**HUBUNGAN KARATERISTIK DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PRILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT RUMAH TANGGAMASYARAKAT DI PUSKESMAS SURANTIH KECAMATAN SUTERA KABUPATEN PERSISIR SELATAN TAHUN 2015**

**PROPOSAL**



**Oleh**

**MAYUKA ASLIM**

**NIM : 11103084105033**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2015**

**HUBUNGAN KARATERISTIK DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PRILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT RUMAH TANGGAMASYARAKAT DI PUSKESMAS SURANTIH KECAMATAN SUTERA KABUPATEN PERSISIR SELATAN TAHUN 2015**

**Penelitian Keperawatan Komunitas**

**PROPOSAL**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh**

**Gelar Sarjana Keperawatan**

****

****

**Oleh :**

**MAYUKA ASLIM**

**NIM : 11103084105033**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2015**

KATA PENGANTAR



Assalamu’alaikumwarahmatullahhiwabarakatuh.

Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih Lagi Maha Penyayang. Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya lah, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan Skripsi ini dengan judul **“ Hubungan Karakteristik dan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Diwilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015”**. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat.

Dalam penulisan skripsi ini, peneliti banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan yang bermanfaat dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Rafki Ismail, MPH, selaku Ketua Yayasan Stikes Perintis
2. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Sumatera Barat.
3. Ibu Ns. Yaslina, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom selaku Ka. Prodi Ilmu Keperawatan Perintis Bukittinggi Sumatera Barat dan selaku pembimbing.
4. Asrul Fahmi selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan pengarahan, bimbingan, masukan, fikiran maupun saran serta dorongan sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal penelitian ini.
5. Kepada Dosen dan Staf STIKes Perintis Sumatera Barat yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama peneliti mengikuti pendidikan di STIKes Perintis Sumatera Barat.
6. Kepala Pukesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
7. Teristimewa kepada Ayahanda, ibunda, kakak tercinta yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil serta do’a yang tulus dan kasih sayang yang tak terhingga sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal penelitian ini.
8. Kepada semua teman-teman, sahabat-sahabat tercinta dan Mahasiswa / i prodi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat yang telah bekerja sama untuk membantu penulisan dan menyelesaikan proposal penelitian ini.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa skripsi penelitian ini jauh dari kesempurnaan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu peneliti dan kemampuan peneliti. Untuk itu peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan proposal penelitian ini.

Akhir kata kepada-Nya jualah kita berserah diri, semoga skripsi penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya di bidang kesehatan. Wassalam

 Bukittinggi, Februari 2016

 PENELITI

**DAFTAR ISI**

Halaman

**HALAMAN JUDUL**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**KATA PENGANTAR**.................................................................................................i

**DAFTAR ISI** .............................................................................................................iv

**DAFTAR TABEL** ...................................................................................................viii

**DAFTAR GAMBAR**.................................................................................................xi

**DAFTAR LAMPIRAN**..............................................................................................x

**BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang ………...................................................................... ...1

1.2 Rumusan Masalah ............................................................................. ...6

1.3 Tujuan Penelitian .............................................................................. ...6

1.3.1 Tujuan Umum……………………...........................................7

1.3.2 Tujuan Khusus ……….…………............................................8

1.4 Manfaat Penelitian ............................................................................ ...8

1.4.1 Peneliti................................................................................... ...8

1.4.2 Institusi Pendidikan................................................................ ...8

1.4.3 Lahan........................................................................................8

1.5 Ruang Lingkup Penelitian …………......……………....................... ..9

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Perilaku.......................................................................................10

1. pengertian...................................................................................... 10

2.Bentuk Perilaku...............................................................................11

3. Proses Pembentukan Perilaku.........................................................12

4. Strategi Perubahan Perilaku............................................................13

5. Faktor-Faktor Yang Mepengaruhi Perilaku...................................14

6. Klasifikasi Perilaku Kesehatan......................................................16

2.2 Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat.............................................................17

 1 Pemgertian .....................................................................................17

2.Manfaat.............................................................. ........................17

3. Tujuan.............................................................................................18

4. Jenis Kegiatan.................................................................................19

5. Faktor yang Berhubungan Dengan PHBS......................................2

2.3 PHBS Rumah Tangga.............................................................................21

1 Pengertian........................................................................................21

 2. Tujuan............................................................................................21

3. Sasaran PHBS di Rumah Tangga..................................................22

 4. Manfaat PHBS di Rumah Tangga..................................................22

 5. Indikator PHBS di Rumah Tangga.................................................24

2.4 Karakteristik Dan Dukungan Keluarga...................................................31

1 Karakteristik....................................................................................31

2. Dukungan Keluarga.......................................................................43

 2.5 Kerangka Teori.........................................................................................49

**BAB III KERANGKA KONSEP**

3.1. Kerangka Konsep....................................................................................50

3.2. Defenisi Operasional .............................................................................51

3.3. Hipotesis .................................................................................................53

**BAB IV METODE PENELITIAN**

4.1. Desain Penelitian ....................................................................................54

4.2.Lokasi Dan Waktu Penelitian...................................................................54

4.3. Populasi Dan Sampel..............................................................................55

4.3.1 Populasi.. .......................................................................................55

4.3.2 Sampel............................................................................................55

4.3.3 Teknik sampling.............................................................................56

4.4 Pengumpulan Data...................................................................................57

4.5 Cara Pengolahan Dan Analis Data...........................................................58

 4.6.1 Cara Pengolahan Data.....................................................................59

 4.6.2 Analisa Data....................................................................................59

4.6 Etika Penelitian .......................................................................... ............60

 4.6.1 Prosedur Pengambilan Data...........................................................60

 4.7.2. Informed Cocert.............................................................................60

 4.73 Anonimity........................................................................................60

 4.7.3. Confidentiality...............................................................................61

**BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN**

5.1 Hasil Penelitian.........................................................................................61

5.1.1 Analisa Univariat............................................................................62

5.1.1.1 Distribusi Ferkuensi Pengetahuan Keluarga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015.........................................................................62

5.1.1.2 Distribusi Frekuensi Pendidikan Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015....................................................................................63

5.1.1.3 Distribusi Frekuensi Sosial Ekonomi Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015....................................................................................63

5.1.1.4 Distribusi Dukungan Keluarga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015....................................................................................64

5.1.1.5 Distribusi Frekuensi Penerapan PHBS (PHBS) Rumah Tangga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015..............................64

5.1.2. Analisa Bivariat ............................................................................65

5.1.2.1 Hubungan Pengetahuan Dengan Prilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015.......................................................................................66

5.1.2.2 Hubungan Pendidikan Dengan Prilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015.......................................................................................67

5.1.2.3 Hubungan Sosial Ekonomi Dengan Prilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015....................................................................................67

5.1.2.4 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Prilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015....................................................................................68

5.2 Pembahasan..............................................................................................69

5.2.1 Analisa Univariat...........................................................................69

5.2.2 Analisa Bivariat.............................................................................73

5.3 Keterbatasan Peneliti................................................................................79

**BAB VI PENUTUP**

6.1 Kesimpulan...............................................................................................80

6.2 Saran.........................................................................................................80

6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan.......................................................................81

6.2.2 Bagi Rumah Sakit...........................................................................81

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya................................................................81

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.2 : Defenisi Opeasional..................................................................................51

Tabel 5.1: Distribusi Ferkuensi Pengetahuan Keluarga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015.......................................................................................................62

Tabel 5.2 : Distribusi Frekuensi Pendidikan Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015......................................63

Tabel 5.3 : Distribusi Frekuensi Sosial Ekonomi Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015......................................63

Tabel 5.4 : Distribusi Dukungan Keluarga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015.................................................64

Tabel 5.5 : Distribusi Frekuensi Penerapan PHBS (PHBS) Rumah Tangga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015............................................................................................64

Tabel 5.6 : Hubungan Pengetahuan Dengan Prilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015.................................................66

Tabel 5.7 : Hubungan Pendidikan Dengan Prilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015....................................................................67

Tabel 5.8 : Hubungan Sosial Ekonomi Dengan Prilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015.................................................67

Tabel 5.9 : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Prilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015...............................................................................68

 **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 : Kerangka Teori.................................................................................49

Gambar 2.2 : Kerangka Konsep.............................................................................50

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Permohonan Menjadi Respoonden

Lampiran 2 : Format Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 : Kisi-kisi Kuesener

Lampiran 4 : Kuesener Penelitian

Lampiran 5 : Master Tabel

Lampiran 6 : Hasil SPSS

Lampiran 7 : Surat Balasan

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Pembangunan nasional pada hakekatnya adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat.Kesehatan keluarga, sebagai salah satu unsur dasar kesejateraan keluarga akan memperkuat ketahanan keluarga yang selanjutnya memperkokoh ketahanan nasional (Depkes, 2008). Meningkatnya jumlah penduduk di Indonesia menimbulkan berbagai permasalahan baik individu, keluarga, dan masyarakat.

Dampak dari perilaku terhadap derajat kesehatan cukup besar, maka diperlukan berbagai upaya untuk 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 1996 oleh pusat penyuluhan kesehatan masyarakat, yang sekarang bernama pusat promosi kesehatan (Depkes, 2006).Kementrian kesehatan RI (Kemenkes-RI) telah mencanangkan Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan, yang di landasai paradigma sehat. Paradigma sehat adalah cara cara pandang, pola fikir 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 pelindungan 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 rehabilitatif (Depkes RI,2012).

PHBS merupakan sekumpulan prilaku yang dipraktekan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadi seseorang atau keluarga yang dapat menolong diri sendiri dalam bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat. Dalam pemberdayan masyarakat perlu terus dikembangkan Prilaku hidup bersih dan Sehat (PHBS) serta upaya kesehatan berbasis masyarakat ,serta berkembangnya dan beroperasinya UKBM yang mampu memberikan pelayanan promotif,preventif,kuratif,keluarga berencana,perawatan kehamilan dan pertolongan persalinan,gizi,dan penanganan kedaruratan kesehatan (Depkes RI, 2008).

Adapun sasaran program Prilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) mencakup lima tatanan,yaitu: Tatanan rumah tangga,institusi pendidikan,tempat kerja,tempat umum,dan sarana kesehatan.PHBS dalam tatanan rumah tangga meliputi 10 (Sepuluh) indikator,yaitu : Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan, Bayi 0-6 bulan mendapat ASI eklusif,Anggota keluarga tidak merokok,Anggota keluarga cukup beraktifitas fisik, Anggota keluarga cukup mengkonsumsi sayur dan buahan,Kepemilihan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK). Rumah tangga menggunakan jamban sehat, Rumah tangga memiliki akses terhadap air bersih, Kesesuaian luas lantai dengan jumlah peenghuni, dan Rumah tangga dengan lantai bukan tanah (Depkes RI, 2008).

Keberhasilan pencapaian PHBS oleh masyarakat merupakan hasil akhir dari terwujudnya prilaku hidup bersih dan sehat di dalam keluarga.Keluarga sebagai kesatuan sosial yang saling berhubungan atau interaksi dan saling mempengaruhi antara satu dengan yang lainnya.Sebagai suatu ikatan atau kesatuan, maka didalamnya terdapat fungsi-fungsi keluarga terhadap anggotanya. Fungsi keluarga terhadap anggotanya antara lain adalah fungsi perawatan kesehatan, yaitu keluarga memberikan asuhan keperawatan kepada anggota keluarga dan termasuk diantaranya membantu perilaku PHBS(Depkes RI, 2008).

Menurut Lowrence (1980), dalam Notoadmodjo (2007), faktor-faktor yang mempengaruhui PHBSdi rumah tangga ada tiga yaitu: faktor predisposisi, pemungkin, dan faktor penguat. Pada faktor predisposisi ada bebrapa hal yang mempengaruhui diantaranya pengaetahuan, keyakinan, nilai, dan sika. Faktor pemungkin ada hal bebrapa hal yang mempengaruhui diantaranya dukungan adekuat, keterampilan dan kemampuan. Faktor yang menguat ada beberapa hal yang mempangaruhui diantaranya dukungan keluarga, biaya dan akses pemberi perawatan kesehatan.

Keluarga merupakan salah satu elemen terkecil dari masyarakat. Keberadaan keluarga di masyarakat akan menentukan perkembangan masayarakat. Keluarga menjadi tempat sentral bagi pertumbuhan dan perkembangan individu, sehingga keluarga menjadi salah satu aspek terpenting dari keperawatan (Tantut Susanto,2012).

Penanaman pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di dalal rumah tangga merupakan langkah yang efekif karena merupakan bentuk upaya promtif dan preventih dalam bidang kesehatan, dengan meningkatnya pengetahuan diharapkan nantinya pengetahuan yang baik dan sehat menimbuklan dorongan yang kuat (Depkes RI,2003).

Pendidikan dalam keluarga mengontribusikan secara positif perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang dilakukan oleh individu,sebagaimana penyataan Rongers (dalam Notoaymodjo,2005) yang menyatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya perilaku dan perilaku yang didasari pengetahuan akan bertahan lebih lama dari pada perilaku yang tidak didsari pengetahuan(sari,2008)

Penelitian yang dilakukan oleh Syafrizal (2002) menunjukan bahwa faktor jumlah anggota keluarga,pengetahuan dan penyuluhan yang berhubungan dengan prilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada keluarga di Kabupaten bungo tahun 2002.Sementara faktor pendidikan, pekerjaan, sikap, status ekonomi, sarana stimulan keterjangkauan terhadap air bersih dan keluarga binaan tidak berhubungan dengan prilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada keluarga.Hasil analisis multivariat,ternyata pengetahuan yang paling erat hubungan nya dengan prilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada keluarga, dimana ibu yang mempunyai pengetahuan tinggi tentang prilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) berpeluang bagi keluarga nyauntuk berprilaku hidup bersih dan sehat sebesar 6,4 kali di bandingkan dengan pengetahuan rendah (Buletin Penelitian Kesehatan – Vol.14 4 Oktober 2011;382 -390)

Peran keluarga terhadap kualitas kesehatan lansia juga dikemukakan oleh *United Nations Ecomomic Commition for Europa*(2010) dalam sebuah artikel yang berjudul “*Policy Brief, Health Promotion and Disease Prevention”* menyebutkan bahwa keluarga merupakan faktor yang paling penting bagi untuk penentumasyarakat dapat memiliki kualitas hidup yang baik. Upaya-upaya yang dilakukan oleh keluarga antara lain menyediakan rumah yang layak, menyediakan lingkungan yang aman dan bersahabat, menyediakan fasilitas kesehatan, dan pemeliharaan kesehatan mental.

Dalam laporan RISKESDAS tahun 2013, di Sumatera Barat rumah tangga yang melakukan pengolahan air sebelum diminum dengan cara dimasak adalah sebanyak 70,2%. Penggunaan fasilitas penampuangan air besar (BAB) adalah sebanyak 58% mengunakan tangki septik , dan 42% tidak ke tangki septik, jenis tempat BAB. Penolong persalinan sebagian besar di tolong oleh bidan dengan 68,6% dan 66,6%, dan tempat persalinan 30,1% dilakukan di Faskes dan Polindes/ Poskesdes. Imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-32 bulan 59,2% anak yang imunisasi lengkap, 32,1% anak yang imunisasi tidak lengkap, dan 8,7% anak yang tidak imunisasi.

Dari hasil wawancara dengan tenaga kesehatan di UPT Puskesmas Wilayah Kerja Puskesmas Surantih yang dilakukan pada tanggal 12 Maret 2016, didapatkan data jumlah rumah tangga yang ada di wilayah kerja puskesmas Surantih adalah sebanyak 12,714 rumah tangga, sedangkan jumlah rumah tangga yang di data adalah sebanyak 210 rumah tangga, dari pendataan yang dilakukan oleh petugas pukesmas didapatkan keluarga sehat 9%, keluarga tidak sehat 91%, keluarga yang melakukan pemberian Asi eklusif 73%, keluraga yang melakukan penimbangan berat badan 79%, keluaraga yang melakukan persalinan dengan tenaga kesehatan 100%, rumah tangga yang memiliki jamban 67%, cuci tangan pakai sabun 78%, rumah bebas jentik nyamuk 84%, mengkomsumsi buah dan sayur 51%, melakukan aktifitas fisik 57%, dan tidak merokok 14%.

Adapun bentuk upaya yang sudah dilakukan oleh tenaga kesehatan setempat adalah memberi penyuluhan tentang pentingnya PHBS dalam keseharian di rumah tangga yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan Keluarga.Dan juga tenaga kesehatan sudah mengajak keluarga secara personal untuk mau berprilaku hidup bersih dan sehat guna meningkatkan derajat kesehatan keluarga.Namun demikian prilaku hidup bersih dan sehat masih belum terlaksana dengan baik pada rumah tangga setempat yang di buktikan dengan tinggi kasus penyakit pada keluarga di Puskesmas Surantih Anak seperti ISPA dan diare serta prilaku hidup bersih dan sehat pun masih dalam urutan terendah di Puskesmas Surantih Tahun 2016.

Berdasarkan survei awal peneliti dengan lima orang kepala keluarga di wilayah kerja puskesmas Surantih pada tanggal 16 Maret 2016, didapatkan data bahwa kepala keluarga menyatakan kurang memberikan dukungan kepada anggota keluarga untuk berperilaku PHBS, tidak memberikan informasi kepada anggota keluarga tujuan dan manfaat dari PHBS di rumah tangga, tidak semua anggota keluarga mampu melakukan PHBS di rumh tangga, sebagian dari kepala kelauarga mengatakan istrinya tidak melakuka pemeberian ASI eklusif, dan kepala keluarga masih ada yang merokok di dalam rumah.

Dari uraian maslah diatas peneliti tertarik untuk meneliti Hubungan Karakteristik dan Dukungan Keluarga dengan Prilaku Hidup Brsih dan Sehat Rumah Tangga di Puskesmas Surantik Kecamatan Sutera Kabupaten Persisir Selatan Tahun 2016.

1. **Rumusan Masalah**

Dari uraian diatas dapat di simpulkan pertanyaan penelitian adalah Bagaimana Hubungan Karateristik dan Dukungan Keluarga dengan Prilaku Hidup Bersih dan Sehat Rumah Tangga Masyarakat di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Persisir Selatan Tahun 2016?

1. **Tujuan Penelitian**
2. **Tujuan Umum**

Secara umum peneliti ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan karakteristik dan dukungan keluarga dengan prilaku hidup bersih dan sehat Rumah Tangga di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016.

1. **Tujuan Khusus**
	1. Mengetahui distribusi ferkuensi pengetahuan keluarga di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016
	2. Mengetahi distribusi frekuensi pendidikan di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016
	3. Mengetahui distribusi frekuensi sosial ekonomi di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016
	4. Mengetahui distribusi dukungan keluarga di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016
	5. Mengetahui distribusi frekuensi penerapan PHBS (PHBS) Rumah Tangga di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016
	6. Mengetahui hubungan pengetahuan dengan prilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) Rumah tangga di Puskesmas Surantih Kecamatan sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016
	7. Mengetahui hubungan pendidikan dengan prilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) Rumah Tangga di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016
	8. Mengetahui hubungan sosial ekonomi dengan prilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) Rumah Tangga di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016
	9. Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan prilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016.
2. **Manfaat Penelitian**
	* 1. **Peneliti**

Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman dalam pelaksanaan suatu kebijakan kesehatan yang di tetapkan dan bagaimana suatu kebijakan dibandingkan kesehatan dalam pelaksanaannya mendapatkan kendala dikaji dari teori yang ada. Serta peneliti dapat mengaplikasikan ilmu dan toeri yang telah didapatkan selama bangku perkuliahan, sehingga menambah wawasan peneliti

* + 1. **Institusi Pendisikan STIKes Perintis Sumatera Barat**

Merupakan tambahan kekayaan peneliti, untuk dapat di pergunakan dan di kembangkan.Dan nudah-mudahan dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya yang berminat mengadakan penelitian terkait dengan prilaku hidup bersih dan sehat.

* + 1. **Lahan ( Puskesmas Surantih)**

Sebagai bahan masukan, kontribusi yang positif bagi petugas kesehatan di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera dalam merumuskan strategi peningkatan PHBS bagi Rumah Tangga di Nageri Kecamatan Sutera melalui program promosi kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan Rumah Tangga setempat.

1. **Ruang lingkup peneliti**

Peneliti ini membahas tentang faktor-faktor berhubungan dengan rendahnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) Rumah Tangga di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Tahun 2016.Secara umum,banyak sekali faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku hidup bersih dan sehat Rumah Tangga, diantaranya pendidikan, dukungan sosial dan dukungan keluarga.Namun dalam peneliti ini hanya mengambil tiga faktor yang akan diteliti yaitu Pendidikan,Sosial Ekonomi Keluarga,dan dukungan keluarga.tiga faktor tersebut merupakan variabel independent.Sedangkan variabel dependennya adalah perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) Rumah Tangga di Puskesmas Surantih Kecamatan. Penelitian telah dilakukan pada tanggal 11 sampai denga 16 January 2016 ,dimana yang akan diteliti adalah Keluarga di Puskesmas Surantih Nagari Surantih Jorong pasa Surantih Kecamatan Sutera. alat pengumpulan datanya menggunakan kuesioner yang kemudian diolah secara komputerisasi.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1. Konsep Perilaku**

1. Pengertian

Perilaku manusia merupakan hasil dari pada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan : berpikir, berpendapat, bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan). Sesuai dengan batasan ini, perilaku kesehatan dapat di rumuskan sebagai bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan. Perilaku aktif dapat dilihat, sedangkan perilaku pasif tidak tampak, seperti pengetahuan, persepsi, atau motivasi. Beberapa ahli membedakan bentuk-bentuk perilaku ke dalam tiga domain yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan atau sering kita dengar dengan istilah *knowledge, attitude, practice* (Sarwono, 2004).

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah,menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia,baik yang di amati lansung,maupun yang tidak dapat di amati oleh pihak luar (Notoadmojo,2003).

Dari sudut biologis,perilaku adalah suatu kegiatan aktivitas organisme yang bersangkutan,yang dapat di amati secara lansung maupun tidak lansung, Perilaku manusia adalah suatu aktivitas manusia itu sendiri (Notoadmojo,2003).

Ensiklopedi amerika, perilaku di artikan sebagai suatu aksi-reaksi organisme terhadap lingkungan nya. Perilaku baru terjadi apabila ada suatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut ransangan, berarti ransangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu (Notoadmojo,2003).

1. Bentuk Perilaku
2. Perilaku tertutup ( convert behavior )

Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbata pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

1. Perilaku terbuka ( overt behavior )

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

1. Proses Pembentukan Perilaku

Perilaku manusia terbentuk karena adanya kebutuhan. Menurut Abraham Harold Maslow, manusia memiliki lima kebutuhan dasar yakni :

1. Kebutuhan fisiologis/biologis, yang merupakan kebutuhan pokok utama, yaitu hidrogen, air, oksigen, makanan dan sex. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan fisiologis. Misalnya kekurangan oksigen yang menimbulkan sesak nafas, dan kekurangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan dehidrasi
2. Kebutuhan rasa aman, misalnya :
3. Rasa aman terhindar dari pencurian, penodongan, perampokan, kejahatan lain.
4. Rasa aman terhindar dari konflik, tawuran, kerusuhan, perperangan dan lain-lain.
5. Rasa aman terhindar dari sakit dan penyakit.
6. Rasa aman memperoleh perlindungan hukum.
7. Kebutuhan mencintai dan dicintai, misalnya :
8. Mendambakan kasih sayang/cinta orang lain baik dari orang tua, saudara, teman, kekasih, dan lain-lain.
9. Ingin dicintai atau mencintai orang lain.
10. Ingin diterima oleh kelompok berbeda.
11. Kebutuhan harga diri, misalnya :
12. Ingin dihargai dan menghargai orang lain.
13. Adanya respect atau perhatian dari orang lain.
14. Toleransi atau saling menghargai dalam hidup berdampingan.
15. Kebutuhan aktualisasi diri, misalnya :
16. Ingin dipuja atau disanjung oleh orang lain.
17. Ingin sukses atau berhasil dalam mengapai cita-cita.
18. Ingin menonjol dan lebih dari orang lain, baik dalam karir, usaha, kekayaan, dan lain-lain.
19. Strategi Perubahan Perilaku

Menurut Notoatdmojo (2003) terdapat beberapa bagian untuk memperoleh perubahan perilaku oleh WHO dikelompokan menjadi tiga yaitu :

1. Menggunakan kekuatan, kekuasaan atau dorongan.

Perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran sehingga ia melakukan sesuai harapan, dapat ditempuh dengan peraturan atau perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh masyarakat. Hasil cepat tetapi belum tentu berlangsung lama karena perubahan tidak disadari oleh kesadaran sendiri.

1. Pemberian informasi

Dengan diberikan informasi maka meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang sesuatu sehingga akan menimbulkan kesadaran mereka dan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

1. Diskusi dan partisipasi

Cara ini sebagai peningkatan cara kedua, dimana dalam memberikan informasi tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah hal ini berarti masyarakat yang diterimanya. Dengan demikian pengetahuan yang diperoleh mendalam dan mantap.

1. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Hubungan yang dipengaruhi oleh pengetahuan terhadap perilaku menurut Green (1980) dalam buku Notoatdmojo (2003) perilaku ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor :

1. Faktor predisposisi ( predisposing factor ), yaitu terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
2. Faktor pendukung ( enabling factor ) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya : puskesmas, obat-obatan, jamban, dan sebagainya.
3. Faktor pendorong ( reinforcing factor ) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Menurut Snehandu B,Karr dalam Notoatmodjo (2005), mengidentifikasi adanya lima determinan perilaku yaitu :

1. Adanya niat, (*intention*) seseorang untu bertindak sehubungan objek atau stimulus diluar dirinya
2. Adanya dukungan dari masyarakat sekuatnya (*sosial support*). Di kehidupan di masyarakat, perilaku seseorang cendrung memerlukan legitimasi dari masyarakat sekitarnya. Apabila perilaku tersebut bertentangan atau tidak memperoleh dukungan dari masyarakat, maka ia akan merasa kurang atau tidak nyaman, paling tidak untuk berperilaku kesehatan tidak menjadi gunjingan atau bahan pembicaraan masyarakat.
3. Terjangkaunya (*accesssibility of information*), adalah tersedianya informasi-informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil seseorang.
4. Adanya otonomi atau kebebasan pribadi (*personnal autonomi*) untuk mengambil keputusan. Di indonesia, terutama ibu-ibu, kebebasan pribadinya masih terbatas, tertama lagi di pedesaan. Seseorang istri dalam mengambil keputusan masih sangat tergantung pada suami.
5. Adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan (*action situation*). Untuk bertindak apapun memang diperlukan kondisi dan situasi yang tepat. Kondisi dan situasi yang tepat mempunyai pengertian yang luas, baik fasilitas tersedia serta kemampuan yang ada.

WHO yang merumuskan determinan perilaku ini sangat sederhana. Dikatakan mengapa seseorang berperilaku, karena ada empat pokok (determinan), yaitu :

1. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*)

Hasil pemikiran-pemikiran dan perasaan-perasaan seseorang atau lebih tepat diartikan pertimbangan-pertimbangan terhadap objek ataustimulasi,merupakanmodal awal untuk bertindak atau berperilaku.Didasarkan pertimbangan untung ruginya, manfaatnya dan sumber daya atau uang tersedia dan sebagainya.

1. Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang mempercayai (*personnal references*). Di dalam masyarakat, dimana sikap paternalistik masih kuat, maka perubahan perilaku masyarakat bargantung acuan kepada tokoh masyarakat setempat.
2. Sunber daya (*resourcer*) yang tersedia merupakan pendukung terjadinya perubahan perilaku. Dalam teori Green, sumber daya ini adalah sama dengan faktor *enabling* (sarana, prasarana dan fasilitas)
3. Sosial budaya (*cultura*) setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang. Hal ini dapat kita lihat dari perilaku tiap-tiap etnis berbeda-beda, karena memang masing-masing etnis mempunyai budaya yang berbeda dan khas.
4. Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan menurut Notoatdmojo (2003) adalah suatu respon seseorang ( organisme ) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan ( health maintanance ).

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.

1. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencairan pengobatan ( health seeking behavior ).

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit atau kecelakaan.

1. Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah apabila seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya.

**2.2 Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat**

1. Pengertian

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah upaya memberikan pengelaman belajar bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, guna meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku, melalui pendekatan advokasi, bina suasana (*sosial support*) dan gerakan masyarakat (*empowerment*) sehingga dapat menerapkan cara-cara hidup sehat, dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat (Depkes RI,2006).

PHBS dalam tatanan rumah tangga adalah upaya untuk memperdayakan anggota rumah tangga agar sadar, mau dam mampu melakukan PHBS untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mencegah resiko terjadinya penyakit dan melindungi diri dari ancaman penyakit serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat (Depkes RI,2007).

1. Manfaat PHBS

Adapun manfaat perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) bagi penduduk indonesia yaitu :

1. Setiap rumah tangga meningkatkan kesehatannya dan tidak mudah sakit
2. Rumah tangga sehat dapat meningkatkan produktifitas kerja anggota kelurag
3. Dengan meningkatkan kesehatan anggota rumah tangga maka biaya yang tadinya dialokasikan untuk kesehatan dapat di alihkan untuk biaya investasi seperti biaya pendidikan, atau usaha lain yang dapat meningkatkan kesejahteraan anggota rumah tangga.
4. Salah satu indikator menilai kebersihan pemerintah daerah dalam bidang kesehatan.
5. Meningkatkan citra pemerintah dalam bidang kesehatan.
6. Dapat menjadikan percontohan rumah tangga sehat bagi daerah lain.

Penilaian rumah tangga sehat digunakan sepuluh alat ukur (indikator) PHBS yang terdiri dari tujuh indikator PHBS dan tiga indikator Gerakan Hidup Sehat (GHS).

1. Tujuan PHBS

Menurut DEPKES RI ( 1997), tujuan PHBS adalah untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, keamanan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup bersih dan sehat, serta meningkatakan peran serta aktif masyarakat termasuk dunia usaha, dalam upaya mewujudkan derakajt kesehatan yang optimal.

Tujuan PHBS adalah untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemauan masyarakat agar hidup sehat, serta meningkatkan peran aktif masyarakat termasuk swasta dan dunia usaha, dalam upaya mewujudkan derajat hidup yang optimal (Dinkes,2006)

4. Jenis Kegiatan PHBS

Jenis kesehatan PHBS mencakup emam bidang yaitu: bidang gizi, KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), KB (Keluarga Berancana), kesehatan lingkungan, jaminan pemeliharan kesehatan, gaya hidup sehat serta bidang obat farmasi.PHBS dalam bidang gizi adalah makanan dengan gizi seimbang, minum tablet besi selama hamil, memberi ASI eklusif, mengkonsumsi garam beryodium, memberi bayi dan balita kapsul vitamin

PHBS dalam bidang KIA dan KB adalah memeriksa kehamilan, persalinan ditolong tenaga kesehatan, menimbng balita setiap bulan, mengimunisai lengkap bayi, ikut Keluarga Berencana, memberantas jentik nyamuk, membuang sampah di tempat sampah dan mencuci tangan.PHBS dalam bidang pemeliharan kesehatan, misalnya jaminan pemmeliharaan kesehatan, aktif mengurus Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) atau sebagai kader, memenfaatkan puskesmas atau serana kesehatan.

PHBS bidang gaya hidup sehat, misalnya : tidak merokok dalam rumah, melakukan aktifitas fisik/olahraga setiap hari, makan sayur dan buah-buahan setiap hari.PHBS dalm bidang obat dan farmasi misalnya : memiliki tanaman obat keluarga, tidak menggunakan NAPZA, menggunakan obat generik, jaukan anak-anak dari bahan berbahaya atau beracun, minum oralit jika diare (Depkes RI,2006).

5. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan PHBS

Menurut Lowrence Green (1980), dalam Notoadmodjo (2007), dalam Jariston (2009), ada 3 faktor penyebab mengapa seseorang melakukan perilaku hidup bersih dan sehat yaitu:

1. Faktor pemudah (*predisposising factors)*

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap anak-anak terhadap perilaku hidup bersih dan sehat. Dimana faktor ini menjadi pemicu atau *anteseden*  terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi tindakanya akibat pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap, budaya, demmografi, dan akses ke pelayanan kesehatan.

1. Faktor pemungkin *(enambiling factors)*

Faktor pemicu terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau tindakan terlaksna. Faktor ini mencakup dukungan adekuat, keterapilandan kemapuan, ketersedian sumber kesehatan, periritas komunitas, keterampilan fisik, waktu, dan ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bag anak-anak, misalnya air bersih, temapt pembuangan sampah jamban, ketersedian makanan bergizi dan sebagaiinya. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memnungkinkan terwujudnya perilaki hidup bersih dan sehat.

1. Faktor penguat *(reinforcing factors)*

Faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memproleh dukungan atau tidak. Faktor ini terwujud dalam bentuk dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, tindakan, biaya dan akses pemberi perawatan kesehtan, sumber komunitas, dan akse ke pendidikan kesehatan.

**2.3 PHBS RUMAH TANGGA**

* + 1. Pengertian

Pemberdayaan masyaraka harus dimulai dari rumah tangga, karena rumah tangga yang sehat merupakan aset atau modal pembangunan di masa depan yang perlu dijaga, di tingaktkan dan dilindungi kesehtanaya. Beberapa anggota rumah tangga mempunyai masa rawan terkena penyakit infeksi dan non infeksi, oleh karena itu untuk mencegahnya anggota rumah tangga perlu di perdayakan unruk melakasanakan Perilaku Hidup Bersi dan Sehat.

Pembinaan PHBS di Rumah Tangga Merupakan salah satu upaya strategis untuk mengerakan dan memberdayakan kelurga dan anggota rumah tangga untuk hidup bersih dan sehat. Melalui upya ini, setiap rumah tangga diperdayakan agar tahu, mau dan mampu menolong diri sendiri di bidang kesehatan dengan mengupayakan ingkungan yang sehat, mencegah dan menagulangi masalh-masalh kesehatan yang dihadapi, serta memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada (DEPKES RI 2008).

PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk membeerdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu melkasanakan perilaku hidup bersh dan sehat serta berpran aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat (DEPKES RI 2008).

* + 1. Tujuan PHBS di Rumah Tangga

Tujuan PHBS di rumah tangga menurut DEPKES RI (2008) :

a. tujuan umum

meningkatnya rumah tangga ber-PHBS di Kabupaten/Kota di seluruh indonesia

b. tujuan Khusus

1. Meningkatakan kebijaan yang mendukung pelaksanaan pembinaan PHBS di Rumah Tangga
2. Meningktkan dukungan peran dan aktif Tim Penggerak PKK dalam pembinaan PHBS di Rumah Tangga
3. Memberdayaan keluarga untuk tahu, mau dan mampu melaksanakan PHBS dan berperan aktif dalam gerakan kesehtan di masayarakat.
	* 1. Sasaran PHBS di Rumah Tangga

Sasraan PHBS di rumah tangga adalah seluruh anggota keluarga, yaitu:

1. Pasangan usia subur
2. Ibu hamil dan ibu menyusui
3. Anak dan remaja
4. Usia lanjut
5. Pengasuh anak
	* 1. Manfaat PHBS di Rumah Tangga
6. Bagi Rumah Tangga
7. Setiap anggota keluarga meningkat kesehatanya dan tidak mudah sakit
8. Anak tumbuh sehat dan cerdas
9. Produktivitas kerja anggota kelurga meningkat
10. Pengeluaran baiaya rumah tangga dapat ditujukan untuk pemenuhan gizi kelurga, endidikan dan modal usaha untuk peningkatan pendapatan keluarga.
11. Bagi Masyarakat
12. masyarakat mampu menbedayakan lingkuungan yang sehat
13. masyarakat mampu mencegah dan menagulangi masalah-masalah kesehatan
14. masyarakat memanfaatkan pelayan kesehatan yang ada masayarakat mampu mengembangkan upya kesehatan bersumber masayarakat (UKBM) seperti posyandu, tabungan ibu bersalin, arisan jamban, ambulans desa dan lain-lain
	* 1. Indikator PHBS di Rumah Tangga

Terdapat 10 indikator PHBS di dalam rumah tangga (DEPKES RI,2008) yaitu :

1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan

Pertolongan persalinan pada balita termuda dalam rumah tangga di lakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan, para medis lainnya) sebagai penolong pertama dalam proses lahirnya janin dari kandungan kesunia luar dimulai dari tanda-tanda lahirnya bayi, pemotongan tali pusat dan keluarnya plasenta (Depkes RI,2006:4).

1. Memberi bayi asi ekslusif

ASI adalah makanan alamiah berupa cairan dengan kandungan gizi yang cukup dan sesuai untuk kebutuahn bayi, sehingga bayi tumbuh dan berkembang dengan baik.Bayi yang mendapat ASI eksklusif adalah bayi yang termuda umur 0-6 bulan mendapat ASI saja tanpa makanan lain (Depkes RI,2006)

Memberi bayi asi ekslusif adalah bayi sejak lahir samapi usia 6 bulan hanya tidak diberi makan atau minuman tamabahan apapun. ASI (air susu ibu) adalah berupa cairan dengan kandungan gizi yang cukup dan sesuai untuk kebutuahn bayi, sehingga bayi tumbuh dan berkembang dengan baik ( Sholeh Kosim,2014). Asi meruapkan makanan yang terbaik untuk bayi.

Keunggulan pemberian asi adalah asi mengandung zat gizi sesuai kebutuhan bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik serta kecerdasan, mengandung zat kekebalan untuk mencegah bayi dari berbagai penyakit infeksi seperi diare, batuk pilek, dan gangguan pernafasan, melindungi bayi dari infeksi , aman dan terjamin kebrsihannya, tidak akan pernah basi,dan memebnatu mmeprbaiki refleks mengisap, menelan dan pernafasan bayi (Maryunani,2010).

1. Manfaat Pembarian ASI Eksklusif
	1. Bagi ibu
2. Menjalin hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi
3. Mengurangi pendarahan setelah persalinan
4. Mempercepat pemulihan kesehatan ibu
5. Menunda kehamilan berikutnya
6. Mengurangi resiko terkenanya kanker payudara
7. Lebih praktis karena ASI lebih mudah di berikan pada setiap saat bayi membutuhkan (Depkes RI,2008:12)
	1. Bagi bayi
8. Kandungan gizi sesuai kebutuhan untuk pertumbuhan danberkembangnya yang optimal
9. Menggandung zat untuk perkembangan kecerdasan
10. Mengandung zat kekebalan, mencegah bayi dari berbagai penyakit (diare, perut kembung, batuk, pilek, dan radang telinga)
11. Tidak menyebabkan alergi
12. Menjlin hubungan cinta kasih sayang dengan ibu
13. Makanan alamiah yang sempurna
	1. Faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan ASI
		1. Perubahan sosial budaya
14. Ibu-ibu bekerja atau kesibukan sosial lainya.
15. Meniru teman, tetangga atau oarang terkemuka yang memberikan susu botol.
	* 1. Faktor psikologis
16. Takut kehilangan daya tarik sebagai seorang wanita
17. Tekanan batin
	* 1. Faktor fisik ibu seperti ibu sakit
		2. Faktor kurangnya petugas kesehatan sehingga masyarakat kurang mendapatkan penerangan atau dorongan tentang manfaat pemberian ASI
		3. Meningkatnya promosi susu kaleng sebgai pengganti ASI
	1. Penyimpanan ASI
18. ASI yang disimpan dirumah ditempatkan yang sejuk dan akan tahan 6-8 jam
19. ASI yang disimpan didalam termos berisi es batu akan tahan 24 jam
20. ASI yang disimpan dilemari es akan tahan 3 kali 24 jam
21. ASI yang disimpan di freezer akan tahan selama 2 minggu (Depkes RI,2008)
22. Menimbang balita setiap bulan

Penimbangan balita dilakukan setiap bulan mulai umur 1 bulan samapi 5 tahun do posyandu. Manffat penimbangan balita setiap bulan adalah untuk mengetahui apakah bayi atau balita tumbuh sehat, mencegah gangguan pertumbuhan bayi dan balita, merujuk bayi kepuskesmas bila bayi diketahui balita mengalami sakit berat, dan ibu balita mendapatkan penyuluhan gizi untuk memantau pertumbuhan bayi dan balita (DEOKES RI, 2007)

1. Menggunakan air berih

Air merupakan zat yang paling penting dalam kehidupan manusia setelah udara. Sekitar tiga per empat tubuh kita terdiri dari air dan tidak seorang pun dapat bertahan hidup lebih dari 4-5 hari tanpaair minum. Volume air dalam tubuh manusia rata-rata 65% dari total berat badannya, dan volume tersebut sangat bervariasi pada masing-masing orang, bahkan juga bervariasiantara bagian-bagian tubuh seseorang (Chandra, 2007).

Air adalah kebutuhan dasar yang dipergunakan sehari-hari untuk minum, memasak, mandi, berkumur, membersihkan lantai, mencuci alat-alat dapur, mencuci pakaian, dan sebagainya, agar kita tidak terkena penyakit atau terhindar dari sakit

Dalam kehidupan sehari-hari air dipergunakan untuk memasak, mencuci, mandi, dan membersihkan kotoran yang ada di sekitar rumah. Air juga digunakan untuk keperluan industri, pertanian, pemadam kebakaran, tempat rekreasi, tranportasi, dan lain-lain. Menurut perhitungan WHO di negara-negara maju volume rata-rata kebutuhan air setiap individu per hari antara 60-120 liter dan untuk negara berkembang termasuk Indonesia setiap orang membutuhkan air antara 30-60 liter per hari. Kebutuhan air tersebut bervariasi dan bergantung pada keadaan iklim, standar kehidupan, dan kebiasaan masyarakat.

Ditinjau dari sudut ilmu kesehatan masyarakat, penyediaan sumber air bersih harus dapat memenuhi kebutuhan masyarakat karena persediaan air yang terbatas memudahkan timbulnya penyakit di masyarakat.

Rumah tangga yang memiliki akses terhadap air bersih dan menggunakannya untuk kebutuhan sehari-hari yang berasal dari air dalam kemasan, air lereng, air pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan penampungan air hujan. Sumber air pompa, sumur gali dan mata air terlindung berjarak minimal sepuluh meter dari tempat penampungan kotoran atau limbah.Syarat air bersih :

1. Syarat fisik, tidak berwarna (bening), tidak berasa, suhu dibawah suhu udara di luarnya
2. Syarat bakteriologis, air yang sehat harus bebas dari bakteri
3. Syarat kimia, air minum yang sehat harus mengandung zat-zat tertentu dalam jumlah tertentu. Kekurangan atau kelebihan salah satu zat akan menyebabkan gangguan fisiologis (Notoatmodjo,2003)
4. Mencuci tangan pakai sabun

penyebab penyakit. Bila digunakan, kuman berpindah ke tangan.

Pada saat makan, kuman dengan cepat masuk ke dalam tubuh,

yang bisa menimbulkan penyakit. Sabun dapat membersihkan kotoran dan membunuh kuman, karena tanpa sabun kotoran dan kuman masih tertinggal di tangan. (DEPKES RI,2007)

Waktu yang harus mencuci tangan, Setiap kali tangan kita kotor (setelah; memegang uang, memegang binatang, berkebun, dll), Setelah buang air besar. Setelah menceboki bayi atau anak., Sebelum makan dan menyuapi anak., Sebelum memegang makanan, dan sebelum menyusui bayi(DEPKES RI,2007)

 manfaat mencuci tangan adalah untuk membunuh kuman penyakit yang ada di tangan, mencegah penularan penyakit seperti Diare, Kolera Disentri, Typhus, kecacingan, penyakit kulit, Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), flu burung atau Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), tangan menjadi bersih dan bebas dari kuman.

Cara mencuci tangan yang benar adalah dengan cuci tangan dengan air bersih yang mengalir dan memakai sabun, bersihkan telapak, pergelangan tangan, sela-sela jari dan punggung tangan,dan setelah itu keringkan dengan lap bersih (DEPKES RI,200)

1. Gunakan jamban sehat

Rumah ta ngga yang memiliki atau menggunakan jamban leher angsa dengan tengki septik atau lubang penampung kotoran sebagai pembuang akhir.Syarat jamban sehat :

1. Tidak mencemari sumber air minum ( jarak antara sumber air minum dengan lubang penampung minimal sepuluh meter)
2. Tidak berbau
3. Kotoran tidak dapat dijamah oleh serangga atau tikus
4. Tidak mencemari tanah sekitarnya
5. Mudah dibersihakan dan aman digunakan
6. Dilengkapi dinding atau atap pelindung
7. Penerangan atau ventilasi cukup
8. Lantai kedap air dan luas ruangan memadai
9. Tersedia air, sabun, dan alat pembersih (Depkes RI,2008)
10. Meberantas jentik naymuk di rumah setiap seminggu

Rumah bebas jentik adalah rumah tangga yang setelah dilakukan pemeriksaan jentik secara berkala tidak terdapat jentik nyamuk (DEPKES,2007)

Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) adalah pemeriksaan tempat-tempat perkembangbiakan nyamuk (tempat-tempat penampungan air) yang ada di dalam rumah seperti bak mandi/WC, vas bunga, tatakan kulkas, dll dan di luar rumah seperti talang air, alas pot kembang, ketiak daun, lubang pohon, pagar bambu, dll yang dilakukan secara teratur setiap minggu. Yang melakukan pemeriksaan jentik nyamuk berkala adalah anggota rumah tangga, kader, juru pemantau jentik (Jumantik), tenaga pemeriksa jentik lainn(DEPKES,2007)

1. Makan buah san sayur setiap hari

Anggota keluarga umur 15 tahun keatas mengkonsumsi sayur dan buahan dengan penimbangan minimal dua porsi sayur dan tiga porsi buah atau sebaliknya setiap hari dalam seminggu terakhir.

1. Melakukan aktifitas fisik setiap hari

Anggota keluarga umur 15 tahun keatas dalam satu minggu terakhir melakukan aktifitas fisik (berat, sedang, berjalan) paling sedikit sepuluh menit tanpa henti untuk setiap kegiatan, dan komulatif ≥ 150 menit selam lima hari dalam seminggu

1. Tidak merokok di dalam rumah
2. Pengertian

Rokok adalah produk utama dari hasil pengolahan tembakau yang diramu secara khusus dari berbagai jenis dan mutu tembakau (Danusantoso,2002:6)Keluarga tidak merokok dalam artian menurut indikator PHBS adalah anggota rumah tangga umur 15 tahun ke atas tidak merokok di dalam rumah ketika berada bersama anggota keluarga lainnya selam satu rumah terakhir.

1. Perbedaan Perokok Aktif dengan Perokok Pasif

Perokok aktif adalah orang yang mengkonsumsi rokok secara rutin dengan sekecil apapun walaupun cuma satu batang dalam sehariPerokok pasif adalah orang yang bukan perokok tapi menghirup asap rokok orang lain atau orang yang berada dalam satu ruangan tertutup dengan orang yang sedang merokok (Depkes RI,2008).

1. Bahaya Perokok Aktif dan Perokok Pasif
2. Menyebabkan kerontokan rambut
3. Gangguan pada mata seperti katarak
4. Kehilangan pendengaran lebih awal dibandingkan bukan perokok
5. Menyebabkan penyakit paru-paru kronis
6. Merusak gigi dan menyebabkan bau mulut yang tidak sedap
7. Menyebabbkan kanker rahim dan keguguran

Menyebabkan kemandulan

**2.4 KARAKTERISTIK DAN DUKUNGAN KELUARGA**

1. KARAKTERISTIK
	1. Pengertian

Karaker (watak) adalah kepribadian yang dipengaruhui motivasi yang menggerakan kemauan sehingga oarang tersebut bertindak (Sunaryo,2004). Sumadi (1985 dalam sunayo,2004) mengatakan, bahwa karakter (watak) adalah keseluruhan atau totalitas kemungkinan-kemungkinan breaksi secara emosional seseorang yang terbentuk selama hidupnya oleh unsur-unsur dari dalam (dasar, keturuan, dan faktor-faktoor endogen) dan unsur0unsur dari luar ( pendidikan dan penagalaman, serta faktor-faktor eksogen).

Model dan sistem Bears mungkin merupakan model yang paling dikenal karena masukan skala pengkajian keluarga menurut tingkkat kompetensi keluarga dalam enam area: (1) struktur keluaraga-kekuatan, persatuan orang tua, (2) mitologi, (3) negosiasi yang diarahakan pada tujuan, (4) otonomi, (5) pengaruh keluarga, dan (6) penilaian menyuluruh terhadap penyimpangan kesehatan; yang memiliki rentang dan optimal/adaptif hingga gangguan fungsi berat (Friedman,2010).

Partt (1976), dalam Fredman(2010), menekankan pentingnya interaksi keluarga dengan komunitas dalam menfasilitasi kesehatan keluraga tingkat tinggi. Menurut McCubbin, Thompson (1998), funsi keluarga dibentuk kembali dengan memasukan samapi sejauh mana keluarga mampu beradaptasi terhadap lingkungan sosial tepat mereka tinggal. Yaitu, keluarga dianggap berfunsi dengan baik jika keluarga dapat menyesuaikan diri dengan baik terhadap budaya dan komunitas umum. Partt(1976) juga menagtakan bahwa keluarga yang kuat memiliki kontak yang aktif dan baeragam dengan berbagi kelompok dan organisas lain, yaitu sebagai cara untuk meningkatakan, mendukung, dan memunuhi minat serta kebutuhan anggota keluarganya (Friedman,2010).

Goldenberg (2000), seorang ahli terapi keluarga, menekankan bahwa keluaraga yang berfungsi dengan baik mendorong individu yang ada di dalam keluarga untuk meraihkebebasan yang dibutuhkan anggota keluarga untuk meraih potensi dirinya. Keluarga yang sehat memberikan kebebasan yang dibutuhkan anggota keluarga untu mengekspolorasi dan menentukan jati diri, sementara pada saat yang sama membeikan perlindungan dan keamanan yag mereka butuhkan untuk meraih potensi dirinya (Friedman,2010).

* 1. Bagian karakteristik
		1. Usia

Usia (umur) adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Usia meningkatkan atau menurunkan kerentanan terhadap penyakit tertentu. Pada umumnya kualitas hidup menurun dengan meningkatnya umur. Penderita gagal ginjal kronik usia muda akan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik oleh karena biasnya kondisi fisiknya yang lebih baik dibandingkan yang berusia tua. Penderita yang dalam usia produktif merasa terpacu untuk sembuh mengingat dia masih muda mempunyai harapan hidup yang lebih tinggi, sebagai tulang punggung keluarga, sementara yang tua menyerahkan keputusan pada keluarga atau anak-anaknya. Tidak sedikit dari mereka merasa sudah tua, capek hanya menunggu waktu, akibatnya mereka kurang motivasi dalam

menjalani terapi hemodialisa. Usia juga erat kaitannya dengan prognose penyakit dan harapan hidup mereka yang berusia diatas 55 tahun kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal sanga besar bila dibandingkan dengan yang berusia dibawah 40 tahun (Indonesiannursing, 2008).

* + 1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjdi melalui pancaindra manuasia, sebagai besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo,121)

Pengetahuan atau kognitif merupak dominan yang sangat penting dalam terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Apabila suatu tindakan didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*), sebaiknya apabila perilaku te\rsebut tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo,121)

* + 1. Tingkat Pengetahuan
			1. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya.Termasuk kedalam tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterprestasikan materi tersebut secara benar.Orang yang telah paham terhadap suatu objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*aplikation*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan suatu materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya).

4. Analisis (*analysis*)

Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih ada di dalam suatu struktur suatu organisasi tersebut dan ada kaitannya suatu sama lain.

5. Sintesis (*syntesis*)

Sintesis menunjukan kepada suatu kemampuan untuk melakukan suatu menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evalusi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo,2003).

* 1. Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuanan tentang kesehatan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya yaitu;

1. Penelitian kuantitatif, pada umumnya akan mencari jawaban atas fenomena yang menyangkut beberapa banyak, berapa sering, berapa lama, dan sebagainya. Dalam hal ini untuk pengukurannya menggunakan dua metode, yaitu :
	* + 1. Wawancara tertutup atau wawancara terbuka, dengan menggunakan instrumen (alat pengukur/pengumpulan data) kuesioner. Wawancara tertutup adalah suatu wawancara dimana jawabnya responden atas pertanyan yang diajukan telah tersedia dalam opsi jawaban, responden hanya memiliki jawaban mana yang mereka anggap paling benar atau paling tepat. Sedangkan wawancara terbuka adalah pertanyaan-pertanyaan yang diajukan bersifat terbuka, responden boleh menjawab apa saja sesuai pendapat responden tersebut
			2. Angket tertutup atau terbuka. Sama halnya dengan wawancanya tertutup atau terbuka namun jawaban responden disampaikan lewat tulisan dan diisi oleh responden sendiri.
2. Penelitian kualitatif, pada umumnya bertujuan untuk menjawab bagaimana suatu fenomena itu terjadi. Dalam hal ini metode pengukurannya adalah sebagai berikut:
3. Wawancara mendalam, yaitu dengan mengajukan suatu pertanyan sebagai pembuka yang akhirnya memancing jawaban yang sebnyak-banyaknya dari responden sehingga informasi yang sebesar-besarnya
4. Diskusi kelompok terfokus, yaitu dengan menggali informasi dari beberapa orang responden sekaligus dalam kelompok. Jumlah anggota dalam kelompok diskusi terfokus sebaiknya antara 6-10 orang (Notoatmodjo,2010:141).
	* 1. Jenis kelamin

Sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa, manusia dibedakan menurut jenis kelaminnya yaitu pria dan wanita. Istilah gender berasal dari bahasa inggris yang berarti jenis kelamin. Dalam Webster’s New World Dictionary,gender

diartikan sebagai perbedaan antara laki-laki dan perempuan bila dilihat dari segi nilai dan tingkah laku. Dalam Women’s Studies Encylopedia dijelaskan bahwa gender adalah suatu konsep kultural yang berupaya membuat pembedaan (distinction) dalam hal peran, perilaku, metalitas, dan karakteristik emosional antara laki-laki dan perempuan yang berkembang dalam masyarakat. Gender adalah pembagain peran kedudukan, dan tugas antara laki-laki dan perempuan yang ditetapkan oleh masyarakat berdasarkan sifat perempuan dan laki-laki yang dianggap pantas sesuai norma-norma dan adat istiadat, kepercayaan, atau kebiasaan masyarakat. Gender adalah semua atribut sosial mengenai laki-laki dan perempuan, misalnya laki-laki digambarkan mempunyai sifat maskulin seperti keras, kuat, rasional, dan gagah. Sementara perempuan digambarkan memiliki sifat feminim seperti halus, lemah, peras, sopan, dan penakut.

 Perbedaan dengan pengertian seks yang lebih menekankan kepada aspek anatomi biologi dan komposisi kimia dalam tubuh laki-laki (maleness) dan perempuan ( femaleness). Istilah seks umumnya digunakan untuk merujuk kepada persoalan reproduksi dan aktivitas seksual (love making activities) (Mubarak, 2009).

* + 1. Status perkawinan

Lembaga Demografi FE UI (2000 dalam Yuliaw, 2010) menyatakan bahwa, status perkawinan adalah ikatan lahir batin antara pria dan seorang wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga yang bahagia dan kekal

berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa. Soekanto (2000 dalam Yuliaw, 2010) menyatakan bahwa, perkawinan (marriage) adalah ikatan yang sah antara seorang pria dan wanita yang menimbulkan hak-hak dan kewajiba-kewajiban antara mereka maupun turunannya.

* + 1. Pendidikan

Pendidikan merupakan bagian integral dalam pembangunan. Proses pendidikan tak dapat dipisahkan dari proses pembangunan itu sendiri. Pembangunan diarahkan dan bertujuan untuk mengembangkan sumber daya manusia yang berkualitas dan pembangunan sektor ekonomi, yang satu dengan lainnya saling berkaitan dan berlangsung dengan berbarengan (Hamalik, 2008).Secara umum pendidikan diartikan sebagai segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi usia baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidik (Notoatmodjo, 2005).

Menurut UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk menyiapkan peserta didik melalui kegiatan pembimbing, pengajaran dan atau latihan bagi peranannya di masa yang akan datang.Pengertian ini menekankan pada pendidikan formal dan tampak lebih dekat dengan penyelenggaraan pendidikan secara operasional (Notoatmodjo, 2005). Pendidikan adalah usaha sadar untuk menyiapkan peserta didik melalui kegiatan bimbingan, pengajaran, dan atau latihan bagi peranannya dimasa yang akan datang (UU RI No. 2 Tahun 1989, Bab 1, Pasal 1 dalam Hamalik, 2008). Menurut UU nomor 20 (tahun 2003 dalam Notoatmodjo, 2005), jalur pendidikan sekolah terdiri dari pendidkan dasa, pendidkan menengah, pendidikan atas, dan perguruan tinggi.

* + 1. Pekerjaan

Pekerjaan adalah merupakan sesuatu kegiatan atau aktifitas seseorang yang bekerja pada orang lain atau instasi, kantor, perusahaan untuk memperoleh penghasilan yaitu upah atau gaji baik berupa uang maupun barang demi

memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Rohmat, 2010 dalam Lase, 2011). Penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar tranportasi (Notoatmodjo, 2010).

Budiarto dan Anggraeni (2002) mengatakan berbagai jenis pekerjaan akan berpengaruh pada frekuensi dan distribusi penyakit. Hal ini disebabkan sebagaian hidupnya dihabiskan di tempat pekerjaan dengan berbagai suasana lingkungan yang berbeda.

* + 1. Agama

Mubarak (2009) mengatakan bahwa, Agama (bahasa inggris religion, yang berasal dari bahasa latin religare, yang berarti menambatkan), adalah sebuah unsur kebudayaan yang penting dalam sejarah umat manusia. (kamus filosofi dan agama) mendefenisikan agama sebagai berikut, ”sebuah institusi dengan keanggotaan yang diakui dan biasa berkumpul bersam untuk beribadah, serta menerima sebuah paket doktrin yang menawarkan hal yang terkait dengan sikap yang harus diambil oleh individu untuk mendapatkan kebahagiaan sejati”. Agama biasanya memiliki suatu prinsip, seperti “10 firman” dalam agama Kristen atau “5 rukun Islam” dalam agama Islam.

Agama adalah suatu simbol yang mengakibatkan pandangan yang amat realistis bagi para pemeluknya. Agama memberikan motivasi yang sangat kuat untuk menempatkan kebenaran di atas segalanya. Agama dan kepercayaan spiritual sangat mempengaruhi pandangan klien tentang kesehatan dan penyakitnya, rasa nyeri dan penderitaan, serta kehidupan dan kematian. Sehat spiritual terjadi saat individu menentukan keseimbangan antara nilai-nilai dalam kehidupannya, tujuan, dan kepercayaan dirinya dengan orang lain. Penelitian menunjukkan hubungan antara jiwa, daya pikir, dan tubuh. Kepercayan dan harapan individu mempunyai pengaruh terhadap kesehatan seseorang (Potter & Perry, 2009).

* + 1. Suku/bangsa

Office of minority health (OMH) menggambarkan budaya sebagai ide-ide, komunikasi, tindakan, kebiasaan, kepercayaan, nilai-nilai, dan adat istiadat dari kelompok ras, etnik, agama, atau sosial. Budaya merupakan konteks dimana sekelompok individu menafsirkan dan mendefinisikan pengalaman mereka yang berkaitan dengan transisi kehidupan. Hal ini termasuk kejadian-kejadian seperti kelahiran, penyakit, dan kematian. Ini merupakan suatu sistem nilai dimana individu dapat mengerti pengalaman mereka.

Budaya adalah bagaimana orang lain mendefinisikan fenomena sosial seperti saat individu sehat atau memerlukan intervensi (Kulwicky, 2003 dalam Potter & Ferry, 2009). Purnell dan Paulanka (2003 dalam Potter dan Perry, 2009) mengatakan, budaya merupakan penyebaran secara sosial dari pengetahuan, bentuk tingkah laku, nilai-nilai, kepercayaan, norma, dan gaya hidup dari kelompok tertentu yang menunjukkan pandangan mereka dan cara pengambikan keputusan. Budaya memiliki dua komponen yaitu: nyata (mudah dilihat), tersembunyi (kurangterlihat). Soekanto (2001 dalam Sunaryo, 2004) mengatakan kebudayaan adalah ekspresi jiwa terwujud dalam cara-cara hidup dan berpikir, pergaulan hidup, seni kesusastraan, agama, rekreasi, dan hiburan.

Latar belakang budaya dan etnik seseorang mengajarkan cara sehat, cara mengenali sakit, dan cara jatuh sakit. Efek penyakit dan interprestasinya berbeda menurut keadaan kultural. Perbedaan etnik dapat mempengaruhi keputusan tentang layanan kesehatan serta penggunaan layanan diagnostik dan kesehatan (Murray & Zentner, 2001 dalam Potter & Perry, 2009).

* + 1. Ekonomi

Ekonomi adalah suatu ilmu mengenai keterbatasan atau kelangkaan sumber daya dan penentuan pilihannya. Samuelson memberi batasan ilmu ekonomi sebagai berikut : “Ilmu mengenai bagaimana individu atau masyarakat, dengan atau tanpa uang, menggunakan sumber daya yang terbatas, dengan berbagai pilihan pengguaannya untuk menghasilkan berbagai macam barang dan mendistribusikannya untuk keperluan konsumsi saat ini atau masa yang akan datang, bagi individu atau sekelompok di masyarakat. Ilmu ini juga mengkaji semua biaya dan manfaat dari perbaikan pola alokasi sumber daya yang ada” (Lubis, 2010).

Tingkat ekonomi menurut Friedman (2004 dalam Suparyanto, 2010) membagi keluarga terdiri dari 4 tingkat ekonomi:

1. Adekuat

Adekuat menyatakan uang yang dibelanjakan atas dasar suatu permohonan bahwa pembiayaan adalah tanggung jawab kedua orang tua. Keluarga menganggarkan dan mengatur biaya secara relisitis.

2. Marginal

Pada tingkat marginal sering terjadi ketidaksepakatan dan perselisihan siapa yang seharusnya mengontrol pendapatan dan pengeluaran.

3. Miskin

Keluarga tidak bisa hidup dengan caranya sendiri. Pengaturan keuangan yang buruk akan menyebabkan didahulukannya kemewahan. Diatas kebutuhan pokok, manajemen keuangan yang sangat buruk dapat atau tidak membahayakan kesejahteraan anak, tetapi pengeluaran dan kebutuhan keuangan melebihi penghasilan.

4. Sangat Miskin

Menejemen keuangan yang sangat jelek, termasuk pengeluaran saja dan berhutang terlalu banyak, serta kurang tersedianya kebutuhan dasar.

1. DUKUNGAN KELUARGA
	1. Dukungan Keluarga

Menurut Sarwono (2003) dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada orang lain, baik moril maupun materil untuk memotivasi orang tersebut dalam melaksanakan kegiatan. Dukungan keluarga juga didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Smet,1994).

Friedman (1998) dalam Murniasih (2007) menyatakan Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika di perlukan.

Dukungan keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan (Setiadi, 2008). Menurut Smet (1994) dalam Christine (2010) Dukungan keluarga didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya

* 1. Komponen Dukungan Keluarga

Cara untuk meningkatkan efektivitas keberadaan atau sumber

potensial terdapatnya dukungan dari keluarga yang menjadi prioritas penelitian. Keluarga cenderung terlibat dalam pembuatan keputusan atau proses terapeutik dalam setiap tahap sehat dan sakit para anggota keluarga yang sakit. Proses ini menjadikan seorang pasien mendapatkan pelayanan kesehatan meliputi serangkaiaan keputusan dan peristiwa yang terlibat dalam interaksi antar sejumlah orang, termasuk keluarga, teman-teman dan para profesional yang menyediakan jasa pelayanan kesehatan (White,

2004 dikut ip dari skripsi : Rismauli, 2007). Komponen-komponen dukungan keluarga menurut Friedman (1998) terdiri dari:

a. Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengaharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

b. Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (instrumental support material support), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

c. Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya, dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan feed back. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

d. Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimany amerasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

* 1. Faktor yang Mempengaruhui Dukungan Keluarga

Menurut Feiring dan Lewis (1984) dalam Friedman (1998), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak dari keluarga yang besar. Selain itu, dukungan yang diberikan orangtua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia.

Menurut Friedman (1998), ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orangtua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

* 1. Pengukuran dukungan keluarga

Dilakukan berdasarkan jenis atau metode penelitian yang digunakan, yaitu:

1. Kuantitatif, metodenya yaitu dengan wawancara untuk menggali pendapat atau penilaian responden terhadap objek dan dapat juga menggunakan angket melalui pertanyaan-pertanyaan dan jawaban-jawaban tertulis.
2. Kualitatif, metodenya dengan menggunkan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus.

Untuk penelitian ini peneliti menggunkan angket tertutup dengan skala ukur ordinal untuk mengetahui apakah dukungan keluarga dimasyararakt tergolong baik, cukup atau kurang.

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

1. **Kerangka Konsep**

Menurut Hidayat (2008), kerangka konsep merupkan justifikasi ilmiah terhadapa penelitian yang dilakukan dan memberi landasan kuat terhadap topik yang dipilih sesuai indentifikasi masalahnya. Kerangka konsep harus didukung landasan teori yang kuat serta di tunjang oleh informasi yang bersumber pada berbagai laporan ilmiah, hasil penelitiaan, jurnal penelitian, dan lain-lain.

Penelitian dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan karakterisitik dan dukungan keluarga terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diwilayah kerja puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahnun 2016. Adapun yang menjadi variabel independen adalah karakkteristik dan dukungan keluarga, sedangkan yang menjadi variabel dependent adalah perialku hidup bersih dan sehat di rumah tangga.

**Variabel independen variabel dependen**

Karakteristik :

Pengetahuan

Pendidikan

Sosial ekonomi

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di rumah tangga

Dukungan keluarga

1. **Defenisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel**  | **Defenisi operasional** | **Cara ukur** | **Alat ukur** | **Skala ukur** | **Hasil ukur**  |
| IndependenKarakteristik: Pengetahuan Pendidikan Sosial ekonomi Dukungan keluarga | Segala sesuatu yang diketahui keluarga tentan PHBS di rumah tangga Suatu upaya yang direnacanakan untuk mempengaruhui perilaku baik individu kelompok dan masyarakat Suatu kedudukan atau posisi sesorang dalam masayarakay yag dipengaruhui pendidikan serta pendapatan Dorongan atau support keluarga kepada anggota kelaurga lain mulai dari dukungan emosiona, informasi, penalian serta dukungan instrument  | AngketAngketAngket Angket  | KuesionerKuesionerKuesionerKueisioner | Ordinal OrdinalOrdinal Ordinal  | * Rendah: ≤ 8
* Tinggi : > 8
* Rendah ( tidak tamat sekolah, SD,SMP)
* Tinggi (SMA,Perg-uruanTinggi)
* Kurang baik ≤ UMR (Rp. 1.500.00)
* Baik > UMR (Rp. 1.500.00)
* Kurang baik : ≤ 32
* Baik : > 32
 |
| Dependen Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBD di rumah tangga  | Salah sau upaya stategis untuk mengerakan dan memberdayakan keluarga dan anggota rumah tangga untuk hidup bersih dan sehat  | Angket  | kuesioner | Ordinal  | * Kurang baik : ≤ 9
* Baik : > 9
 |

1. **Hipotesis**

Ha : Ada hubungan pengetahuan terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diwilayah kerja puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahnun 2016

Ha : Ada hubungan pendidikan terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diwilayah kerja puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahnun 2016

Ha ; Ada hubungan sosial ekonomi terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diwilayah kerja puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016

Ha ; Ada hubungan dukungan keluarga terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diwilayah kerja puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016

**BAB IV**

**METODE PENLITIAN**

1. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah bentuk rancangan yang digunakan dalam melakukan penelitian (Hidayat, 2008). Penelitian ini dilakukan penulis menggunakan metode *deskriptif korelasi*  yaitu penelitian atau penelaahan hubungan antara dua variable pada suatu situasi atau sekelompok subjek. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan karakterisitik dan dukungan keluarga terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diwilayah kerja puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016.

Penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional*. Pada pendekatan ini, pengumpulan data variabel independen dan dependen dilakukan pada waktu yang bersamaan atau sekaligus.

1. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan diwilayah kerja puskesmas Surantih khususnya Jorong Pasa Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan,peneliti memilih puskesmas ini sebagai tempat yang dapat memberikan pendidikan keperawatan serta dapat membantu dalam mendapatkan data yang lebih akurat dalam penelitian ini dan juga mempunyai PHBS yang besar. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 11 sampai dengan 16 Januari 2016.

1. Populasi, sampel, dan teknik sampling
2. Populasi

 Populasi adalah setiap subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini yang menjadi populasi adalah semua keluarga di wilayah kerja puskesmas surantih kecamatan sutera pesisir selatan. Dari pengambilan data awal didapatkan 2.135 keluarga di wilayah kerja puskesmas surantih kecamatan sutera pesisir selatan, kususnya kangarian surantih tersebut.

* + 1. Sampel

 Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek/subjek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Kriteria sampel yang diambil masuk dalam kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau layak diteliti (Nursalam, 2003).

Kriteria inklusi :

1. Anggota keluarga di kangarian surantih
2. Bersedia menjadi Responden
3. Anggota keluarga yang berada di tempat saat peneliti melakukan penelitian
4. Anggota keluarga kooperatif , mampu menjawab pertanyaan.
5. Anggota keluarga yang bersedia menjadi responden.

Kriteria Eklusi :

1. keluarga yang tidak melakukan PHBS di rumah tangga di wilayah kerja puskesmas surantih khususnya Jorong Pasa Surantih kecamatan sutera pesisi selatan
2. Tidak bersedia menjadi responden.
3. Anggota keluarga tidak kooperatif.

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan *stratified Random Sampling* yaitu karena digunakan bila populasi mempeunyai anggota atau unsur yang tidak homogen dan berstrata secara propoasional. Kemudian dari setiap sub populasi secara *Cluster Sampling*  karena untuk menentukan perwakilan yang dikendaki dari setiap jorong (Sugiono, 2005). Penentuan jumlah sampel pada penelitian ini menggunakan rumus Nursalam (2003):

$$n=\frac{N(za)^{2} p q}{d2 \left(N-1\right)+(za)^{2} p q}$$

 Keterangan :

n = Perkiraan jumlah sampel

 N =Perkiraan jumlah populasi

 za = Nilai standar normal untuk d 0,0 (1,96)

 p = Perkiraan proporsi 50% (0,1)

 q = 1- p (0,1)

 d = tingkat kepercayaan / ketepatan yang diinginkan (90% = 0,1)

$$n=\frac{ 2.135 (1,96)^{2} (0,1)(0,1)}{(0.1) \left(2.135-1\right)+ \left(1,96\right)^{2} (0,1)(0,1)}$$

 Dari hasil penghitungan rumus diatas jumlah responden yang digunakan sebanyak 70 responden yang ada diWilayah Kerja puskesmas Surantiah khususnya Jorong Pasar Suranti Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan.

 4.3.3 Teknik Sampling

 Teknik artinya cara atau metode sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi sampel untuk dapat mewakili seluruh populasi.Teknik sampling adalah suatu cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel agar memperoleh sampel yang benar – benar sesuai dengan keseluruhan objek penelitian.

Teknik pengambilan sampel ini adalah *cluster sampling*  atau sampel area digunakan jika sumber data atau populasi sangat luas misalnya penduduk suatu provinsi, kabupaten, atau karyawan. (Nursalam,2008).

1. Pengumpulan Data

4.4.1 Instrumen Pengumpulan data

Instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner. Jenis kuesioner yang digunakan adalah *Closed ended* yaitu *Dichotomous Choice.* Skala pengukuran yang digunakan yaitu *Guttman scale.* Lembar Kuesioner dirancang menurut variable yang akan diteliti yaitu penerapan PHBS di rumah tangga yang berisikan tentang Pendidikan,Pengetahuan,Sosial ekonomi,dukungan keluarga, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

4.4.2 Cara pengumpulan data

Setelah mendapat izin dari kepala puskesmas, maka pengumpulan data dilakukan dengan tahapan pemberian penjelasan tentang tujuan, mamfaat, dan prosedur penelitian yang akan dilaksanakan kepada responden.Setelah responden memahami penjelasan yang diberikan ,responden diminta persetujuannya yang dibuktikan dengan menandatangani informant conscent dan untuk pengisian lembaran kuesioner diisi langsung oleh kepala keeluarga

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrument berupa lembar kuesioner .Setelah semua pertanyaan terjawab dengan lengkap maka peneliti dapat mengakhiri pertemuan saat itu.

1. Cara Pengolahan dan Analisa Data

 4.5.1. Teknik Pengolahan Data

1. *Editing*

 Pada tahap ini peneliti memeriksa daftar pertanyaan yang telah diisi oleh responden bertujuan untuk mengurangi kesalahan dan kekurangan yang ada didalam pernyataan yang telah diisi oleh responden.

1. *Coding*

Memberikan kode pada setiap informasi yang sudah terkumpul pada setiap pertanyaan dalam kuesioner untuk memudahkan pengolahan data.Coding bertujuan untuk mempermudah pada saat analisis dan mempercepat pemasukan data yaitu pemberi kode.

1. Pengetahuan
	* 1. 0 = tidak ( tidak berilaku PHBS)
		2. 1 = ya ( beperilaku PHBS)
2. Pendidikan
	* 1. 0 = tidak tamat sekolah, SD<SMP
		2. 1 = SMA, Perguruan Tinggi
3. Sosial ekonomi
	* 1. 0 = < Rp. 1.500.000
		2. 1 = > Rp. 1500.000
4. Dukungan keluarga
	* 1. 1 = tidak pernah
		2. 2 = jarang
		3. 3 = sering
		4. 4= selalu
5. PHBS Rumah Tangga
	* 1. 0 = kurang baik
		2. 1 = baik
6. *Skoring*

 Menetapkan skor/nilai dengan angka pada setiap observasi yang dilakukan. Pada tahap ini peneliti memberikan skor pada setiap variabel dependen dan independen.

1. Pengetahuan
	* 1. Rendah < 8
		2. Tinggi ≥ 8
2. Pendidikan
	* 1. Rendah ( tidak tamat sekolah, SD, SMP)
		2. Tinggi (SMA, Perguruan Tinngi)
3. Sosial ekonomi
	* 1. Kurang baik ≥Rp.1500.000
		2. Baik < Rp. 1.500.000
4. Dukungan keluarga
	* 1. Kurang baik ≤ 32
		2. Baik > 32
5. PHBS Rumah Tangga
	* 1. Kurang baik < 9
		2. Baik ≥ 9
6. *Tabulating*

Pada tahap ini peneliti menyusun nilai – nilai observasi dalam master table dan selanjutnya memasukkan data yang diperoleh ke dalam table distribusi frekuensi.

1. *Processing*

Data yang telah didapat diproses agar dapat dianalisa, proses data dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuesioner ke program windows (komputerisasi).

1. *Cleaning*

 Data yang telah dimasukkan diperiksa kembali sesuai dengan kriteria dan yakin bahwa data yang telah masuk benar-benar bebas dari kesalahan yang kemudian dapat disajikan dalam bentuk tabel.

 4.5.2 Metode Analisis Data

 Data yang diperoleh dari hasil penelitian diolah dengan menggunakan komputerisasi, disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi. Analisa data dilakukan dengan analisa univariat dan analisa bivariat.

* + - * 1. Analisa univariat

 Analisa ini menggambarkan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti. Variabel independen yang diteliti yaitu karakteristik dan dukungan keluarga dan variable dependen yaitu perialku hidup berih dan sehat di rumag tangga. Tujuannya adalah mendapatkan gambaran sebaran (distribusi frekuensi dan untuk melihat persentase) dari masing – masing variable yaitu :

Dilakukan persentase pada variable ini dengan rumus:

 **P = F  x 100%**

 **N**

Keterangan :

P = Persentase

F = Frekuensi

N = Total Responden

* + - * 1. Analisa bivariat

Analisa ini untuk melihat adanya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan uji Chi-square, dengan derajat kepercayaan 95% atau α = 0,05. Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 0,05 sehingga jika nilai α ≤ 0,05 maka secara statistik disebut *bermakna*, jika nilai α > 0,05 maka hasil hitungan disebut *tidak bermakna*.

1. Etika penelitian

 Mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut:

4.6.1 *Informed Consent* (Pernyataan Persetujuan)

*Informed Consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan. Peneliti harus menghormati keputusan calon responden untuk menyetujui atau tidak menyetujui menjadi responden dalam penelitian ini.

4.6.2 *Anonimity* (tanpa nama)

 Tidak mencantumkan nama responden dalam lembar observasi yang digunakan, tetapi menukarnya dengan kode atau inisial nama responden, termasuk dalam penyajian hasil penelitian.

* + 1. *Confidentiality* (kerahasiaan)

 Peneliti menjamin bahwa data yang diberikan oleh responden akan dijaga kerahasiaannya, baik informasi yang diberikan maupun masalah-masalah lainnya.

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN**

1. **Hasil Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 11 januari sampai dengan 16 Januari 2016 (7 hari) mengenai hubungan karakteristik dan dukungan keluarga dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di rumah tangga di wilayah kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016.

Adapun responden yang diteliti adalah sebanyak 70 keluarga yang diambil berdasarkan kriteria inklusi dan ekslusi dengan cara membgikan angket kepada responden dan responden mengisi sendiri tanpa pengaruh dan paksaan dari orang lain termasuk peneliti.

1. **Gambaran Lokasi Penelitian**

Puskesmas Surantih terletak di Kecamatan Sutera, yang terdiri dari 3 Nagari; Teratak, Pasar Surantih, Amping Parak, dan Pukesmas Surantih tersebut terletak di Pasar Surantih, yang wilayah kerjanya mencakup 3 Nagari tersebut, Puskesmas Surantih sebelah utara berbatas dengan kecamtan Batang kapas, dan sebelah Selatan berbats dengan Kecamatan Lenggayang, dan luas Puskesmas Surantih 20x15 m2. Terdapat 7 Pustu dan 21 Poskesri.

1. **Analisa Uvivariat**

Analisa univariat melihat ganbaran distribusi frekuensi variabe indepent yag meliputi pengetahuan, pendidikan, penghasilan, dukungan keluarga, serta variabel dependent yaitu perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dari responden yang berjumlah 70 keluarga. Peneliti mendapatkan data univariat tentang hubungan karakteristik dan dukungan keluarga dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)rumah tangga di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan tahun 2016 sebagai berikut :

**Tabel 5.1**

**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Keluarga Di Wilayah**

 **Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera**

**Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Pengetahuan | Frekuensi | Persentase (%) |
| 1 | Rendah  | 27 | 38,6 |
| 2 | Tinggi  | 43 | 61,4 |
| Total  | 70 | 100 |

Dari tabel 5.1 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu 43 anggota keluarga (61,4%) memiliki pengetahuan yang tinggi.

**Tabel 5.2**

**Distribusi Frekuensi Pendidikan Keluarga di Wilayah**

 **Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera**

**Kabupaten Pesisir Selatan tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No  | Pendidikan  | Frekuensi  | Persentase(%)  |
| 1 | Pendidikan rendah | 30 | 42,9 |
| 2 | Pendidikan tinggi | 40 | 57,1 |
| Total | 70 | 100 |

Dari tabel 5.2 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu 40 (57,1%) anggota keluarga yang memiliki pengetahuan tinggi.

**Tabel 5.3**

**Distribusi Frekuensi Sosial Ekonomi Keluarga Di Wilayah**

 **Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera**

**Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Sosial Ekonomi | Frekunsi | Persentase (%) |
| 1 | Kurang baik  | 38 | 54,3 |
| 2 | Baik  | 32 | 45,7  |
| Total  | 70 | 100 |

Dari tabel 5.3 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu 38 (54,3%) anggota keluarga yang memiliki sosial ekonomi kurang baik.

**Tebel 5.4**

**Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Di Wilayah Kerja**

 **Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten**

**Pesisir Selatan Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Dukungan Keluarga | Frekuensi | Persentase (%) |
| 1 | Kurang baik | 34 | 48,6 |
| 2 | Baik  | 36 | 51,4 |
| Total  | 70 | 100 |

Dari tabel 5.4 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu 36 (51,4%) responden memiliki dukungan keluarga yang baik.

**Tebel 5.5**

**Distribusi Frekuensi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**

 **Rumah Tangga Pada Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas**

 **Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten**

**Pesisir Selatan Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | PHBS Rumah Tangga | Frekuensi | Persentase (%) |
| 1 | Kurang baik  | 24 | 34,3 |
| 2 | Baik  | 46 | 65,7 |
| Total  | 70 | 100 |

Dari tabel 5.5 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu 46 (65,7%) responden memiliki Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) rumah Tangga Baik.

1. **Analisa Bivariat**

Analisa bivaria dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independeny yaitu pengetahuan, pendidikan, penghasilan, dukungan keluarga dan variabel dependent perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga, sebagai berikut :

1. Hubungan pengetahuan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga.

**Tabel 5.6**

**Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan**

**Sehat (PHBS) Rumah Tangga Pada Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten**

**Pesisir Selatan Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| pengetahuan | Perilaku PHBS | Jumlah | P value | OR |
| Kurang baik | Baik |
| f | % | f | % | f | % | 0.007 | 4,722 |
| Rendah  | 15 | 55,6% | 12 | 44,4% | 27 | 100% |
| Tinggi  | 9 | 20,9% | 34 | 79,1% | 43 | 100% |
| Total  | 24 | 34,3% | 46 | 65,7% | 70 | 100% |

Dari tabel 5.6 dapat dilihat bahwa dari 27 responden yang pengetuan rendah, terdapat 55,6% responden yang perilaku PHBS kurang baik, dan yang perilaku PHBS baik sebanyak 44,4%. Sedangkan responden yang pengetahuan tinggi sebanyak 79,1% responden yang perilaku PHBS baik dan yang tidak baik 20,9%.

Berdasarkan uji statistik hubungan pengetahuan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diperoleh nilai p = 0,007 (p<0,05), berarti Ha di terima yaitu ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 4,722 artinya responden dengan pengetahuan tinggi berpeluang 4,722 kali untuk memiliki perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dibandingkan dengan respon yang memiliki pengetahuan yang rendah.

1. Hubungan pendidikan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga

**Tabel 5.7**

**Hubungan Pendidikan Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Pada Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten**

 **Pesisir Selatan Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| pendidikan | Perilaku PHBS | Jumlah | P value | OR |
| Kurang baik | Baik |
| f | % | F | % | f | % | 0.008 | 4,571 |
| Rendah  | 16 | 53,3% | 14 | 46,7% | 30 | 100% |
| Tinggi  | 8 | 20,0% | 32 | 80,0%% | 40 | 100% |
| Total  | 24 | 34,3% | 46 | 65,7% | 70 | 100% |

Dari tabel 5.7 dapat dilihat bahwa dari 30 responden yang pendidikan rendah, terdapat 53,3% responden yang perilaku PHBS kurang baik, dan yang perilaku PHBS baik sebanyak 46,7%. Sedangkan responden yang pengetahuan tinggi sebanyak 80,0% responden yang perilaku PHBS baik dan yang kurang baik 20,0%.

Berdasarkan uji statistik hubungan pengetahuan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diperoleh nilai p = 0,008 (p<0,05), berarti Ha di terima yaitu ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 4,571 artinya responden dengan pendidikan tinggi berpeluang 4,571 kali untuk memiliki perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga kurang baik dibandingkan dengan respon yang memiliki pendidkan yang rendah.

1. Hubungan sosial ekonomi dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga

**Tabel 5.8**

**Hubungan Sosial Ekonomi Dengan Perilaku Hidup Bersih**

**Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Pada Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten**

 **Pesisir Selatan Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sosial ekonomi  | Perilaku PHBS | Jumlah | P value | OR |
| Kurang baik | Baik |
| f | % | f | % | f | % | 0,079 | 2,891 |
| Kurang baik  | 17 | 44,7%% | 21 | 55,3% | 38 | 100% |
| Baik  | 7 | 21,9% | 25 | 78,1 | 32 | 100% |
| Total  | 24 | 34,3% | 46 | 65,7% | 70 | 100% |

Dari tabel 5.8 dapat dilihat bahwa dari 38 responden yang sosial ekonomi kurang baik , terdapat 44,% responden yang perilaku PHBS kurang baik, dan yang perilaku PHBS baik sebanyak 55,3%. Sedangkan responden yang sosial ekonomi baik sebanyak 78,1% responden yang perilaku PHBS baik dan yang kurang baik 21,9%.

Berdasarkan uji statistik hubungan sosial ekonomi dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diperoleh nilai p = 0.079 (p<0,05), berarti H0 di terima yaitu tidak ada hubungan antara sosial ekonomi dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 2,891 artinya responden dengan sosial ekonomi baik berpeluang 2,891 kali untuk memiliki perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga baik dibandingkan dengan respon yang memiliki sosiaol ekonomi yang kurang baik.

1. Hubungan dukungan keluarga dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga

**Tabel 5.9**

**Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Pada Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten**

 **Pesisir Selatan Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dukungan Keluarga | Perilaku PHBS | Jumlah | P value | OR |
| Kurang baik | Baik |
| f | % | F | % | f | % | 0.000 | 17,769 |
| Kurang Baik | 21 | 61,8% | 13 | 38,2% | 34 | 100% |
| Baik  | 3 | 8,3% | 33 | 91,7%% | 36 | 100% |
| Total  | 24 | 34,3% | 46 | 65,7% | 70 | 100% |

Dari tabel 5.9 dapat dilihat bahwa dari 34 responden yang dukungan keluarga kurang baik, terdapat 61,8% responden yang perilaku PHBS kurang baik, dan yang perilaku PHBS baik sebanyak 38,2%. Sedangkan responden yang dukungan keluarga baik sebanyak 91,7% responden yang perilaku PHBS baik dan yang kurang baik 8,3%.

Berdasarkan uji statistik hubungan dukungan keluaraga dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diperoleh nilai p = 0,000 (p<0,05), berarti Ha di terima yaitu ada hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 17,769 artinya responden dengan dukungan keluarga baik berpeluang 17,769 kali untuk memiliki perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga baik dibandingkan dengan respon yang memiliki dukungan keluarga kurang baik.

1. **Pembahasan**
	1. **Univariat**
2. **Pengetahuan**

Berdasarkan penelitian diperoleh bahwa lebih dari separoh yaitu 43 kepala keluarga (61,4%) memiliki pengetahuan yang tinggi.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjdi melalui pancaindra manuasia, sebagai besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo,2010)

Pengetahuan dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan keyakinan tersebut dengan pengetahuan kesehatan lingkungan yang baik diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya menciptakan kondisi lingkungan yang sehat, sehingga dapat memutuskan rantai penularan penyakit melalui lingkungan serta perilaku hidup bersih dan sehat agar tidak mudah tertular penyakit. Mubarak (2007) menjelaskan bahwa sebuah perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, sebab perilaku ini terjadi akibat adanya paksaan atau aturan yang mengharuskan untuk berbuat. Salah satu wujud dari perilaku adalah pengetahuan.

1. **Pendidikan**

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu 40 (57,1%) kepala keluarga yang memiliki pendidikan tinggi

Pendidikan merupakan bagian integral dalam pembangunan. Proses pendidikan tak dapat dipisahkan dari proses pembangunan itu sendiri. Pembangunan diarahkan dan bertujuan untuk mengembangkan sumber daya manusia yang berkualitas dan pembangunan sektor ekonomi, yang satu dengan lainnya saling berkaitan dan berlangsung dengan berbarengan (Hamalik, 2008).Secara umum pendidikan diartikan sebagai segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi usia baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidik (Notoatmodjo, 2005).

1. **Sosial ekonomi**

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu 38 (54,3%) kepala keluarga yang memiliki sosial ekonomi kurang baik.

Pekerjaan adalah merupakan sesuatu kegiatan atau aktifitas seseorang yang bekerja pada orang lain atau instasi, kantor, perusahaan untuk memperoleh penghasilan yaitu upah atau gaji baik berupa uang maupun barang demi memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Rohmat, 2010 dalam Lase, 2011). Penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar tranportasi (Notoatmodjo, 2010).

1. **Dukungan keluarga**

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu 36 (51,4%) responden memiliki dukungan keluarga.

Menurut Sarwono (2003) dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada orang lain, baik moril maupun materil untuk memotivasi orang tersebut dalam melaksanakan kegiatan. Dukungan keluarga juga didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Smet,1994).

1. **Perilku PHBS rumah tangga**

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu 46 (65,7%) responden memiliki Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) rumah Tangga Baik

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah upaya memberikan pengelaman belajar bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, guna meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku, melalui pendekatan advokasi, bina suasana

 (*sosial support*) dan gerakan masyarakat (*empowerment*) sehingga dapat menerapkan cara-cara hidup sehat, dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat (Depkes RI,2006).

Menurut Lowrence Green (1980), dalam Notoadmodjo (2007), dalam Jariston (2009), ada 3 faktor penyebab mengapa seseorang melakukan perilaku hidup bersih dan sehat yaitu: (1) Faktor pemudah (*predisposising factors)*Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap anak-anak terhadap perilaku hidup bersih dan sehat. Dimana faktor ini menjadi pemicu atau *anteseden*  terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi tindakanya akibat pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap, budaya, demmografi, dan akses ke pelayanan kesehatan., (2) Faktor pemungkin *(enambiling factors)*, (3) Faktor pemicu terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau tindakan terlaksna. Faktor ini mencakup dukungan adekuat, keterapilandan kemapuan, ketersedian sumber kesehatan, periritas komunitas, keterampilan fisik, waktu, dan ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bag anak-anak, misalnya air bersih, temapt pembuangan sampah jamban, ketersedian makanan bergizi dan sebagaiinya. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memnungkinkan terwujudnya perilaki hidup bersih dan sehat, (4) Faktor penguat *(reinforcing factors)* Faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memproleh dukungan atau tidak. Faktor ini terwujud dalam bentuk dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, tindakan, biaya dan akses pemberi perawatan kesehtan, sumber komunitas, dan akse ke pendidikan kesehatan.

* 1. **Bivariat**
		1. **Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016**

Dari hasil didapatkan bahwa dari 27 responden yang pengetuan rendah, terdapat 55,6% responden yang perilaku PHBS kurang baik, dan yang perilaku PHBS baik sebanyak 44,4%. Sedangkan responden yang pengetahuan tinggi sebanyak 79,1% responden yang perilaku PHBS baik dan yang tidak baik 20,9%.

Berdasarkan uji statistik hubungan pengetahuan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diperoleh nilai p = 0,004 (p<0,05), berarti Ha di terima yaitu ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 4,722 artinya responden dengan pengetahuan tinggi berpeluang 4,722 kali untuk memiliki perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga baik dibandingkan dengan respon yang memiliki pengetahuan yang rendah.

Hal ini didukung oleh hasil penelitian Kusumawati, dkk (2008) menjelaskan bahwa ada hubungan pengetahuan kesehatan lingkungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat dan juga hasil penelitian Resminawati (2010) yang menjelaskan adanya hubungan pengetahun kepala keluarga dengan PHBS kepala keluarga tetapi hal ini tidak sesuai dengan hasil dari penelitian Effendi, dkk (2004) yang menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku hidup bersih dan sehat.

Menurut asumsi peneliti pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia di peroleh melalui penginderaan mata dan telinga. Semakin tinggi pengetahuan seseorang terhadap PHBS Rumah tangga, semakin baik perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga seseorang.

* + 1. **Hubungan Pendidikan Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016**

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa dari 30 responden yang pendidikan rendah, terdapat 53,3% responden yang perilaku PHBS kurang baik, dan yang perilaku PHBS baik sebanyak 46,7%. Sedangkan responden yang pengetahuan tinggi sebanyak 80,0% responden yang perilaku PHBS baik dan yang kurang baik 20,0%.

Berdasarkan uji statistik hubungan pengetahuan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diperoleh nilai p = 0,005 (p<0,05), berarti Ha di terima yaitu ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 4,571 artinya responden dengan pendidikan rendah beresiko 4,571 kali untuk memiliki perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga kurang baik dibandingkan dengan respon yang memiliki pendidkan yang tinggi.

Menurut UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk menyiapkan peserta didik melalui kegiatan pembimbing, pengajaran dan atau latihan bagi peranannya di masa yang akan datang.Pengertian ini menekankan pada pendidikan formal dan tampak lebih dekat dengan penyelenggaraan pendidikan secara operasional (Notoatmodjo, 2005). Pendidikan adalah usaha sadar untuk menyiapkan peserta didik melalui kegiatan bimbingan, pengajaran, dan atau latihan bagi peranannya dimasa yang akan datang (UU RI No. 2 Tahun 1989, Bab 1, Pasal 1 dalam Hamalik, 2008). Menurut UU nomor 20 (tahun 2003 dalam Notoatmodjo, 2005), jalur pendidikan sekolah terdiri dari pendidkan dasa, pendidkan menengah, pendidikan atas, dan perguruan tinggi.

Hal ini didukung oleh hasil penelitian Kusumawati, dkk dalam Erna Irawati, dkk (2011) menjelaskan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku hidup bersih dan sehat, status sosial ekonomi yang didalamnya termasuk pendidikan mempunyai hubungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat. Adanya keterkaitan antara pendidikan dengan perilaku hidup bersih dan sehat mempunyai hubungan yang signifikan dengan tingkat kesehatan. Makin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah menerima konsep hidup sehat

* + 1. **Hubungan Sosial Ekonomi Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa dari 38 responden yang sosial ekonomi kurang baik , terdapat 44,% responden yang perilaku PHBS kurang baik, dan yang perilaku PHBS baik sebanyak 55,3%. Sedangkan responden yang sosial ekonomi baik sebanyak 78,1% responden yang perilaku PHBS baik dan yang kurang baik 21,9%.

Berdasarkan uji statistik hubungan sosial ekonomi dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diperoleh nilai p = 0.076 (p<0,05), berarti H0 di terima yaitu tidak ada hubungan antara sosial ekonomi dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 2,891 artinya responden dengan sosial ekonomi baik beresiko 2,891 kali untuk memiliki perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga baik dibandingkan dengan respon yang sosial ekonomi kurang baik.

Hal ini didukung oleh hasil penelitian Kusumawati, dkk (2008) , Kusumawati, dkk dalam Erna Irawati, dkk (2011) menjelaskan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku hidup bersih dan sehat. Status sosial ekonomi yang didalamnya termasuk pendidikan mempunyai hubungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat. Adanya keterkaitan antara pendidikan dengan perilaku hidup bersih dan sehat mempunyai hubungan yang signifikan dengan tingkat kesehatan. Makin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah menerima konsep hidup sehat. secara mandiri, kreatif dan berkesinambungan.

* + 1. **Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2016**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa dari 34 responden yang dukungan keluarga kurang baik, terdapat 61,8% responden yang perilaku PHBS kurang baik, dan yang perilaku PHBS baik sebanyak 38,2%. Sedangkan responden yang dukungan keluarga baik sebanyak 91,7% responden yang perilaku PHBS baik dan yang kurang baik 8,3%.

Berdasarkan uji statistik hubungan dukungan keluaraga dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga diperoleh nilai p = 0,000 (p<0,05), berarti Ha di terima yaitu ada hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 17,769 artinya responden dengan dukungan keluarga baik berpeluang 17,769 kali untuk memiliki perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga kurang baik dibandingkan dengan respon yang memiliki dukungan keluarga baik.

Menurut widayatun diasumsikan perilaku timbul dari sikap, penelitian yang mempertanyakan bagaimana konsistensi kedua hal itu satu sama lainya. Bahwa perilaku konsisten dengan sikap hanya dalam kondisi tertentu. Sikap ini tidaklah sama dengan perilaku, dan perilaku tidaklah selalu mencermikan sikap seseorang, sebab seringkali terjadi bahwa seseorang dapat berubah dengan memperlihatkan tindakan yang bertentangan dengan sikapnyaPenelitian ini menjelaskan bahwa keluarga memegang peranan penting dalam semua level pencegahan penyakit. Dalam pencegahan primer keluarga dapat mempengaruhi pemilihan gaya hidup yang dapat mencegah penyakit. Hal penting yang mempengaruhi kesehatan adalah perilaku pencegahan penyakit dan perilaku pemulihan kesehatan. Perilaku pencegahan penyakit pada keluarga dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap. Nies dan McEwen (2001) mengatakan bahwa perilaku yang sehat dalam keluarga termasuk dalam pelaksanaan promosi dan proteksi kesehatan

1. **Keterbatasan Peneliti**

Penelitian ini mempunyai keterbatasan-keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan-keterbatasan tersebut, yaitu Instrument penelitian berupa kuesioner yang berisi pertanyaan untuk menilai pengetahuan, sikap, dan perilaku yang sudah disediakan alternatif jawabannya, sehingga memungkinkan responden tidak dapat mengemukakan jawaban dengan bebas.

**BAB VI**

**PENUTUP**

1. **KESIMPULAN**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada nulan februari 2016 tentang Bagaimana Hubungan Karateristik dan Dukungan Keluarga dengan Prilaku Hidup Bersih dan Sehat Rumah Tangga Masyarakat di Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Persisir Selatan Tahun 2016 dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Lebih dari separoh yaitu 43 kepala keluarga (61,4%) memiliki pengetahuan yang tinggi.
2. Lebih dari separoh yaitu 40 (57,1%) kepala keluarga yang memiliki pendidikan tinggi.
3. Bahwa lebih dari separoh yaitu 38 (54,3%) kepala keluarga yang memiliki sosial ekonomi kurang baik
4. Lebih dari separoh yaitu 36 (51,4%) responden memiliki dukungan keluarga baik.
5. Lebih dari separoh yaitu 46 (65,7%) responden memiliki Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) rumah Tangga Baik
6. Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 4,722
7. Ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 4,571
8. Tidak ada hubungan antara sosial ekonomi dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 2,891
9. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dengan OR (odds ratio) 17,769
10. SARAN

6.2.1 Bagi institusi pendidikan

Memberikan informasi tentang penelitian tentang pelaksanaan PHBS di rumah tangga dan faktor- faktor yang mempearuhuinya yang digunakan sebagai salah satu panduan dalam memberikan informasi kesehatan

6.2.2 Bagi lahan

Sebagai bahan masukan bagi pukesmas dalam memberikan pendidikan kesehatan pada keluarag dalam pPHBS Rumah tangga, dan diharapakan kepada petugas kesehatan untuk lebih memperhatiakn PHBS Rumah Tangga , serta membina hubungan kerjasama dengan keluarga untuk membimbing anggota keluarga lain untuk berperilaku PHBS Rumah Tangga yang baik.

6.2.3 Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai bahan acuan bagi peneliti lainnya dalam meneliti atau menganalisa terkait PHBS Rumah Tanggga dengan variabel yang berbeda dan bervariasi. Serta area yang diperluas dan dengan jumlah sampel yang lebih besar.

**DAFTAR PUSTAKA**

Arikunto, S. 2006. Prosedur Peneltian Suatu Pendekatan Praktik  Jakarta: PTAsdi Mahasatya

Arikunto. 2002. Metode Riset Keperawatan. Jakarta : Rineka CiptA

Friedman, 1998***. Keperawatan Keluarga Teori Dan Praktek Edisi Ketiga***. Jakarta: EGC

Hidayat, A. Aziz Alimul. (2009). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika.

Hidayat, A. Aziz Alimul. 2008. Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah. Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika.

Mubarak, Wahit Iqbal, dkk. (2009). Ilmu Keperawatan Komunitas; Konsep dan Aplikasi. Jakarta : Salemba Medika.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. Metodologi Penelitian. Jakarta : EGC.

Notoatmodjo. 2007. ***Promosi Kesehatan Teori Dan Ilmu Prilaku.*** Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. 2003. Konsep ***Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrumen Penelitian***. Jakarta: Salemba Medika

Potter, P. A; dan Perry, A, G. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik. Edisi 4 Volume 1. Jakarta : EGC.

Setyawati dan Muwarni. 2008. ***Proses Pembelajaran Dan Pendidikan*** Kesehatan. Jakarta: EGC

Sugiyono. 2007. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif R&D. Bandung. Alfabeta

Depkes RI, 2008. Rumah Tangga Sehat Dengan Perilaku Hidup Bersih Dan sehata.

Perry & Potter. 2009. *Fundamentals of Nursing* *(Fundamental Keperawatan)*. Buku I. Edisi VII. Jakarta : Salemba Medika

Perry & Potter. 2010. *Fundamentals of Nursing (Fundamental Keperawatan)*. Buku II. Edisi VII. Jakarta : Salemba Medika

**Lampiran 1**

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth :

Bapak, Ibu, Kakak dan Adik Calon Responden

Di

Wilayah Kerja Puskesmas Surantih ,Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisr Selatan

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Stikes Perintis Bukittinggi,

Nama : MAYUKA ASLIM

NIM : 11103084105033

Alamat : Pesisir Selatan

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul ” **Hubungan Krakteristik dan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga di** **Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisr Selatan Tahun 2015** untuk itu saya meminta kesedian Bapak/ Ibu ( kepala keluarga) untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Penelitian ini semata-mata untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan tidak menimbulkan kerugian bagi Bapak/ Ibu ( kepala keluarga). Kerahasiaan semua informasi yang diberikan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Atas kesediaan Bapak sebagai responden, saya mengucapkan terima kasih.

Bukittinggi, Januari 2016

Peneliti,

MAYUKA ASLIM

**Lampiran 2**

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

**(Informed Concent)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama (Inisial) :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia berperan serta sebagai responden penelitian dengan judul**” Hubungan Krakteristik dan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga di** **Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisr Selatan Tahun 2015**” yang akan dilakukan oleh MAYUKA ASLIM mahasiswa Prodi S1 Keperawatan Stikes Perintis Bukittinggi.

Saya menyadari bahwa penelitian ini sangat besar manfaatnya, informasi yang saya berikan ini adalah yang sebenarnya dengan tidak ada unsur paksaan dari siapapun juga.

 Bukittinggi, Januari 2016 Responden,

( )

**Lampiran 3**

**KISI-KISI KUESIONER PENELITIAN**

**Hubungan Krakteristik dan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga di** **Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tujuan** | **Variabel** | **Jumlah Soal** | **No. Soal** |
| untuk mengetahui hubungan krakteristik dan dukungan keluarga dengan perilaku hidup bersih dan sehat (phbs) rumah tangga di wilayah kerja puskesmas surantih kecamatan sutera kabupaten pesisir selatan tahun 2015” | Tingakat pendidikan sosial ekonomipengetahuan perilaku PHBSDukungan keluarga | 1110 1012 | 111 sampai dengan 101 sampai dengan 101 sampai dengan 12  |

**Lampiran 4**

**LEMBARAN KUESIONER**

**No. Responden**

**HUBUNGAN KRAKTERISTIK DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS) RUMAH TANGGA DI** **WILAYAH KERJA PUSKESMAS SURANTIH KECAMATAN SUTERA KABUPATEN PESISR SELATAN TAHUN 2015**

**Petunjuk Pengisian Lembaran Observasi**

1. Bacalah petunjuk kuesioner dengan seksama sehingga benar dimengerti.
2. Bacalah setiap pertanyaan dan alternatif jawaban secara seksama sehingga benar-benar di mengerti.
3. Beri tanda Cheklis (√ ) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan apa yang anda rasakan.
4. Jika anda ingin meperbaiki jawaban, beri tanda pada jawaban yang salah.Contoh : ≠
5. isilah semua pertanyaan tanpa kecuali
6. Waktu pengisian kuesioner 10 – 15 menit.
7. Jika ada yang tidak mengerti atau ragu-ragu, tanyakan pada peneliti.
8. Jika kuesioner telah diisi dengan lengkap, berikan pada peneliti kembali.
9. Terimakasih atas kerja sama dan waktu yang diberikan oleh responden semoga data yang diberikan bermanfaat bagi peneliti
10. **Identitas**
	1. Nama (Inisial) :
	2. Umur :
	3. Pendidikan :
		1. Tidak Sekolah
		2. SD
		3. SMP / SLTP
		4. SMA / SLTA
		5. Perguruan Tinggi / Akademi
11. **Pekerjaan**
	1. Tidak bekerja
	2. Swata ( tani, dagang, buruh)
	3. PNS
12. **Penghasilan rata-rata per bulan:**
	1. < Rp. 1.500.000,-/kapita/bulan
	2. Rp. 1500.000,-/kapita/bulan
13. **PENGETAHUAN PHBS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Pernyataan | YA | Tidak |
| 1 | Petugas yang harus melakukan tindakan penolong persainan adaah petugas kesehatan (dokter, bidan, perawat) |  |  |
| 2 | Pemberian ASI eklusif pada bayi 0-6 bulan |  |  |
| 3 | Penimbangan bayi dan balita dilakukan setiap bulan |  |  |
| 4 | Kreiteria air versih adalah tidak berbau, tidak bewarna dan tidak berasa |  |  |
| 5 | Mencuci tangan yang baik adalah menggunakan air yang mengalir |  |  |
| 6 | Syarat jamban yang sehat adalah bentuk leher angasa dan memiliki septic tanck |  |  |
| 7 | Pemberantasan jentik nyamuk dapat mencegah resiko terjadinya penyakit demam berdarah |  |  |
| 8 | Makan buah dan sayur setiap hari dapat melancarkan bbuang air besar |  |  |
| 9 | Olahrga yang benar dilakukan selama 30 menit/ hari seperti : senam, jalan. |  |  |
| 10 | Merokok dapat menimbulkan masalah kesehatan yang menyeluruh seperti hipertensi, penyakit paru, dll. |  |  |

1. **PERILAKU PHBS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Pernyataan | YA | Tidak |
| 1 | Apakah anggota keluarga sudah melakukan tindakan penolong persalinan adalah petugas kesehatan (dokter, bidan, perawat)? |  |  |
| 2 | Apakah anggota keluarga sudah melakukan Pemberian ASI eklusif pada bayi 0-6 bulan? |  |  |
| 3 | Apakah anggota keluarga sudah melakukan penimbangan bayi dan balita dilakukan setiap bulan? |  |  |
| 4 | Apakah anggota keluarga sudah melakukan Kreiteria air bersih adalah tidak berbau, tidak bewarna dan tidak berasa?  |  |  |
| 5 | Apakah anggota keluarga sudah melakukan Mencuci tangan yang baik yaitu menggunakan air yang mengalir?  |  |  |
| 6 | Apakah anggota keluarga sudah melakukan syarat jamban yang sehat adalah bentuk leher angasa dan memiliki septic tanck?  |  |  |
| 7 | Apakah anggota keluarga sudah melakukan pemberantasan jentik nyamuk dapat mencegah resiko terjadinya penyakit demam berdarah? |  |  |
| 8 | Apakah anggota keluarga sudah melakukan makan buah dan sayur setiap hari dapat melancarkan bbuang air besar?  |  |  |
| 9 | Apakah anggota keluarga sudah melakukan olahrga yang benar dilakukan selama 30 menit/ hari seperti : senam, jalan. ?  |  |  |
| 10 | Apakah anggota keluarga sudah tidak merokok di dalam rumah?  |  |  |

1. **DUKUNGAN KELUARGA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Kategori** |
| **selalu** | **sering** | **jarang** | **Tidak pernah** |
| 1 | Anggota keluarga memberikan informasi kepada anggota keluarga tentang PHBS di rumah tangga. |  |  |  |  |
| 2 | Anggota keluarga juga mencari informasi dari luar ( seperti buku, internet, dan lain-lain) tentang PHBS di rumah tangga. |  |  |  |  |
| 3 | Anggota keluarga memberikan informasi tentang cara melakukan PHBS di rumah tangga. |  |  |  |  |
| 4 | Anggota keluarga membimbing anggota keluarga untuk melakukan PHBD di rumah tangga. |  |  |  |  |
| 5 | Anggota keluarga membimbing anggota keluarga ketika mengalami maslah selama melakukan PHBD si rumah tangga. |  |  |  |  |
| 6 | Anggota keluarga membimbing anggota keluarga cara melakukan PHBS di rumah tangga degan cara yang benar. |  |  |  |  |
| 7 | Anggota keluarga menyediakan fasilitas yang cukup saat anggota keluarga melakukan PHBSdi rumah tangga ( sabun untuk cuci tangan). |  |  |  |  |
| 8 | Anggota keluarga ikut serta membantu aggota keluarga lain saat melakukan PHBS di ruamah tangga. |  |  |  |  |
| 9 | Saat anggota kelurga bekerja, anggota keluarga lain melakukan PHBS di rumah tangga secara mandiri. |  |  |  |  |
| 10 | Anggota keluarga mendengarkan keluhan-keluhan yang dari anggota keluarga lain sampaikan saat melakukan PHBD di rumah tangga. |  |  |  |  |
| 11 | Anggota keluarga memotivasi anggota keluarga lain untuk melakukan PHBS di rumah tangga. |  |  |  |  |
| 12 | Anggota keluarga meyakinkan anggaota keluarga lain bahwa PHBS di rumah tangga dapat memberikan kesehatan kepada kelurga. |  |  |  |  |