

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
STATUS PHBS KELUARGA DI DUSUN PONEGARAN
DESA JAMBIDAN WILAYAH KERJA PUSKESMAS
BANGUNTAPAN I BANTUL YOGYAKARTA**

NASKAH PUBLIKASI



Disusun Oleh :

**SANDI KURNIAWAN
201110201165**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIAH
YOGYAKARTA
2013**

**AN ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING FAMILY'S CLEAN AND
HEALTHY BEHAVIOR STATUS IN PONEGARAN JAMBIDAN
REGION IN PUSKESMAS BANGUNTAPAN I BANTUL
YOGYAKARTA¹**

Sandi Kurniawan², Ruhyana³

ABSTRACT

Background: Clean and healthy behavior in family is a strategic effort to motivate and empower family and its members to do clean and healthy behaviors. Nowadays, it becomes one of the minimum standards in medical services. Of 9.798 people who are residents of Ponegaran, Jambidan, most of them have not done clean and healthy behavior due to various factors.

Objective of the study: the purpose of this research was to analyze family clean and healthy behavior status in Ponegaran, Jambidan area of Banguntapan I Public Health Center Bantul Yogyakarta.

Methodology: This research uses *descriptive* research design with *cross sectional* time approach. Population in this research is the householders in Ponegaran, Jambidan. Sample was taken using *probability sampling* technique. Data were collected using questionnaire and analyzed using descriptive analysis.

Findings and Conclusion: Most of the respondents belong to the third stratum of clean and healthy behavior status as many as 34 householders (45.9%), in the age of 41 to 50 years old (37.8%), high school graduates (33.8%), working as laborers (37.8%), under 900 thousand rupiahs income (52.7%), having low knowledge on clean and healthy behavior (48.6%), having adequate medical service access (44.6%), having high motivation to do clean and healthy behavior (55.4%).

Suggestion: People in the community should take parts actively to find information on how important clean and healthy behavior is.

Keywords : Factors influencing clean and healthy behaviors, family, clean and healthy behavior status

References : 19 books (1997 – 2012), 6 websites

Number of pages : xiii, 62 pages, 9 tables, 1 figure, 8 appendixes

¹ Thesis Title

² Student of School of Nursing 'Aisyiyah Health Sciences College of Yogyakarta

³ Lecturer of School of Nursing 'Aisyiyah Health Sciences College of Yogyakarta

LATAR BELAKANG

Peningkatan angka kejadian penyakit tidak menular dari tahun sebelumnya dapat dilihat dari prevalensi penyakit tidak menular di dunia pada tahun 2005 mencapai 61% (Profil pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan tahun 2006). Pada tahun 2007 lebih dari 35 juta kematian di dunia disebabkan oleh penyakit tidak menular, diantaranya penyakit jantung iskemik dan kanker (the world health report 2008). Menurut estimasi WHO tahun 2001, angka kejadian penyakit tidak menular menyebabkan sekitar 52% kematian dan 38% beban penyakit di Negara bagian SEARO (South East Asia Region) yang terdiri dari Bangladesh, Buthan, India, Indonesia, Kore Utara, Maldives, Myanmar, Nepal, Sri Lanka dan Thailand (www.litbangdepkes.go.id).

Pada tahun 2007 penyakit tidak menular menyebabkan 53% kematian dan 44% angka kesakitan di kawasan SEARO (www.searo.who.int.htm). Dari tahun ke tahun angka kematian dan kesakitan akibat penyakit tidak menular terus meningkat. Menurut Harly yang dikutip oleh Cahyono (2008), sejak tahun 1992 penyakit tidak menular menjadi penyebab utam kematian di Indonesia. Survey kesehatan rumah tangga yang dilakukan pada tahun 2001, menyatakan prorsi kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular adalah 48,53%. Menurut data dari berbagai rumah sakit di Indonesia tahun 2006, 30% kematian pasien diakibatkan penyakit tidak menular. Sekitar 27% laki-laki dan 29% perempuan diatas 25 tahun menderita tekanan darah tinggi, selain itu, 0,3% populasi menderita penyakit jantung iskemik dan stroke, 1,2% populasi mengidap diabetes, serta 1,3% laki-laki dan 4,6% perempuan mengalami obesitas (Kemenkes RI, 2011).

Menurut Dinas Kesehatan provinsi DIY Penyakit menular yang selalu masuk dalam sepuluh besar penyakit di puskesmas selama beberapa tahun terakhir adalah ISPA, penyakit saluran nafas (Bronchitis, Asma, Pneumonia), dan diare. Sementara untuk balita, pola panyakit masih didominasi oleh penyakit-penyakit infeksi. Tidak seperti ISPA, besaran persentase penyakit hipertensi menurut Kabupaten/Kota cukup bervariasi. Tingkat kematian penyakit DBD (case fatality rate) pada tahun 2007 lebih tinggi dari rata-rata nasional. Data program P2M tahun 2007 menunjukkan bahwa CFR (case fatality rate / angka kematian) DBD DIY mencapai 1,01 (nasional <1) dengan angka insidensi tahun 2007 sebesar 74,38/100.000 penduduk (Dinkes DIY, 2011).

Melihat tingginya angka kejadian penyakit menular dan tidak menular di Indonesia, Pemerintah Republik Indonesia telah menyusun strategi atau kebijakan pembangunan kesehatan baru yang tertuang dalam visi dan misi pembangunan kesehatan. Visi pembangunan kesehatan saat ini adalah Indonesia sehat 2014 untuk mewujudkan masyarakat yang mandiri dan berkeadilan. Misi pembangunan kesehatan tersebut diwujudkan dengan menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Perilaku hidup bersih dan sehat adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran atas hasil pembelajaran yang menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat (Dinkes, 2011).

Dalam pelaksanaan PHBS banyak dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah faktor sosial ekonomi, seperti pendapatan keluarga, tingkat pendidikan dan pekerjaan. Faktor lain yang mempengaruhi pelaksanaan PHBS adalah faktor pengetahuan, akses pelayanan kesehatan dan motivasi.

Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Banguntapan 1 Bantul pada tanggal 30 Oktober 2012 menggunakan metode wawancara dan studi dokumentasi di dapatkan data sebagai berikut: puskesmas Banguntapan 1 Bantul membawahi 3 desa yaitu desa Baturetno terdiri dari 5 dusun dan 10 rukun tetangga, desa Jambidan terdiri dari 6 dusun dan 10 rukun tetangga sedangkan desa Potorono terdiri dari 4 dusun dan 10 rukun tetangga. Jumlah penduduk dari tiga desa tersebut 33.284 jiwa dan 9.288 keluarga yang sebagian besar dari mereka belum ber Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) khususnya di desa Jambidan dusun Ponegaran.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui status PHBS keluarga dan faktor-faktor yang mempengaruhi status PHBS keluarga di Dusun Ponegaran Desa Jambidan Wilayah kerja Puskesmas Banguntapan 1 Bantul Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah kepala keluarga suami dan atau istri yang ada di dusun Ponegaran desa Jambidan wilayah kerja puskesmas Banguntapan 1 Bantul yang berjumlah 90 kepala keluarga. Teknik pengambilan sampel yang

digunakan adalah teknik probability sampling didapatkan 74 orang. Analisis data menggunakan statistik deskriptif tendensi sentral

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Status PHBS Keluarga

Tabel 4.1.
Distribusi Frekuensi Status PHBS Keluarga

No.	Status PHBS keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Strata I	0	0
2.	Strata II	29	39,2
3.	Strata III	34	45,9
4.	Strata III ber PHBS	11	14,9
	Jumah	74	100
	Modus	Strata III	
	Minimal	Strata III ber PHBS	
	Maksimal	Strata II	

Tabel 4.1. memperlihatkan bahwa mayoritas responden termasuk dalam strata III yaitu 34 kepala keluarga (45,9%) sedangkan yang paling sedikit termasuk dalam strata III ber PHBS yaitu 11 kepala keluarga (14,9%). Hasil perhitungan tendensi sentral didapatkan status PHBS responden yang paling banyak adalah Strata III, minimal strata III ber PHBS dan maksimal strata II.

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status PHBS Keluarga di Dusun Ponegaran Desa Jambidan Wilayah Kerja Puskesmas Banguntapan I Bantul

Sosial Ekonomi Berdasarkan Umur

Tabel 4.2.
Distribusi Frekuensi Sosial Ekonomi Berdasarkan Umur

No.	Umur	Frekuensi	Persentase (%)
1.	20-30 tahun	24	32.4
2.	31-40 tahun	13	17.6
3.	41-50 tahun	28	37.8
4.	51-60 tahun	9	12.2
	Jumah	74	100
	Mean	39,34 tahun	
	Minimal	20 tahun	
	Maksimal	55 tahun	

Tabel 4.2. memperlihatkan bahwa mayoritas responden berumur 41-50 tahun yaitu 28 kepala keluarga (37,8%) sedangkan yang paling sedikit berumur 51-60 tahun yaitu 9 kepala keluarga (12,2%). Hasil perhitungan tendensi sentral didapatkan rata-rata responden berumur 39,34 tahun, minimal berusia 20 tahun dan maksimal berusia 55 tahun.

Sosial Ekonomi Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.3.
Distribusi Frekuensi Sosial Ekonomi Berdasarkan Pendidikan

No.	Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	SD	22	29.7
2.	SLTP	23	31.1
3.	SLTA	25	33.8
4.	PT	4	5.4
Jumah		74	100
Modus		SLTA	
Minimal		SD	
Maksimal		PT	

Tabel 4.3. memperlihatkan bahwa mayoritas responden berpendidikan SLTA yaitu 25 kepala keluarga (33,8%) sedangkan yang paling sedikit berpendidikan PT yaitu 4 kepala keluarga (5,4%). Hasil perhitungan tendensi sentral didapatkan responden yang paling banyak berpendidikan SLTA, minimal berpendidikan SD dan maksimal berpendidikan PT.

Sosial Ekonomi Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4.4.
Distribusi Frekuensi Sosial Ekonomi Berdasarkan Pekerjaan

No.	Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Buruh	28	37.8
2.	Swasta	18	24.3
3.	Wiraswasta	4	5.4
4.	Tani	13	17.6
5.	PNS	6	8.1
6.	POLRI	2	2.7
7.	IRT	3	4.1
Jumah		74	100
Mode		Buruh	

Tabel 4.4. memperlihatkan bahwa mayoritas responden bekerja sebagai buruh yaitu 28 kepala keluarga (37,8%) sedangkan yang paling sedikit bekerja sebagai POLRI yaitu 2 kepala keluarga (2,7%). Hasil perhitungan tendensi sentral didapatkan responden yang paling banyak bekerja sebagai buruh.

Sosial Ekonomi Berdasarkan Penghasilan Keluarga

Tabel 4.5.
Distribusi Frekuensi Sosial Ekonomi Berdasarkan Penghasilan Keluarga

No.	Penghasilan keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
1.	< 900 ribu	39	52.7
2.	> 900 ribu	35	47.3
	Jumah	74	100
	Mean	RP 1.297.702.70	
	Minimal	Rp 400.000	
	Maksimal	Rp 3.200.000	

Tabel 4.5. memperlihatkan bahwa mayoritas responden mempunyai penghasilan keluarga kurang dari 900 ribu rupiah yaitu 39 kepala keluarga (52,7%) sedangkan yang paling sedikit mempunyai penghasilan keluarga lebih dari 900 ribu rupiah yaitu 35 kepala keluarga (47,3%). Hasil perhitungan tendensi sentral didapatkan rata-rata responden mempunyai penghasilan RP 1.297.702.70, minimal mempunyai penghasilan Rp 400.000 dan maksimal mempunyai penghasilan Rp 3.200.000.

Pengetahuan Tentang PHBS

Tabel 4.6.
Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tentang PHBS

No.	Pengetahuan tentang PHBS	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Rendah	36	48.6
2.	Sedang	16	21.6
3.	Tinggi	22	29.7
	Jumah	74	100
	Mode	Rendah	

Tabel 4.6. memperlihatkan bahwa mayoritas responden mempunyai pengetahuan rendah tentang PHBS yaitu 36 kepala keluarga (48,6%) sedangkan yang paling sedikit mempunyai pengetahuan sedang yaitu 16 kepala keluarga (21,6%). Hasil perhitungan tendensi sentral didapatkan responden yang sering muncul pengetahuan rendah.

Akses Pelayanan Kesehatan

Tabel 4.7.
Distribusi Frekuensi Akses Pelayanan Kesehatan

No.	Akses pelayanan kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Kurang	9	12.2
2.	Cukup	33	44.6
3.	Baik	32	43.2
Jumlah		74	100
Mode		Cukup	

Tabel 4.7. memperlihatkan bahwa mayoritas responden mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang cukup yaitu 33 kepala keluarga (44,6%) sedangkan yang paling sedikit mendapatkan akses pelayanan kurang yaitu 9 kepala keluarga (12,2%). Hasil perhitungan tendensi sentral didapatkan responden yang sering muncul akses pelayanan kesehatan cukup.

Motivasi Untuk Hidup Bersih dan Sehat

Tabel 4.8.
Distribusi Frekuensi Motivasi Untuk Hidup Bersih dan Sehat

No.	Motivasi untuk hidup bersih dan sehat	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Rendah	7	9.5
2.	Sedang	26	35.1
3.	Tinggi	41	55.4
Jumlah		74	100
Mode		Tinggi	

Tabel 4.8. memperlihatkan bahwa mayoritas responden mempunyai motivasi yang tinggi untuk hidup bersih dan sehat yaitu 41 kepala keluarga (55,4%) sedangkan yang paling sedikit mempunyai motivasi rendah untuk hidup bersih dan sehat yaitu 7 kepala keluarga (9,5%). Hasil perhitungan tendensi sentral didapatkannya yang sering muncul motivasi tinggi.

Gambaran faktor yang mempengaruhi status PHBS strata III berPHBS dan strata III

Tabel 4.9.
Distribusi Frekuensi Strata III berPHBS dan tidak berPHBS berdasarkan faktor yang mempengaruhi

No.	Faktor yang mempengaruhi strata III berPHBS	Strata III berPHBS (n=11)		Strata III (n=34)	
		f	%	f	%
1	Sosial ekonomi				
	a. Umur				
	• 20-30 tahun	8	72,7	10	29,4
	• 31-40 tahun	3	27,3	8	23,5
	• 41-50 tahun	0	0	10	29,4
	• 51-60 tahun	0	0	6	17,6
	b. Pendidikan				
	• SD	2	18,2	6	17,6
	• SLTP	3	27,3	13	38,2
	• SLTA	5	45,5	13	38,2
	• PT	1	9,1	2	5,9
	c. Pekerjaan				
	• Buruh	3	27,3	14	41,2
	• Swasta	3	27,3	7	20,6
	• Wiraswasta	0	0	2	5,9
	• Tani	3	27,3	7	20,6
	• PNS	1	9,1	1	2,9
	• POLRI	1	9,1	1	2,9
	• IRT	0	0	2	5,9
	d. Penghasilan				
	• < 900 ribu	7	63,6	20	58,8
	• > 900 ribu	4	36,4	14	41,2
2.	Pengetahuan PHBS				
	a. Rendah	3	27,3	11	32,4
	b. Sedang	3	27,3	6	17,6
	c. Tinggi	5	45,5	17	50
3.	Akses Pelayanan Kesehatan	0	0	7	20,6
	a. Kurang	0	0	24	70,6
	b. Cukup	11	100	3	8,8
	c. Baik				
4	Motivasi				
	a. Rendah	0	0	4	11,8
	b. Sedang	1	9,1	13	38,2
	c. Tinggi	10	90,9	17	50

Tabel 4.9. memperlihatkan bahwa untuk responden strata III berPHBS mayoritas berumur 20-30 tahun (72,7%), berpendidikan SLTA (45,5%), bekerja buruh, swasta dan tani yaitu masing-masing 27,3%, mempunyai penghasilan kurang dari 900 ribu (63,6%), mempunyai pengetahuan tinggi tentang PHBS (45,5%), mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang baik (100%) dan mempunyai motivasi yang tinggi (90,9%).

Sedangkan responden strata III mayoritas berumur 20-30 tahun dan 41-50 tahun yaitu masing-masing 29,4%, berpendidikan SLTP dan SLTA yaitu masing-masing 38,2%, bekerja buruh (41,2%), mempunyai penghasilan kurang dari 900 ribu (58,8%), mempunyai pengetahuan tinggi tentang PHBS (50%), mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang cukup (70,6%) dan mempunyai motivasi yang tinggi (50%).

PEMBAHASAN

Status PHBS Keluarga

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden telah dapat menerapkan mayoritas petunjuk perilaku hidup sehat yang telah ditetapkan oleh pemerintah meskipun belum dapat mewujudkan PHBS secara keseluruhan. Kategori strata III menunjukkan bahwa responden telah dapat menerapkan pokok-pokok PHBS dengan baik. Menurut Departemen Kesehatan RI (2011), Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah sebagai wujud operasional promosi kesehatan merupakan dalam upaya mengajak, mendorong kemandirian masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat.

Agama dan ajaran Islam menaruh perhatian amat tinggi pada kebersihan, baik lahiriah fisik maupun batiniah psikis. Kebersihan lahiriah itu tidak dapat dipisahkan dengan kebersihan batiniah. Oleh karena itu, ketika seorang Muslim melaksanakan ibadah tertentu harus membersihkan terlebih dahulu aspek lahiriahnya. Ajaran Islam yang memiliki aspek akidah, ibadah, muamalah, dan akhlak ada kaitan dengan seluruh kebersihan ini. Hal ini terdapat dalam tata cara ibadah secara keseluruhan. Orang yang mau shalat misalnya, diwajibkan bersih fisik dan psikisnya. Secara fisik badan, pakaian, dan tempat shalat harus bersih, bahkan suci. Secara psikis atau akidah harus suci juga dari perbuatan syirik. Manusia harus suci dari fahsyah dan munkarat (Aburrahman, 2010).

Makna kebersihan yang digunakan dalam Islam ternyata mengandung makna yang banyak aspek, seperti aspek kebendaan, aspek harta dan aspek jiwa. Thaharah (suci) bermakna bersih dari kotoran yang najis. Maka tidak heran jika kitab-kitab fikih Islam menempatkan bab thaharan diawal, sebelum membahas solat. Dalam kitab suci Al-qur'an banyak ayat yang menganjurkan unttuk bersuci. Allah berfirman :

وَتِيَابَكَ فَطَهِّرْ

“Dan pakaianmu bersikanlah” (QS.Al Muddatsir ayat: 4)

إِنَّ اللَّهَ تُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَ يُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ

“Sesungguhnya Allah mencintai orang –orang yang bertaubat dan orang – orang yang membersikan diri”. (QS. Al baqarah:222).

Ada dua makna dalam arti suci, yaitu suci dari hadas dan suci dari najis. Hadas dan najis merupakan sesuatu yang menghalangi seseorang untuk melaksanakan ibadah tertentu seperti solat. Hadas berbeda dengan najis karena hadas berarti keadaan dan bukan suatu benda atau zat tertentu, sedangkan najis berarti benda atau zat tertentu dan bukan suatu keadaan (Nafis, 2012).

Meskipun secara umum, responden belum dapat mewujudkan PHBS secara menyeluruh, namun pada penelitian ini didapatkan 11 kepala keluarga (14,9%) responden yang dapat menerapkan PHBS secara menyeluruh dalam batas-batas standar PHBS. Responden yang menunjukkan perilaku hidup sehat secara sempurna dapat disebabkan karena usia responden yang tergolong dewasa tengah yaitu usia 41-50 tahun (37,8%) sebagaimana diperlihatkan tabel 4.2. Usia merupakan lama hidup seseorang sejak dilahirkan. Semakin lama seseorang hidup maka pengalaman yang dimilikinya akan semakin luas. Pengalaman yang dimiliki responden menjadi motivasi tersendiri bagi responden untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yante (2012) dengan judul Gambaran Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Pada Anak-Anak Panti Asuhan Harapan Kita Desa Huntu Utara Kecamatan Bulango. Penelitiannya menyebutkan

bahwa perilaku PHBS Anak-Anak Panti Asuhan telah baik meskipun belum dapat mewujudkan perilaku PHBS secara menyeluruh.

SIMPULAN

Sebagian besar responden termasuk dalam status PHBS strata III yaitu 34 kepala keluarga (45,9%), berumur 41-50 tahun (37,8%), berpendidikan SLTA (33,8%), bekerja sebagai buruh (37,8%), mempunyai penghasilan keluarga kurang dari 900 ribu rupiah (52,7%), mempunyai pengetahuan rendah tentang PHBS (48,6%), mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang cukup (44,6%), mempunyai motivasi yang tinggi untuk hidup bersih dan sehat (55,4%).

SARAN

Bagi Masyarakat, agar dapat berperan serta aktif mencari informasi pentingnya berperilaku hidup bersih dan sehat.

DAFTAR PUSTAKA

Dinkes DIY, 2011, *Profil Kesehatan DIY tahun 2010*, Dinkes DIY

Kemendes RI, 2011, *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2010*, Jakarta, Depkes RI

Yante, L., 2012, *Gambaran Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Pada Anak-Anak Panti Asuhan Harapan Kita Desa Huntu Utara Kecamatan Bulango*, Skripsi, Tidak Dipublikasikan, Universitas Negeri Gorontalo.

Aburrahman, 2010, *Konsep Kebersihan Dalam Islam*, <http://saga-islamicnet.blogspot.com/2010/01/konsep-kebersihan-dalam-islam.html#ixzz2LgdUli3n>

Nafis, C., 2012, *Kebersihan Dan Kesehatan Dalam Persepektif Islam*, <http://sariminsorno-sarimin.blogspot.com/2012/02/kebersihan-dan-kesehatan-dalam.html>