within Status Pekerjaan	39.2%	60.8%	100.0%
		% of Total	22.7%	35.2%	58.0%
	Bekerja	Count	13	24	37
		Expected Count	13.9	23.1	37.0
		% within Status Pekerjaan	35.1%	64.9%	100.0%
		% of Total	14.8%	27.3%	42.0%
Total		Count	33	55	88
		Expected Count	33.0	55.0	88.0
		% within Status Pekerjaan	37.5%	62.5%	100.0%
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.152 ^a	1	.696		
Continuity Correction ^b	.028	1	.867		
Likelihood Ratio	.153	1	.696		
Fisher's Exact Test				.824	.435
N of Valid Cases ^b	88				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,88.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.042	.696
N of Valid Cases		88	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Pekerjaan (Tidak Bekerja / Bekerja)	1.191	.495	2.867
For cohort Praktik PHBS = Kurang	1.116	.641	1.945
For cohort Praktik PHBS = Baik	.937	.678	1.295
N of Valid Cases		88	



Lanjutan (Lampiran 19)

CROSSTAB JUMLAH ANGGOTA KELUARGA DENGAN PRAKTIK PHBS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jumlah Anggota Keluarga * Praktik PHBS	88	100.0%	0	.0%	88	100.0%

Jumlah Anggota Keluarga * Praktik PHBS Crosstabulation

			Praktik PHBS		Total
			Kurang	Baik	
Jumlah Anggota Keluarga	Keluarga Besar	Count	14	24	38
		Expected Count	14.2	23.8	38.0
		% within Jumlah Anggota Keluarga	36.8%	63.2%	100.0%
		% of Total	15.9%	27.3%	43.2%
Keluarga Kecil	Keluarga Kecil	Count	19	31	50
		Expected Count	18.8	31.2	50.0
		% within Jumlah Anggota Keluarga	38.0%	62.0%	100.0%
		% of Total	21.6%	35.2%	56.8%
Total		Count	33	55	88
		Expected Count	33.0	55.0	88.0
		% within Jumlah Anggota Keluarga	37.5%	62.5%	100.0%
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.012 ^a	1	.912		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.012	1	.911		
Fisher's Exact Test				1.000	.545
N of Valid Cases ^b	88				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,25.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.012	.912
N of Valid Cases		88	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jumlah Anggota Keluarga (Keluarga Besar / Keluarga Kecil)	.952	.398	2.277
For cohort Praktik PHBS = Kurang	.970	.561	1.675
For cohort Praktik PHBS = Baik	1.019	.736	1.411
N of Valid Cases	88		



Lanjutan (Lampiran 19)

CROSSTAB PENYULUHAN KESEHATAN DENGAN PRAKTIK PHBS**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penyuluhan Kesehatan * Praktik PHBS	88	100.0%	0	.0%	88	100.0%

Penyuluhan Kesehatan * Praktik PHBS Crosstabulation

			Praktik_PHBS		Total
			Kurang	Baik	
Penyuluhan Kesehatan	Kurang	Count	19	28	47
		Expected Count	17.6	29.4	47.0
	% within Penyuluhan Kesehatan		40.4%	59.6%	100.0%
	% of Total		21.6%	31.8%	53.4%
Baik	Count	Count	14	27	41
		Expected Count	15.4	25.6	41.0
	% within Penyuluhan Kesehatan		34.1%	65.9%	100.0%
	% of Total		15.9%	30.7%	46.6%
Total	Count	Count	33	55	88
		Expected Count	33.0	55.0	88.0
	% within Penyuluhan Kesehatan		37.5%	62.5%	100.0%
	% of Total		37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.368 ^a	1	.544		
Continuity Correction ^b	.149	1	.699		
Likelihood Ratio	.369	1	.543		
Fisher's Exact Test				.660	.350
N of Valid Cases ^b	88				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,38.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.065	.544
N of Valid Cases		88	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penyuluhan Kesehatan (Kurang / Baik)	1.309	.549	3.122
For cohort Praktik PHBS = Kurang	1.184	.684	2.049
For cohort Praktik PHBS = Baik	.905	.655	1.249
N of Valid Cases		88	



Lanjutan (Lampiran 19)

CROSSTAB JARAK TEMPAT PELAYANAN KESEHATAN DENGAN PRAKTIK PHBS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan * Praktik PHBS	88	100.0%	0	.0%	88	100.0%

Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan * Praktik PHBS Crosstabulation

			Praktik PHBS		Total
			Kurang	Baik	
Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan	Kurang	Count	4	12	16
		Expected Count	6.0	10.0	16.0
	% within Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan		25.0%	75.0%	100.0%
	% of Total		4.5%	13.6%	18.2%
Terjangkau	Count	Count	29	43	72
		Expected Count	27.0	45.0	72.0
	% within Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan		40.3%	59.7%	100.0%
	% of Total		33.0%	48.9%	81.8%
Total	Count	Count	33	55	88
		Expected Count	33.0	55.0	88.0
	% within Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan		37.5%	62.5%	100.0%
	% of Total		37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.304 ^a	1	.254		
Continuity Correction ^b	.733	1	.392		
Likelihood Ratio	1.367	1	.242		
Fisher's Exact Test				.392	.197
N of Valid Cases ^b	88				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.121	.254
N of Valid Cases		88	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jarak Tempat Pelayanan Kesehatan (Kurang Terjangkau / Terjangkau)	.494	.145	1.684
For cohort Praktik PHBS = Kurang	.621	.254	1.518
For cohort Praktik PHBS = Baik	1.256	.893	1.765
N of Valid Cases	88		



Lanjutan (Lampiran 19)

CROSSTAB DUKUNGAN KADER KESEHATAN DENGAN PRAKTIK PHBS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Kader Kesehatan * Praktik PHBS	88	100.0%	0	.0%	88	100.0%

Dukungan Kader Kesehatan * Praktik PHBS Crosstabulation

			Praktik PHBS		Total
			Kurang	Baik	
Dukungan Kader Kesehatan	Kurang	Count	25	28	53
		Expected Count	19.9	33.1	53.0
	Mendukung	% within Dukungan Kader Kesehatan	47.2%	52.8%	100.0%
		% of Total	28.4%	31.8%	60.2%
Total	Mendukung	Count	8	27	35
		Expected Count	13.1	21.9	35.0
	Total	% within Dukungan Kader Kesehatan	22.9%	77.1%	100.0%
		% of Total	9.1%	30.7%	39.8%
Total	Count	Count	33	55	88
		Expected Count	33.0	55.0	88.0
	Total	% within Dukungan Kader Kesehatan	37.5%	62.5%	100.0%
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.316 ^a	1	.021		
Continuity Correction ^b	4.330	1	.037		
Likelihood Ratio	5.503	1	.019		
Fisher's Exact Test				.026	.018
N of Valid Cases ^b	88				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,13.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.239	.021
N of Valid Cases		88	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Kader Kesehatan (Kurang Mendukung / Mendukung)	3.013	1.159	7.836
For cohort Praktik PHBS = Kurang	2.064	1.054	4.041
For cohort Praktik PHBS = Baik	.685	.501	.935
N of Valid Cases	88		



Lanjutan (Lampiran 19)

CROSSTAB DUKUNGAN TOKOH MASYARAKAT DENGAN PRAKTIK PHBS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Tokoh Masyarakat * Praktik PHBS	88	100.0%	0	.0%	88	100.0%

Dukungan Tokoh Masyarakat * Praktik PHBS Crosstabulation

			Praktik_PHBS		Total
			Kurang	Baik	
Dukungan Tokoh Masyarakat	Kurang	Count	22	31	53
	Mendukung	Expected Count	19.9	33.1	53.0
		% within Dukungan Tokoh Masyarakat	41.5%	58.5%	100.0%
		% of Total	25.0%	35.2%	60.2%
	Mendukung	Count	11	24	35
		Expected Count	13.1	21.9	35.0
		% within Dukungan Tokoh Masyarakat	31.4%	68.6%	100.0%
		% of Total	12.5%	27.3%	39.8%
Total		Count	33	55	88
		Expected Count	33.0	55.0	88.0
		% within Dukungan Tokoh Masyarakat	37.5%	62.5%	100.0%
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.914 ^a	1	.339		
Continuity Correction ^b	.534	1	.465		
Likelihood Ratio	.923	1	.337		
Fisher's Exact Test				.376	.233
N of Valid Cases ^b	88				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,13.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.101	.339
N of Valid Cases		88	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Tokoh Masyarakat (Kurang Mendukung / Mendukung)	1.548	.630	3.804
For cohort Praktik PHBS = Kurang	1.321	.736	2.369
For cohort Praktik PHBS = Baik	.853	.620	1.173
N of Valid Cases	88		



DOKUMENTASI PENELITIAN



Pengamatan perilaku yang kurang sehat yaitu BAB di sungai



Pengamatan perilaku yang kurang sehat yaitu mencuci baju di sungai



Pengamatan perilaku yang kurang sehat yaitu mencuci baju di sungai



Pengamatan perilaku yang kurang sehat yaitu membuang sampah sembarangan



Wawancara dengan responden



Wawancara dengan responden